

L'IMAGE DU MOIS

Fistule coronaro-pulmonaire

S. VERSCHEURE (1), N. SAKALIHASAN (2), R. LIMET (3)

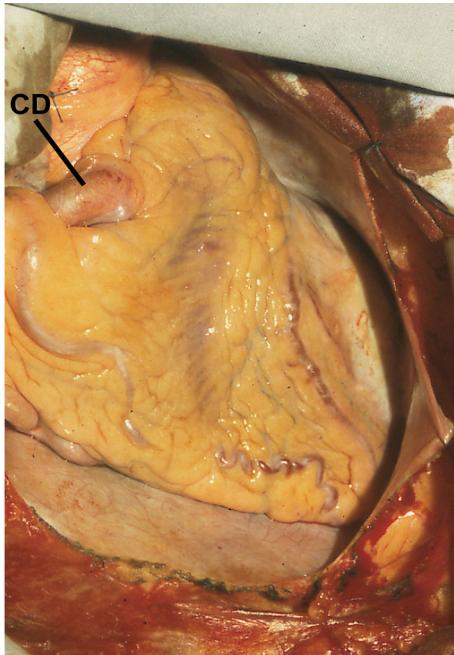


Figure 1 : La figure montre une photo périopératoire. La coronaire droite (CD) perfuse à contre-courant de l'artère interventriculaire antérieure qui se jette dans l'artère pulmonaire. Notez l'infarctus antérieur, notez le calibre important de la coronaire droite et l'aspect effilé de l'artère interventriculaire antérieure et de ses branches. La flèche montre l'origine de la coronaire droite (CD).

OBSERVATION CLINIQUE

Découverte d'une fistule coronaro-pulmonaire chez un patient âgé de 37 ans, victime d'un infarctus myocardique antérieur. La coronarographie réalisée met en évidence des lésions pluritronculaires sévères et une fistule entre la coronaire droite et l'artère pulmonaire. Outre un triple pontage aorto-coronaire, on réalise la ligature de la fistule artério-veineuse.

DISCUSSION

La fistule coronaro-pulmonaire (CP) est une anomalie congénitale très rare, consistant en une communication entre une artère coronaire et l'artère pulmonaire. Les fistules coronaires correspondent à 0,2-0,4 % des anomalies cardiaques congénitales et les fistules CP représentent 15 %

de l'ensemble des fistules coronaro-cardiaques. Dans 50 % des cas, elles sont issues de l'artère coronaire droite, dans 42 % des cas de l'artère coronaire gauche et dans 5 % des cas à la fois de la coronaire droite et gauche. Les différents sites de drainage sont le ventricule droit (41 %), l'auricule droit (26 %), l'artère pulmonaire (17 %), le sinus coronaire (7 %), l'auricule gauche (5 %), le ventricule gauche (3 %) et la veine cave supérieure (1 %) (2). Sur le plan embryologique, ces fistules sont dues à la persistance de canaux embryonnaires entre artères coronaires et l'artère pulmonaire (3).

Le plus souvent, les patients restent asymptomatiques (1). Sinon, les manifestations cliniques sont, le plus souvent, des douleurs angineuses, de l'asthénie et de la dyspnée (1). Elles peuvent se compliquer de décompensation cardiaque, d'endocardite, d'ischémie myocardique, d'arythmie et de rupture (1, 2).

Le cathétérisme cardiaque est la méthode de référence pour le diagnostic de fistule (mortalité de 0,15 %) (4), mais le diagnostic peut être obtenu aussi à partir de techniques non invasives comme l'échographie trans-thoracique, l'échographie trans-oesophagienne, ainsi que le scanner hélicoïdal et, éventuellement, l'IRM, voire l'angio-IRM.

Les petites fistules asymptomatiques ne justifient qu'une simple surveillance. Les fistules importantes, ayant des répercussions hémodynamiques (ischémie myocardique), doivent être traitées (2).

BIBLIOGRAPHIE

1. Spektor G, Gehi AK, Love B, et al.— A case of symptomatic coronary artery fistula. *Nature Clin Pract Cardiovasc Med*, 2006, **3**, 689-692.
2. Nakamura M, Matsuoka H, Kawakami H, et al.— Giant congenital coronary artery fistula to left brachial vein clearly detected by multidetector computed tomography. *Circulation J*, 2006, **70**, 796-799.
3. Hetmaniak Y, Lipiecka E, Privat C, et al.— What is it ? Interpretation : an aneurysm of a coronary-pulmonary fistula demonstrated by computed tomography. *J Radiol*, 2000, **81**, 161-163.
4. Chan MSM, Chan IYF, Fung KH, et al.— Demonstration of complex coronary-pulmonary artery fistula by MDCT and correlation with coronary angiography. *Am J Radiol*, 184, S28-S32.

(1) Etudiante en Médecine, ULg.

(2) Professeur de Clinique, (3) Professeur, Chef de Service, Service de Chirurgie Cardio-vasculaire, CHU Sart Tilman, Liège.