

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://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 17 janvier 2012

Première heure:

Diagnostic in utero des cardiopathies congénitales: succès et conséquences

Orateur: Dr Y Mivelaz (CHUV)

Cardiologie fœtale: pourquoi? c'est quoi? pour quel résultat? quelles conséquences? Les cardiopathies congénitales ont une fréquence de 0,4 à 0,8% des naissances vivantes (les chiffres varient selon ce qui est considéré comme cardiopathie, par ex. bicuspidie aortique, et selon les moyens d'investigation) Un but est de faciliter la prise en charge du fœtus et du nouveau-né, de donner des explications aux parents. Sont vus à la consultation de cardiologie:

- les patients avec suspicion de cardiopathie
- les femmes avec un risque augmenté de cardiopathie (antécédents de maladie cardiaque, maladie métabolique maternelle tel diabète ou phénylcétonurie, ayant présenté une maladie infectieuse tératogène, ou médicament tératogène, maladie auto-immune comme lupus, anticorps anti SSA)
- cause fœtale: clarté nucchale augmentée, anomalie extra cardiaque, hydrops, arythmie fœtale

Anamnèse familiale, un cas de cardiopathie dans la fratrie ou chez le père augmente le risque de 3 à 4 x; si la mère a présenté une cardiopathie, le risque augmente de 10 à 20X (13 à 18%)

Quand voir les fœtus: au plutôt vers 14 semaines, idéalement entre 18 et 22 semaines

L'examen se fait en équipe avec le cardiologue fœtale, obstétricien spécialisé en médecine fœtale, entouré du néonatalogue, généticien, gynécologue, infirmière de cardiologie. Des explications sur la prise en charge sont données. D'autre spécialiste comme le psychiatre, le chirurgien cardiaque, des parents avec expérience similaire ou d'autres spécialistes peuvent intervenir.

Les anomalies recherchées sont morphologiques, rythmiques, hémodynamique.

Le dépistage de première ligne (obstétricien) consiste en une coupe des 4 cavités cardiaques (position/axe, symétrie D et G, septum, fréquence cardiaque entre 110 et 160). La vue des 4 cavités peut être complétée par une vue de l'origine des gros vaisseaux; si la clarté nucchale est de 2,5 mm, le risque de cardiopathie est de 2%; si elle dépasse 5,5 mm, le risque de cardiopathie est de 20% (Lausanne recommande d'envoyer en consultation spécialisée si la clarté dépasse 3,5 mm).

Le dépistage de 2eme ligne est effectué dans un centre spécialisé. Le fœtus se prête bien à l'échocardiographie: les côtes ne sont pas calcifiées et ne font pas obstacle, le liquide amniotique transmet bien les ondes, permettant un examen de bonne qualité. L'obésité maternelle, l'oligamnios, la grossesse gémellaire compliquent l'examen.

Les petites CIV, les anomalies de l'arc aortique sont difficiles à visualiser.

Résultats et suivi.

Il est difficile de s'assurer du suivi, beaucoup de patient sont perdus de vue. En 20 ans, on diagnostique 50X plus de malformation, probablement grâce à l'amélioration de la technologie et de la technique de l'examen, de la formation des médecins (amélioration surtout notable dans le diagnostic des cardiopathies cono-troncales)

L'évaluation de la qualité se base sur les données prénatales (obstétricien), post-natales (cardiologie pédiatrique) registre Eurocat,

Sur 31 ventricule unique Eurocat, 28 avaient été diagnostiqué en prénatal

Sur 53 malformation cono troncale et CAV, 37 avaient été diagnostiqués en prénatal, (22 avec atteinte génétique)

(Il y a eu 1586 consultations pour 1027 fœtus, une anomalie chez 287 fœtus).

Outcom néonatal du dépistage: sensibilité de 98,4 %, spécificité de 99,6%. Des difficultés sont surtout présentes pour les anomalies de l'arc aortique.

Conséquences: une étude française donne une amélioration pour la prise en charge de la TGV. Autrement, il n'y a malheureusement peu d'amélioration sur la survie; la prise en charge facilite la prise en charge pré et post opératoire.

Les raisons d'être de la consultation sont surtout préparation et conseil. Explication de la prise en charge aux parents, explication de la cardiopathie, explication sur la qualité de vie et survie, sur le développement psychomoteur.

Cela permet de discuter une interruption de grossesse, des soins palliatifs, de la chirurgie. 30 à 40% des parents choisissent la chirurgie à tout prix, 30 à 40% choisissent une interruption de grossesse (l'âge fœtal au moment du diagnostic est un critère important)

Conclusion: actuellement, le taux de dépistage est excellent; des améliorations technologique sont encore possible pour les anomalies cono-troncales et de l'arc aortique.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch