

Volumineuse fistule coronaro-pulmonaire paucisymptomatique

Giant coronary pulmonar fistula with few symptoms

Pierre Aubry¹, Victor-Xavier Tadros¹, Phalla Ou², Vincent Humeau³

¹ Centre hospitalier universitaire Bichat, Département de cardiologie, 46, rue Henri Huchard, 75018 Paris, France <pcaubry@yahoo.fr>

² Centre hospitalier universitaire Bichat, Département de radiologie, 46, rue Henri Huchard, 75018 Paris, France

³ Centre hospitalier, Service de cardiologie, 2, boulevard de Verdun, 89000 Auxerre, France

Observation

Mme D., 66 ans, a pour antécédents une hypertension artérielle et un tabagisme sévère. Elle présente une fistule entre l'artère interventriculaire antérieure (IVA) et l'artère pulmonaire, connue depuis 1992 (découverte fortuite sans indication retenue de correction à l'époque). Une nouvelle évaluation est réalisée en 2017 en raison de précordialgies. Il existe un souffle continu au foyer pulmonaire. L'électrocardiogramme (ECG) est normal et l'échocardiogramme transthoracique montre une dilatation très importante du tronc commun et la présence d'un flux anormal arrivant dans le tronc pulmonaire (figure 1). Le scanner coronaire retrouve une dilatation très importante (14 mm) du tronc commun et de l'IVA proximale avec un trajet fistuleux très long, tortueux et dilaté (entre 9 et 14 mm)

entre l'IVA proximale et le tronc de l'artère pulmonaire (figure 1). L'IVA est de taille normale en aval. Le diamètre de la connexion distale est d'environ 4 mm et l'artère pulmonaire n'est pas dilatée. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) de stress ne montre pas d'anomalie ischémique.

Le dossier est présenté au groupe multidisciplinaire ANOCOR (anomalies congénitales des artères coronaires) avec une proposition de correction de la fistule en raison de la dilatation du vaisseau donneur. Un cathétérisme sélectif de la fistule coronaire permet la mise en place, à la partie moyenne de la fistule, d'une prothèse *Amplatzer Vascular Plug (AVP) II* de 12 mm via un cathéter dédié 6F (figure 2). Une occlusion complète de la fistule est obtenue avec une meilleure visualisation de l'IVA distale (figure 2). Les suites immédiates sont simples. Un suivi clinique et

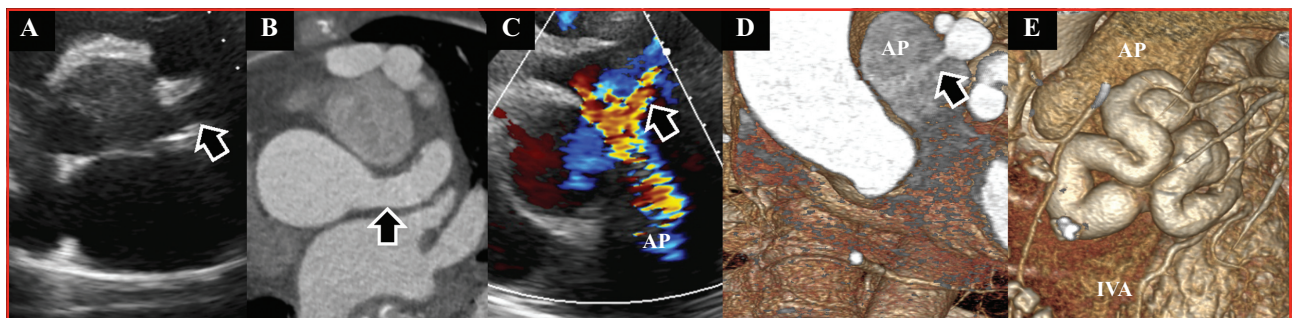


Figure 1. Images échographiques et tomographiques avec dilatation majeure (flèche) du tronc commun (A et B), flux (flèche) entre la fistule coronaire et l'artère pulmonaire (C et D) et long trajet fistuleux (E) entre l'artère interventriculaire antérieure (IVA) et l'artère pulmonaire (AP).

Tirés à part :

P. Aubry

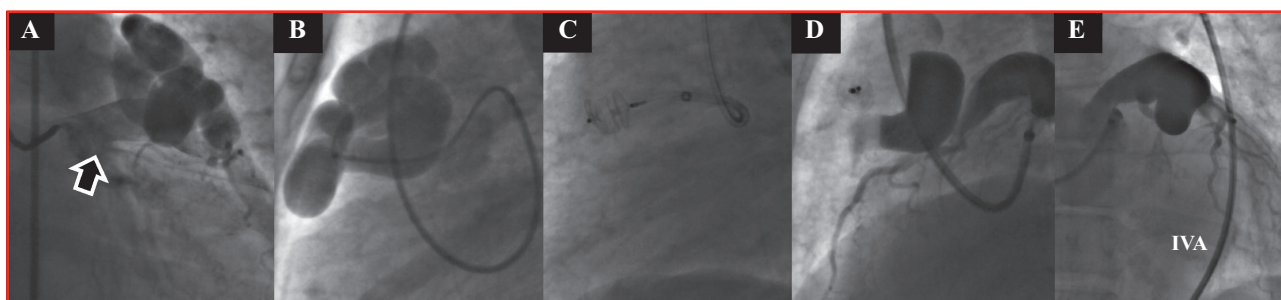


Figure 2. Images angiographiques avec dilatation majeure (flèche) du tronc commun (A), long trajet fistuleux (B), mise en place d'une prothèse AVP 12 mm (C) et occlusion de la fistule (D) avec une meilleure visualisation (E) de l'artère interventriculaire antérieure.

scanographique est prévu sous un anticoagulant oral direct pendant un mois, puis un antiagrégant plaquettaire pendant au moins cinq mois.

Discussion

Les fistules coronaires sont des anomalies congénitales rares (< 0,1% des coronographies). Les plus fréquentes sont des connexions avec l'artère pulmonaire qui ne nécessitent pas de traitement spécifique dans la grande majorité des cas, car asymptomatiques et non associées à une dilatation du vaisseau donneur. La prise en charge des fistules larges asymptomatiques est controversée. Le but d'une correction est d'essayer d'obtenir, à moyen terme, un remodelage du vaisseau donneur. La définition d'une fistule large n'est pas universelle. Le critère angiographique est généralement un diamètre deux fois plus grand que celui du vaisseau donneur en aval du départ du trajet fistuleux [1]. Les recommandations 2008 ACC/AHA (*American College*

of Cardiology/American Heart Association) préconisaient une correction de toutes les fistules larges, même asymptomatiques, chez l'adulte [2]. La mise à jour récente de ces recommandations abordent *a minima* ce sujet sans proposer de conduite à tenir standardisée [3]. ■

Liens d'intérêts : les auteurs n'ont pas déclaré leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

1. Reddy G, Davies JE, Holmes DR, Schaff HV, Singh SP, Alli OO. Coronary artery fistulae. *Circ Cardiovasc Interv* 2015 ; 8 : e003062.
2. Warnes C, Williams R, Bashore T, *et al.* ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2008 ; 52 : e143-263.
3. Stout KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA, *et al.* 2018 AHA/ACC guideline for the management of adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2018. Pii : S0735-1097(18)36846-3. Doi : 10.1016/j.jacc.2018.08.1028.