

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://des.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>; le nom d'utilisateur et le mot de passe sont visioconfCHUVHUG.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 11 janvier 2011

Deuxième heure:

Quand référer un enfant chez le cardiologue

Oratrice: Dr C. Tissot (HUG Genève)

La consultation de cardiologie pédiatrique voit 19% d'enfant pour investigation de souffle, 5% pour des douleurs thoraciques, 13% pour des palpitations, 5% pour des malaises, le reste pour des suivis de cardiopathie ou autre motif.

Douleur Thoracique: un enfant de 12 ans se présente pour des douleurs retro sternales, l'empêchant de dormir couché, avec EF. FSC, CRP VS sont normales, les troponines et le NT pro BNP sont élevés, la radiographie du thorax est normale, l'échocardiographie montre une diminution de la fraction d'éjection à 51%. Il s'agissait d'une atteinte myocardique au décours d'une virose.

La douleur thoracique est un symptôme fréquent, en général bénigne, rarement de cause cardiaque (sauf si maladie virale intercurrente ou si symptômes à l'effort). L'anamnèse familiale est importante.

L'origine de la douleur est souvent idiopathique, musculo-squelettique dans 50% des cas, ou d'origine pulmonaire, gastro-enterologique ou psychogène.

Les étiologies cardiaque sont surtout: la myocardite, la péricardite; il faut rechercher des signes d'hypertrophie cardiaque; hypertension pulmonaire (onde r en V1); syndrome de Marfan; anomalie coronarienne ou séquelle de Kawasaki; vasospasme (cocaïnomanie); prolapsus valvulaire; tachyarythmie

Il est utile de demander des analyses de laboratoire (CK, CK-MB, NT pro BNP, troponine).

La radiographie du thorax peut montrer une cardiomégalie, des signes de surcharge vasculaire ou non, des artères pulmonaires saillantes ou non.

L'ECG est très utile: il faut rechercher des arythmies, des anomalies du segment ST, des troubles de la repolarisation, un sous décalage, des QRS de faible voltage, des signes d'hypertrophie D ou G

L'échocardiographie, le test d'effort sont utiles.

Des douleurs thoraciques en cas de fièvre, malaise, douleurs à l'effort ou constante, une anamnèse familiale positive pour problème cardiaque, un examen clinique est anormal, des anomalies à l'ECG, justifient une consultation de cardiologie.

Palpitations.

Les palpitations isolées ou associées à des sensations vertigineuses, à une anxiété, à une angoisse, sont à 90% d'origine non cardiaque. Il peut y avoir une tachycardie sinusale secondaire à une maladie somatique (fièvre, anémie, etc.). Les palpitations peuvent être liées à des extrasystoles auriculaires ou ventriculaires, à des

tachycardies supra-ventriculaires ou ventriculaires (parfois secondaires à un prolapsus mitral, à une tumeur, à la prise de substances)

L'ECG est le premier examen, en analysant le rythme, la présence de sus-ou sous décalage, des signes de Wolf-Parkinson-White).

En cas de palpitations à l'effort, de malaise, d'examen anormal, d'anomalie à l'ECG, d'anxiété parentale excessive, la consultation de cardiologie est justifiée.

Malaise: Une fillette de 6 ans présente un épisode de malaise avec perte de connaissance de 1 à 2 minutes, de récupération spontanée, précédée de fatigue, dyspnée. L'examen clinique est normal, les examens de sang montrent un CK élevée à 250 avec CK-MB et troponines normales, un NT pro BNP élevé. L'échocardiographie est normale. Le holter montre un sous décalage, une tachycardie à l'effort avec passage en TSV.

Un CT Scan cardiaque et normal, de même qu'une coronographie. Comme il persiste les malaises, le bilan est complété avec une IRM cardiaque normale, une scintigraphie montre une ischémie myocardique à l'effort, un angor de Prinzmetall est diagnostiqué, avec introduction d'un traitement de bêtabloquant et Aspirine. Ce cas est assez rare.

L'étiologie des malaises est l'hypotension orthostatique dans 21% des cas, les causes neurologiques, psychologiques, métaboliques (hypoglycémie), les malaises vaso-vagaux dans 50% des cas.

Les étiologies cardiaques sont les tachy-arythmies ventriculaires ou supra-ventriculaires (WPW, QT long, Brugada, dysplasie arythmogène, ...), les complications postopératoires, les anomalies coronaires (Kawasaki, anomalie structurelle, vasospasme), cardiomyopathie ou myopathie.

L'examen clinique recherche un souffle (la diminution de l'intensité du souffle à l'effort est signe inquiétant, suggérant une cardiomyopathie).

Les examens de laboratoire utile sont la glycémie, l'hémoglobine, les CK, la troponine, le NT pro BNP, l'ECG

Le test de Shellong, l'Holter, l'ECG event recorder, l'échocardiographie, le test d'effort et le Tilt Test sont aussi utiles

Le malaise associé à des palpitations à l'effort, une anamnèse familiale positive, une anomalie à l'ECG, la récurrence justifient une consultation de cardiologie.

Souffle au cœur:

Un souffle peut apparaître en cas d'augmentation du volume sanguin, ou de la vitesse; il peut correspondre à une vibration normale. L'intensité n'est pas liée à la gravité (sauf souffle d'intensité supérieure à IV).

90% des souffles sont fonctionnels (souffle de Still, de bifurcation pulmonaire ou souffle systolique éjectionnel) Des souffles apparaissent lors de shunt G>D (CIV, Canal Artériel, CIA), aggravés par l'effort, l'anémie, la fièvre

Le souffle fonctionnel est inférieur à IV en intensité, varie avec la position, il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque, les tensions sont normales, il n'y a pas de cyanose L'ECG est peu contributif (permet d'écarter une maladie grave, ou de mettre en évidence des signes d'hypertrophie) (chez le nouveau, la déviation axiale est normalement droite, une déviation gauche est pathologique)

La radiographie du thorax peut montrer des surcharges de volume, mais pas de pression.

L'échocardiographie permet de poser le diagnostic et d'évaluer la gravité.

Les souffles cardiaques sont à référer au cardiologue en cas de signe d'insuffisance cardiaque, de pouls anormaux, de cyanose, d'hépatosplénomégalie, de souffle supérieur à III en intensité, de souffle diastolique, lorsque le souffle ne varie pas avec la position, ou si le souffle s'atténue à l'effort.

Autres situation:

TADHA: il n'est pas nécessaire d'envoyer chez le cardiologue. Pour l'American Heart Association, un ECG est recommandé, pour l'American Paediatrics, non

Pour un certificat pour les sports de compétition, il est utile d'envoyer au cardiologue les patients avec ECG pathologiques, anamnèse familiale positive

Et encore les enfants avec traitement oncologique au long cours, éventuellement corticothérapie au long cours, hémoglobinopathie.

En conclusion:

- les pathologies cardiaques sévères sont en général manifestes avant l'âge de 1 an
- l'examen clinique, la radiographie du thorax, l'ECG permettent de faire une sélection
- une anamnèse de malaise à l'effort justifie un bilan

Dans les questions: nouveau né avec souffle? Si asymptomatique, pas de cyanose tensions normales, à surveiller, pas forcément de consultation de cardiologie.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch