

HTA pédiatrique

Quoi de neuf en Pédiatrie ?

24/11/2022

Dr PETIT Elise – Dr PARROD Caroline



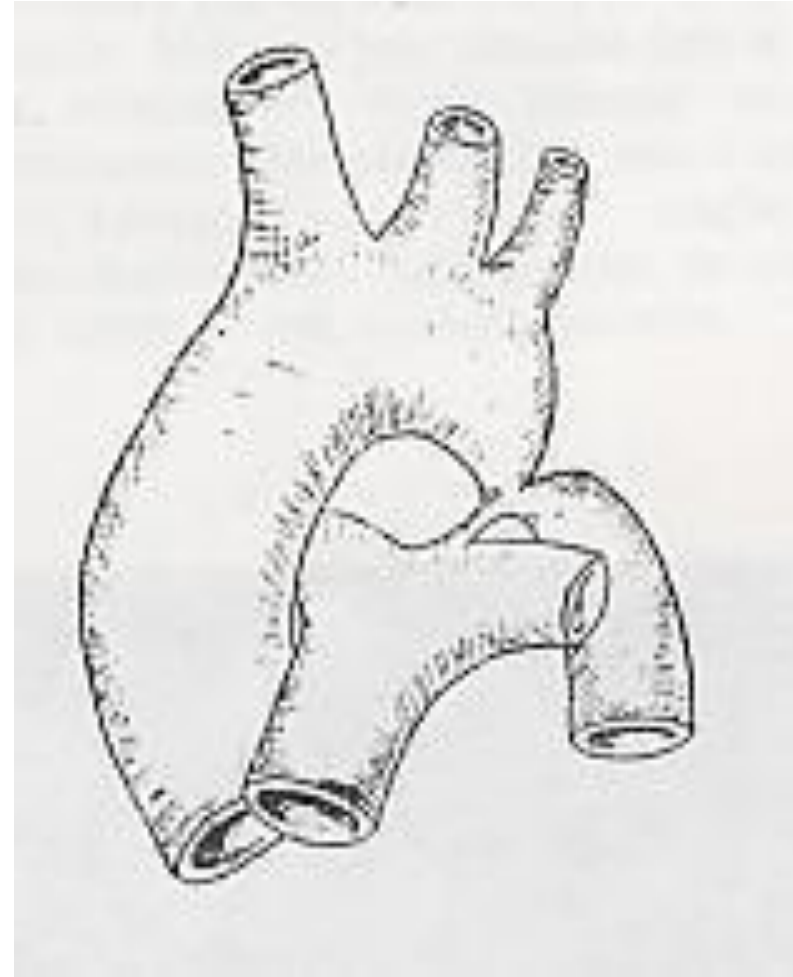
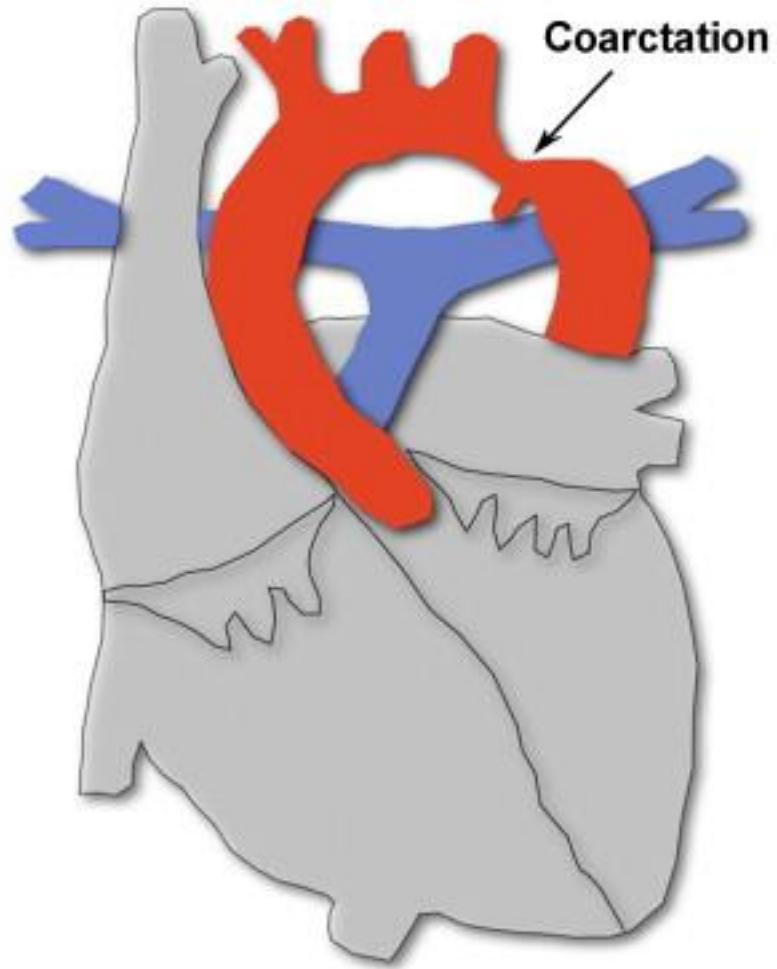
HTA de l'enfant du point de vue du cardiopédiatre



Cas Clinique du cardiopédiatre

- Yliane P. 10 ans
- Adressé pour TA élevée après changement médecin traitant
- Anamnèse: atcd cardiopathie congénitale complexe du cœur gauche chez son petit frère (coté papa). Terrain atopique, suivi aléatoire pour un asthme. Contexte anxiogène scolaire avec harcèlement, consulte un nouveau médecin traitant.
- EC du MT: TAMS 135/88, TAMI 100/47, pouls fémoraux absents
- QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC?

COARCTATION DE L'AORTE



COARCTATION ISTHMIQUE DE L'AORTE

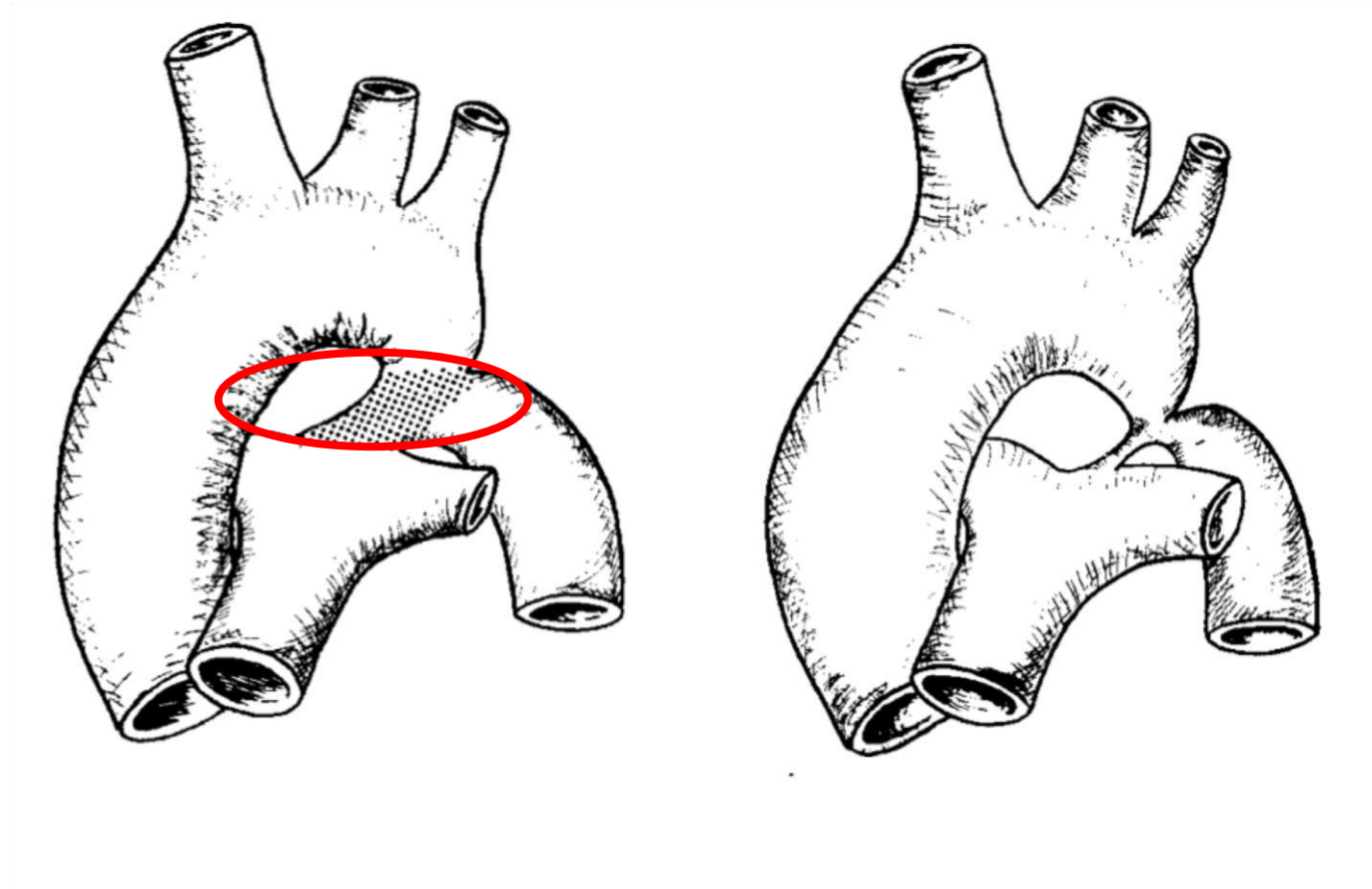
- Rétrécissement circulaire à la jonction de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante, juste en regard du canal artériel
- Cardiopathie fréquente (7% des cardiopathies congénitales)
- Prédominance masculine (2 à 3 garçons pour une fille)
- Peut être associée à un syndrome:
 - 25% des Turner ont une coA
 - Autres: syndrome de Noonan, de Holt-Oram et Vactel
- Risque de récurrence familial élevé
- Diagnostic anténatal possible si hypoplasie de l'aorte sus-jacente nette +/- asymétrie ventriculaire et vasculaires ($VG < VD$, $AO < AP$) mais 30% des coarctations de l'aorte ne sont pas diagnostiquables

- Isolée le plus souvent
- Peut faire partie d'une hypoplasie globale de la voie gauche (complexe de Shone)
- Peut être associée
 - Communication interventriculaire (CIV)
 - Communication interauriculaire (CIA)
 - Canal atrioventriculaire
 - TGV, ventricule unique, malpositions vasculaires

PHYSIOPATHOLOGIE

- Coarctation réalise un obstacle isthmique qui ne se complète qu'après la fermeture du canal artériel
- Augmentation de la post charge du VG
- Elevation des Pressions en amont de l'obstacle et diminution des pressions en aval

COARCTATION A LA FERMETURE DU CANAL ARTERIEL



Définition clinique de la coarctation de l'aorte

- Pouls trop bien perçus aux MS
- Pouls faibles ou absents aux MI
- HTA au MS
- Gradient de TAS MS/MI $> 20\text{mmHg}$

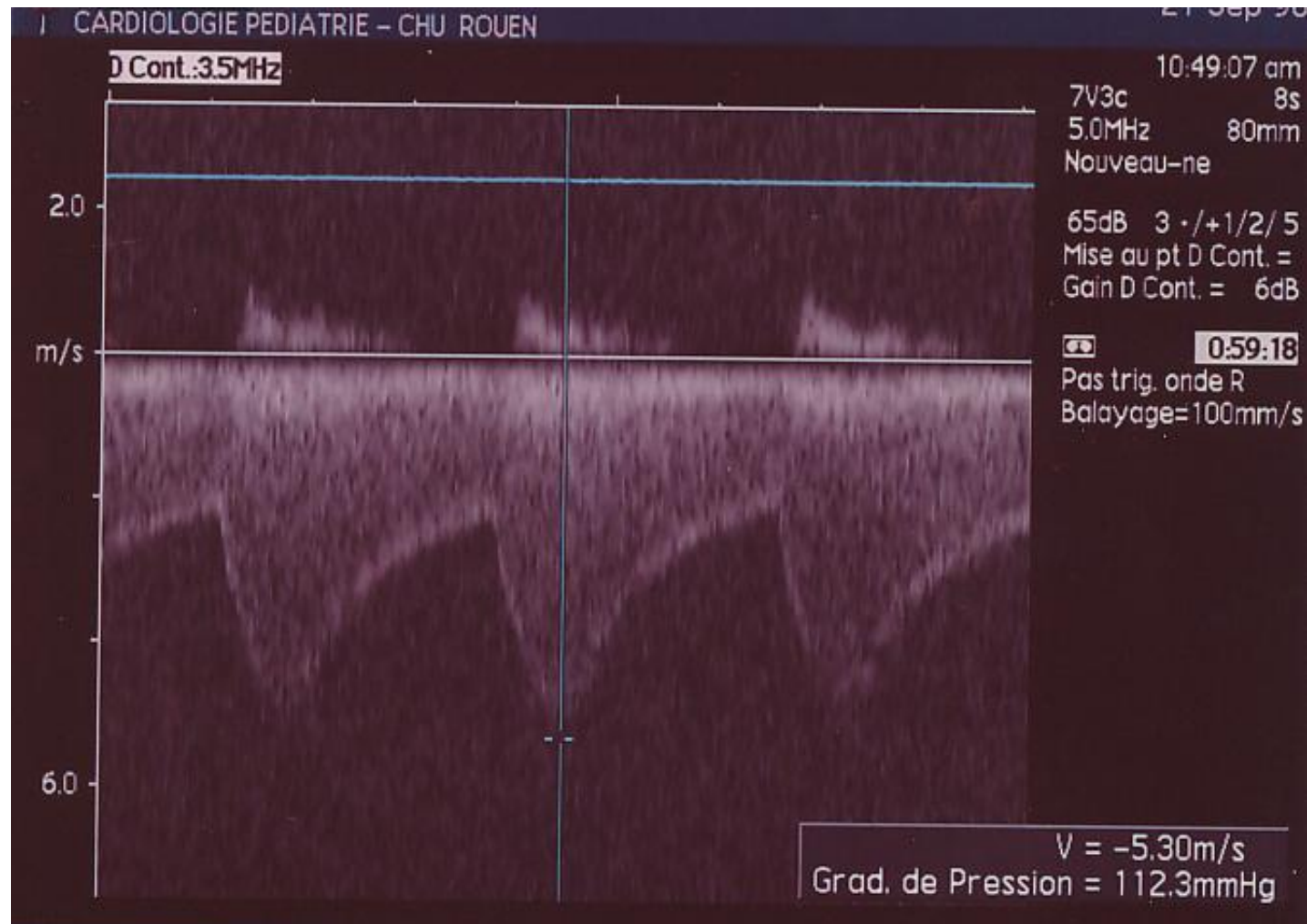
2 présentations cliniques possibles :
selon les modalités de fermeture du canal artériel et la sévérité du rétrécissement

- Obstacle serré et fermeture brutale du canal artériel: urgence néonatale
 - Non adaptation du VG
 - HTA brutale en amont de l'obstacle
 - Insuffisance cardiaque
 - Choc cardiogénique
- Obstacle peu serré, fermeture progressive du canal artériel:
 - Adaptation du VG (hypertrophie)
 - HTA en amont de l'obstacle
 - Bonne tolérance clinique
 - Au long cours développement de collatérales

Consultation d'Yliane en cardiopédiatrie

- Interrogatoire: anxieux, mère logorrhéique, céphalées depuis 3 semaines, DA fréquentes, symptômes nombreux
- EC: 46KG, 142cm, SS 2-3/6 au foyer aortique et dans le dos, pas de signes d'IC, PF absents++++
- TAMSD 135/88, TAMI au dynamap a la cheville 100/50
- ECG normal
- ETT: coarctation isthmique de l'aorte avec bonne adaptation du VG, pas d'hypertrophie myocardique

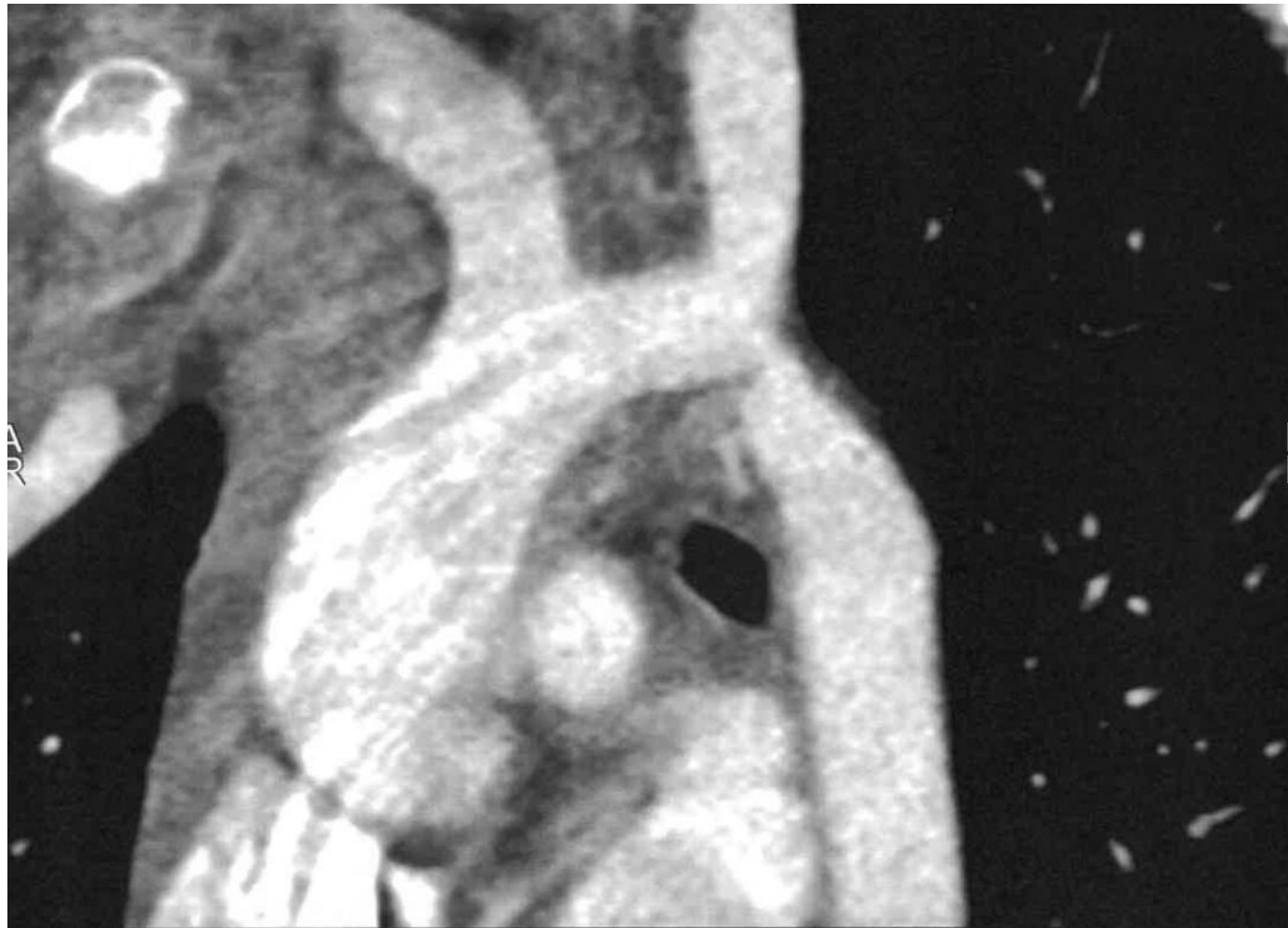
Echographie doppler



TDM thoracique

Au total :

Coarctation isthmique courte très serrée avec un chenal circulant mesurant quelques millimètres de diamètre (maximum 3 mm de diamètre). Développement d'une importante circulation artérielle collatérale avec importante hypertrophie des artères mammaires internes et de nombreuses artères intercostales permettant une reprise en charge d'une circulation correcte en aval de la coarctation.



Coarctation : angiographie

Pour Yliane:

- Coarctation isthmique de l'aorte serrée bien tolérée
- Avis chirurgical: prise en charge chirurgicale sans urgence
- Essaie Loxen inefficace et pas tres bien toléré
- Chirurgie par thoracotomie postero laterale gauche, resection et mise ne place d un tube en Dacron sur l isthme aortique
- Suites simples avec un bon resultat immediat
- HTA post op immediat traitée par tritherapie puis monotherapie a la sortie

Et apres....?

- Possible HTA persistante par atteinte globale de la paroi artérielle
- Lésions associées: bicuspidie dans 50 a 80% des cas donc fragilité de la paroi aortique, autres anomalies du cœur gauche si il y en a
- L'âge de l'intervention est un important facteur prédictif d'HTA, plus celui-ci est tardif, plus le risque d'HTA plus tard est élevé malgré l'absence de recoarctation.
- Surveillance a vie clinique et par imagerie
 - HTA
 - Recoarctation
 - Anevrysmes arteriels
 - Chez les opérés, la morbidité et la mortalité cardiovasculaires sont plus importantes que dans la population générale.

Conclusion du Cardiopédiatre

- Le diagnostic de coarctation de l'aorte est clinique et se dépiste en premier lieu par la prise TA systématique
- Indication opératoire systématique
- Dépister la coarctation le plus tôt possible
- MAISla grosse majorité des HTA pédiatriques sont d'origine RENALES ou RENO-VASCULAIRE

