

Notions indispensables et inacceptables

Notions indispensables

- Connaître les particularités de l'auscultation cardiaque de l'enfant.
- Connaître les caractéristiques de l'examen cardiovasculaire de l'enfant.
- Connaître les circonstances de découverte d'une cardiopathie chez l'enfant et les signes cliniques qui orientent vers ce diagnostic : cyanose ou défaillance cardiaque chez le nouveau-né, plus rarement chez le nourrisson, dyspnée, insuffisance cardiaque, difficultés de croissance dans la 2^e enfance, malaises. Souvent, c'est la découverte d'un souffle asymptomatique qui motive la consultation.
- Connaître les caractéristiques des souffles innocents, et leurs différents types.

Notions inacceptables

- Méconnaître un souffle cardiaque en période néonatale qui, même si l'enfant est asymptomatique, est toujours potentiellement pathologique.
- Ne pas adresser l'enfant à un cardiopédiatre en cas de cyanose, insuffisance cardiaque, retard staturopondéral non expliqué, HTA, anomalie des pouls fémoraux, frémissement précordial, dédoublement fixe du B2, éclat de B2, clic protosystolique ou galop.

Réflexes transversalité

- Item 53 – Retard de croissance staturopondérale
- Item 152 – Endocardite infectieuse
- Item 224 – Hypertension artérielle de l'adulte et de l'enfant
- Item 233 – Valvulopathies

▶ Entrainement

A QRM 1

Parmi les propositions suivantes concernant les souffles cardiaques de l'enfant, lesquelles sont vraies ?

- A Le souffle innocent est le plus fréquent des souffles cardiaques de l'enfant
- B Le souffle innocent peut être systolique ou diastolique
- C Le souffle innocent est souvent intense
- D Le souffle innocent peut varier avec le temps et la position
- E Le souffle innocent a souvent une irradiation dorsale

B QRU 2

Un enfant de 1 mois vous est présenté pour défaut de croissance staturo-pondérale. Il prend ses biberons en plusieurs fois, semble s'essouffler. L'enfant est rose avec des saturations à 100 % au repos. L'auscultation révèle un souffle intense, 4/6, au 4^e espace intercostal. Ce souffle irradie tout autour de ce foyer en rayon de roue. Le diagnostic le plus probable que vous suspectez est :

- A Un canal artériel persistant
- B Une communication interventriculaire
- C Une sténose pulmonaire
- D Une tétralogie de Fallot
- E Un souffle innocent

justifie pas d'une ETO mais d'une simple ETT. L'ETO est réservée aux suspicions de dysfonction. Le suivi doit être au moins biannuel avec antibioprophylaxie en cas de soins dentaires.

QRM 2

Réponse : A (PCZ), B, C, E

Commentaire : Le risque d'endocardite est le même quels que soient le type de prothèse et la principale complication redoutée. Toute désinsertion de prothèse (mécanique lâchage de suture ou infectieuse sur endocardite) peut entraîner une hémolyse ; les valves mécaniques ont également un certain degré d'hémolyse physiologique en lien avec la cassure des globules rouges sur les éléments métalliques. Seules les prothèses biologiques sont concernées par la dégénérescence. En cas de défaut d'anticoagulation, le risque principal des valves mécaniques est la thrombose de prothèse. Des cas ont également été décrits de thrombose de prothèse biologique mais de façon plus rare.

QRM 3

Réponse : A, E (PCZ)

Commentaire : La consultation cardiaque à 3 mois avec ECG de repos est associée à une échocardiographie (8-12 semaines). On n'envisage jamais d'antibiothérapie à l'aveugle : il s'agit de réaliser des hémostries pour éliminer une endocardite ou introduire une antibiothérapie ciblée (C : SCZ). Le bilan d'hémolyse annuel n'est pas recommandé. L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient sur la prévention de l'endocardite, l'anticoagulation efficace. Le patient doit avoir sur lui une carte de porteur de prothèse valvulaire.

QRM 4

Réponse : B, E

Commentaire : Les AOD sont contre-indiqués en cas de prothèse mécanique (A : SCZ). Les prothèses mécaniques d'ancienne génération sont plus à risque thrombotique que les prothèses à double ailette. De même, la position anatomique (aortique mitrale), la présence d'une fibrillation auriculaire ou d'une dysfonction ventriculaire gauche modifient les cibles d'INR. Lorsque l'INR est stable, une surveillance mensuelle est suffisante. Depuis 2017, les systèmes d'automesure d'INR par CoaguChek® sont remboursés pour les patients porteurs de prothèses mécaniques.

QRM 5

Réponse : A (PCZ), B, D, E (PCZ)

Commentaire : L'apparition d'un souffle de régurgitation signe une endocardite jusqu'à preuve du contraire et est une urgence thérapeutique. Une

modification des signes fonctionnels à l'effort ou au repos témoigne d'une dysfonction de la bioprothèse dont les premiers symptômes apparaissent prioritairement à l'effort. La présence de signes fonctionnels de repos est un critère de gravité. La dysfonction prothèse n'a pas forcément de traduction électrocardiographique. Une élévation du gradient ou l'apparition d'une fuite sont en faveur d'une dysfonction sténosante ou fuyante de prothèse. En cas de fièvre en présence d'AVC ischémique, l'endocardite doit être évoquée en 1^{re} intention, il peut également s'agir d'une thrombose de la prothèse.

QRM 6

Réponse : C, D (PCZ), E (PCZ)

Commentaire : Les AOD sont une contre-indication formelle en cas de prothèse mécanique (A : SCZ). La dégénérescence est la complication des prothèses biologiques. Le caractère définitif des prothèses mécaniques explique le fait qu'elles sont implantées chez les sujets jeunes, pour éviter les réinterventions. Toute fièvre inexplicable chez un patient porteur de prothèse doit faire suspecter une endocardite. L'ETO et l'examen de choix en cas de dysfonction de prothèse.

Chapitre 11

QRM 1

Réponse : A, D

QRU 2

Réponse : B

QRM 3

Réponse : B, C, D, E

QRM 4

Réponses : B, D

Chapitre 12

QRU 1

Réponse : E

Commentaire : L'absence de prodrome (à l'emporte-pièce) évoque une cause cardiaque, en particulier