

L'IMAGE DU MOIS

Une fistule coronaro-ventriculaire gauche

S. MARCHETTA (1), M. LEMPEREUR (2), O. GACH (3)

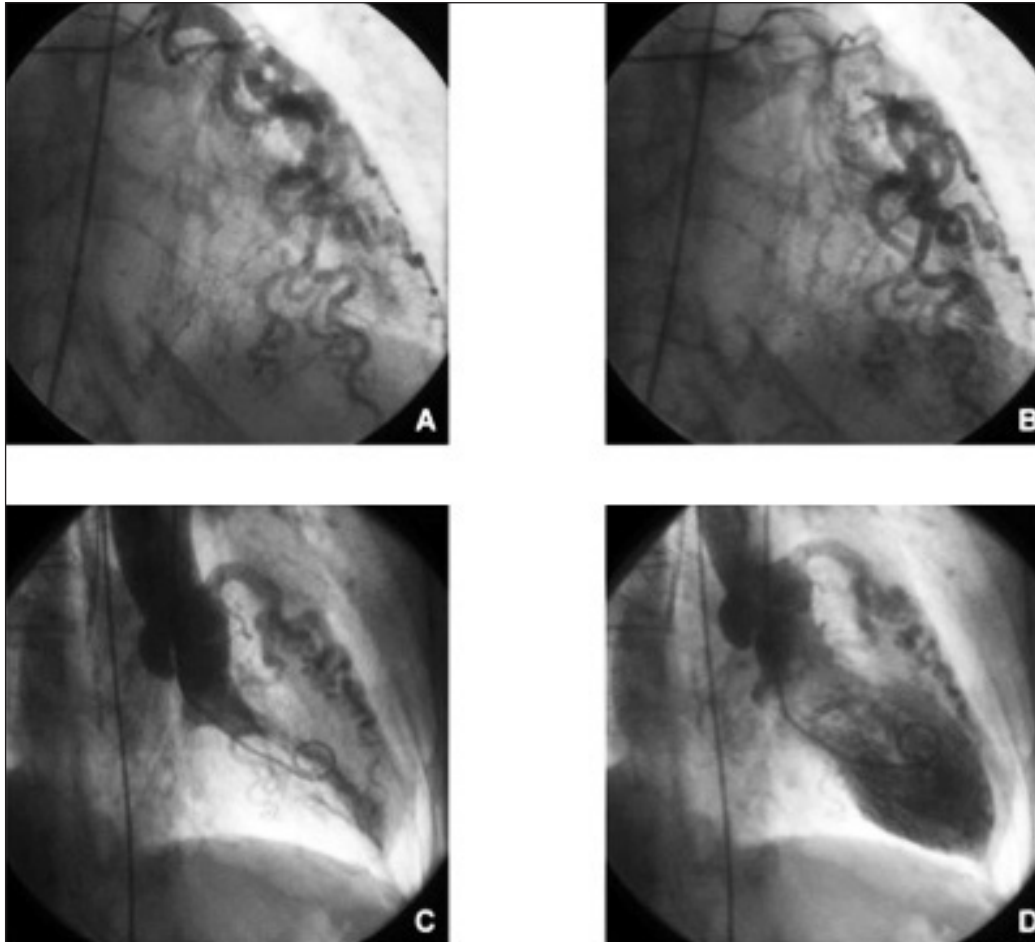


Figure 1. A : angiographie sélective gauche (cathéter JL4) en phase précoce. B : angiographie sélective gauche (cathéter JL4) en phase tardive. C : ventriculographie gauche en systole incidence oblique antérieure droite 30° (cathéter pigtail). D : ventriculographie gauche en diastole incidence oblique antérieure droite 30° (cathéter pigtail).

HISTOIRE CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 80 ans, hospitalisée dans notre institution pour la réalisation du bilan angiographique dans le cadre d'une ischémie sous-endocardique observée à l'occasion d'un épisode d'œdème pulmonaire aigu. Le cathétérisme cardiaque ne mettra en évidence aucune lésion coronarienne critique mais révélera la présence d'une fistule coronaro-ventriculaire gauche significative, anomalie congénitale rare, d'autant plus qu'elle

se draine ici vers les cavités gauches. Au vu de l'âge de la patiente et de sa bonne évolution clinique, une attitude attentiste sera privilégiée.

DISCUSSION

Une fistule coronarienne artérielle est une communication directe entre une artère coronaire et l'une des quatre cavités cardiaques, le sinus coronaire, la veine cave supérieure, l'artère pulmonaire ou les veines pulmonaires (1). Cette anomalie, principalement congénitale, touche environ 0,002 % de la population générale; elle représente 0,04 % de toutes les malformations cardiaques (2-4). Les formes acquises résultent de traumatisme, d'infection,

(1) Assistante, (2) Chef de Clinique Adjoint, (3) Professeur, Chef de Clinique, Service de Cardiologie, CHU de Liège.

ou de causes iatrogènes (secondaires à une angioplastie coronarienne transluminale, à des biopsies myocardiques, ou un remplacement valvulaire) (3). Les formes congénitales, parfois associées à d'autres anomalies cardiaques congénitales, sont dues à la persistance anormale des sinusôides qui suppléent le myocarde durant le début de la période fœtale (2, 3). Par ordre de fréquence décroissante, les fistules prennent naissance de l'artère coronaire droite (50 à 60 % des cas), de l'artère interventriculaire antérieure (25 à 42 %) ou, enfin, de l'artère circonflexe (18,3 %). Plus rarement, elles émergent du tronc commun et des branches marginales ou diagonales. Elles sont souvent simples, mais des formes multiples sont décrites (2, 3). Majoritairement, elles se drainent dans les cavités droites (1-4).

Lorsqu'une symptomatologie est présente, elle apparaît tard dans la vie adulte, rarement chez l'enfant (1). Les complications de cette singularité incluent l'ischémie myocardique, l'insuffisance cardiaque, et les arythmies supraventriculaires. L'ischémie est liée à un phénomène de vol vasculaire et à une athérosclérose accélérée. La congestion cardiaque résulte d'une surcharge volumique au niveau de la cavité réceptrice. Si l'oreillette droite est le lit de la fistule, une fibrillation auriculaire peut apparaître (1-3). En outre, on peut relever d'autres complications telles que la survenue d'endocardite, d'un hémopéricarde (par rupture de la fistule), d'une insuffisance valvulaire, d'une hypertension artérielle pulmonaire (lorsque les cavités droites sont entreprisées), et d'une thrombose intravasculaire (1-4).

L'électrocardiogramme est anormal dans la moitié des cas (phénomène de surcharge). Le diagnostic peut être évoqué en échographie transthoracique et transoesophagienne. Il sera formellement établi par la coronarographie, mais une imagerie scanographique est souvent nécessaire pour préciser scrupuleusement le trajet fistuleux (2).

La prise en charge de cette entité clinique reste controversée. Une fermeture chirurgicale peut être bénéfique pour les larges fistules ayant des répercussions hémodynamiques et cliniques, quoique l'intervention ne soit pas dénuée de risque. Les petites fistules, asymptomatiques, découvertes fortuitement, ne nécessitent pas de fermeture, mais un suivi au long cours. Une fermeture percutanée, par embolisation de «coils», peut être, le cas échéant, une thérapie séduisante chez les patients ayant une anatomie favorable (3).

BIBLIOGRAPHIE

1. Hauser M.— Congenital anomalies of the coronary arteries. *Heart*, 2005, **91**, 1240-1245.
2. Mangukia Chirantan V.— Coronary artery fistula. *Ann Thor Surg*, 2012, **93**, 2084-2092.
3. Fennich N, Elouali F, Bouzammour N, et al.— Coronary Fistulas : A case Series. *Oman Med J*, 2014, **29**, 60-63.
4. Sohn J, Song J-M, Jang J Y, et al.— Coronary Artery Fistula Draining into the Left Ventricle. *J Cardiovasc Ultrasound*, 2014, **22**, 28-31.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr O. Gach, Service de Cardiologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : ogach@chu.ulg.ac.be