

Exemple d'examen appliqué – Cardiologie (pédiatrique)

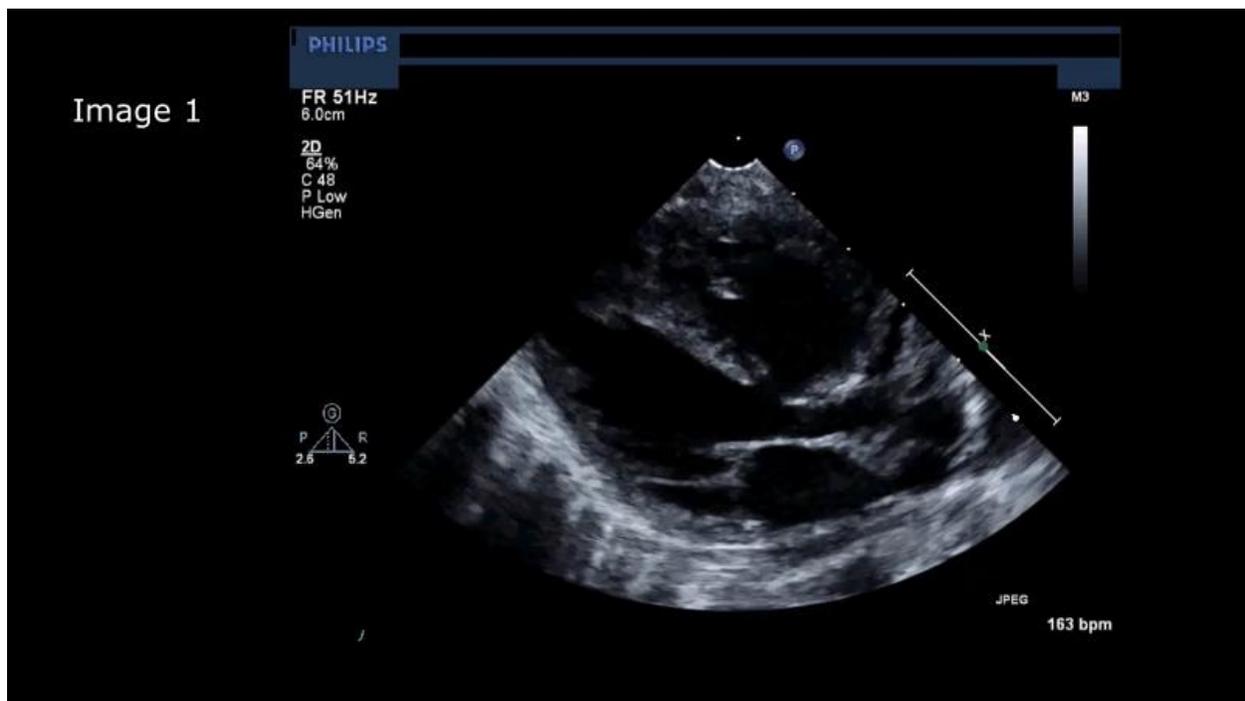
Cas 1

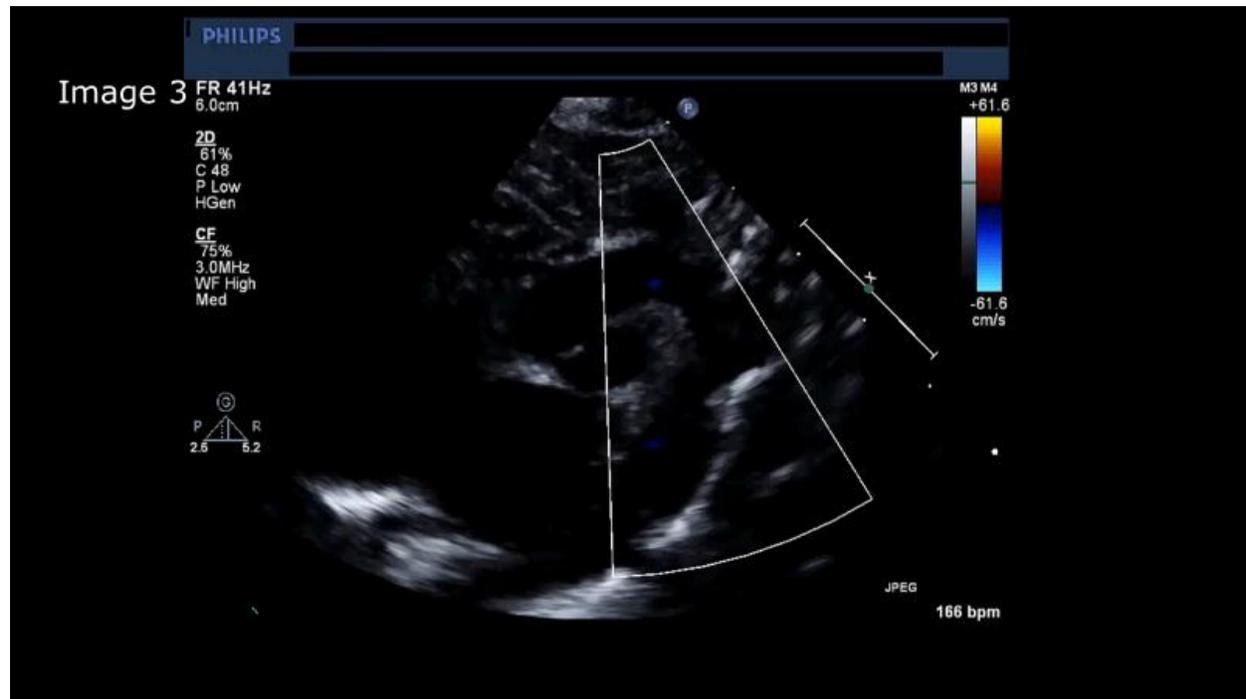
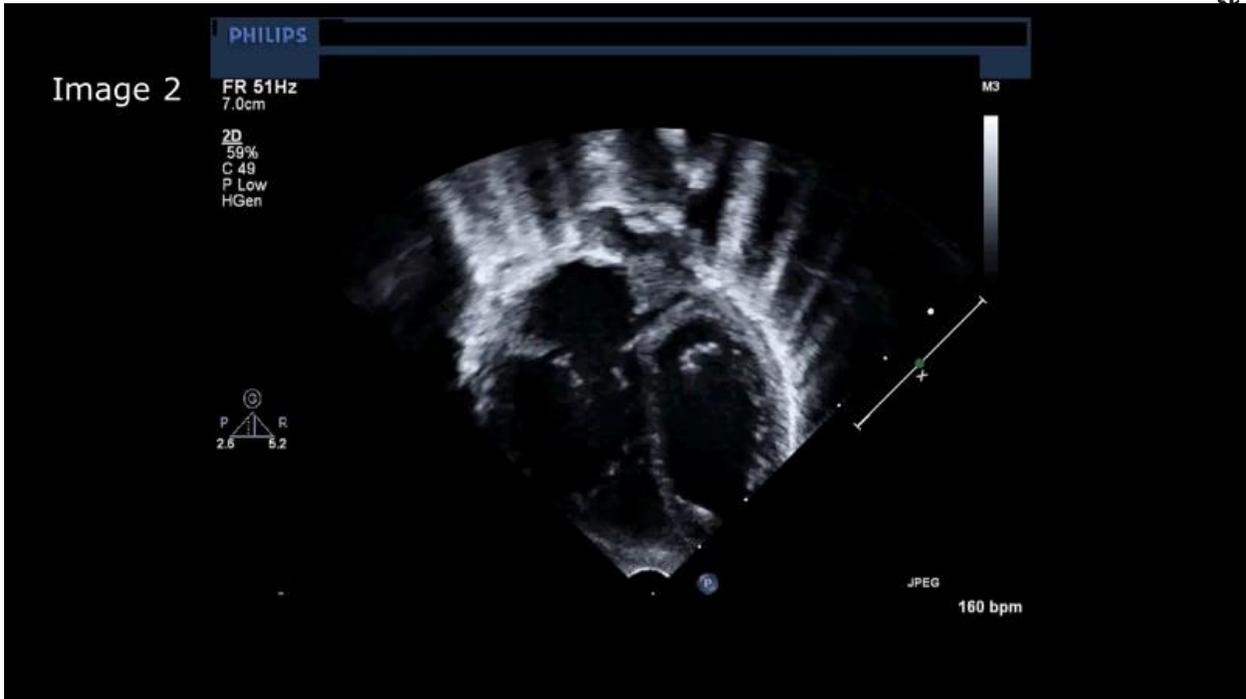
Un enfant né à 34 semaines de grossesse pesait 1,9 kg. Une échographie foetale effectuée dans un hôpital communautaire semblait évoquer la présence d'un ventricule droit dilaté.

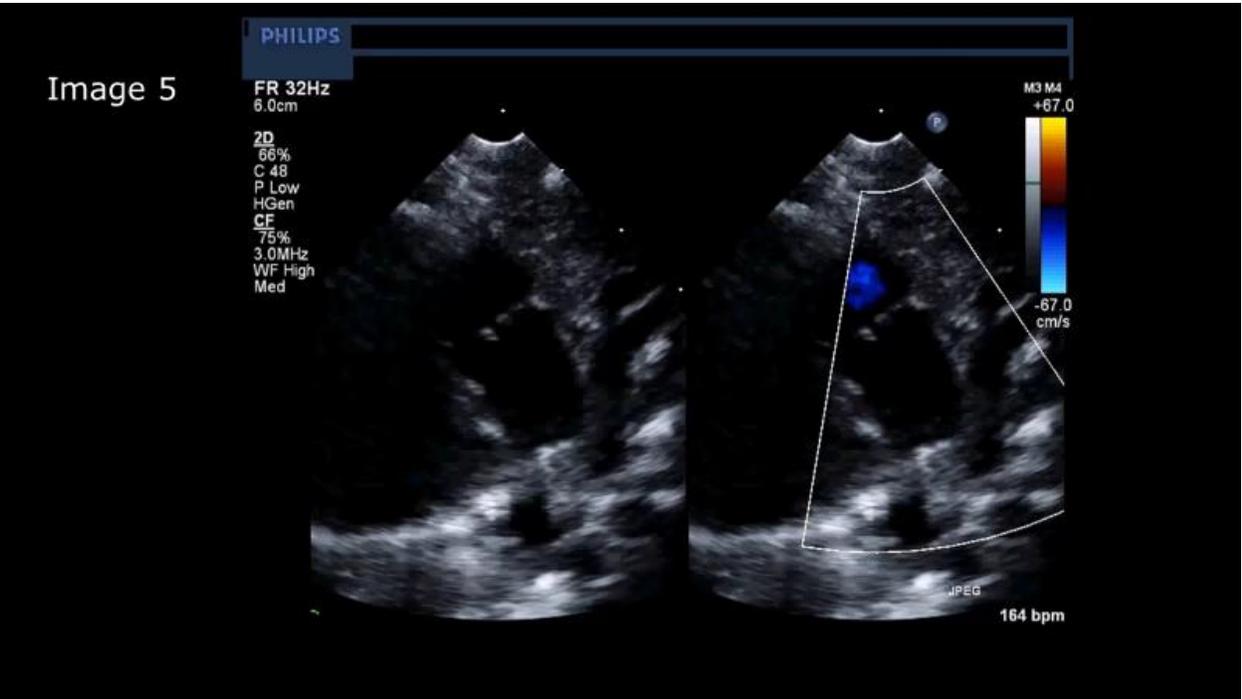
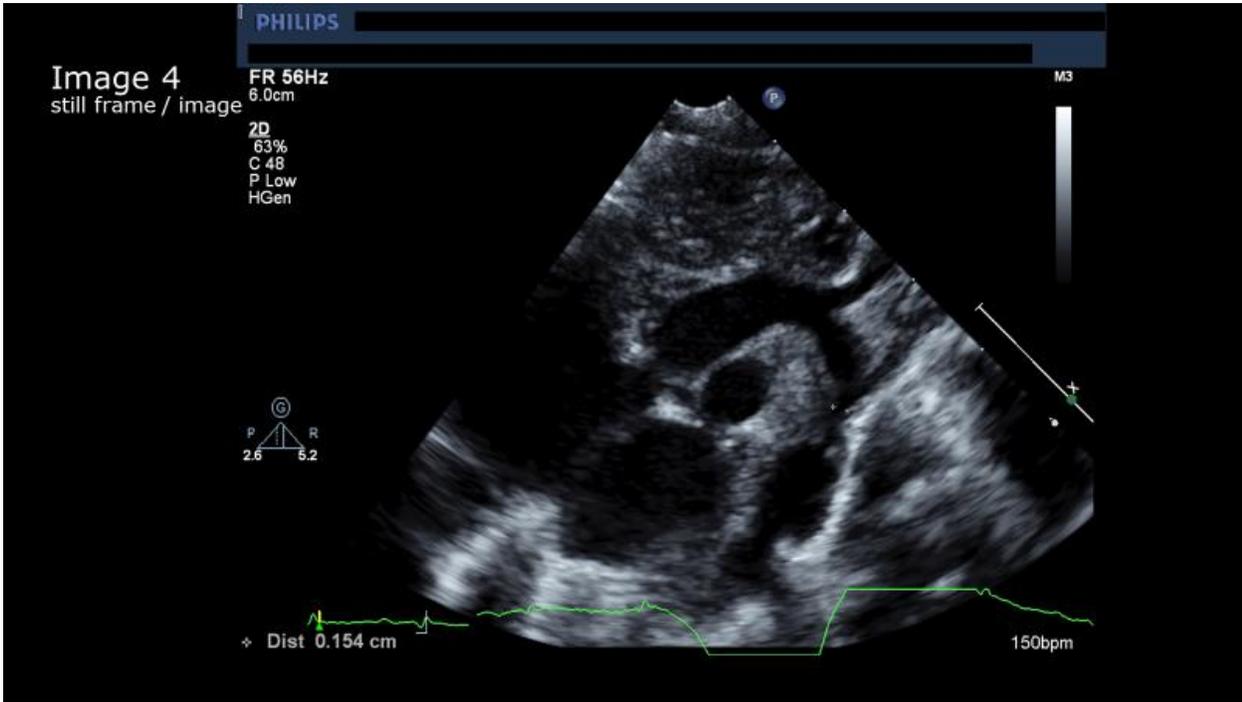
À l'examen, la saturation est de 98 % à l'air ambiant, la perfusion périphérique est bonne, et la région précordiale, active. Avant le transfert, les pouls fémoraux étaient normaux, et il n'y avait aucun souffle cardiaque. L'enfant a subi une échocardiographie à son arrivée à votre centre.

Question 1

Examinez les images et décrivez ce que vous observez.









RÉPONSE MODÈLE

- Coarctation discrète sévère
- Hypoplasie de l'isthme
- Canal artériel fermé (possiblement)
- Large communication interventriculaire
- Fonction ventriculaire réduite
- Ventricule droit dilaté
- Communication interventriculaire par déviation postérieure du septum conal / obstruction de la chambre de chasse du ventricule gauche

Question 2

Quelles sont vos recommandations immédiates pour la prise en charge de ce nouveau-né?

RÉPONSE MODÈLE

- Examen complet (TA des quatre membres, auscultation, perfusion, évaluation des voies respiratoires)
- Surveillance du patient (TA, saturations)
- Examens (gaz artériels, lactate, ECG, radiographie pulmonaire)
- Amorce de la prostaglandine E1 – dose minimale de 0,01 µg/kg/min si le candidat mentionne la dose
- Soutien inotrope
- Réévaluation de la TA des quatre membres, échocardiographie

Question 3

En fonction de la taille et de l'âge de ce nouveau-né, quelles sont les options chirurgicales?

RÉPONSE MODÈLE

- Retarder la chirurgie/prise en charge médicale jusqu'à ce que le poids du patient soit plus élevé ou jusqu'à ce qu'il soit plus âgé (presque à terme) (poursuivre l'administration de prostaglandine)
- Réparer la coarctation seulement
- Réparer la coarctation et faire un cerclage de l'artère pulmonaire principale
- Faire une réparation complète (crosse et communication interventriculaire)
- Demander d'autres options si le patient ne parle pas de l'âge gestationnel ou de la taille

Question 4

Quels facteurs peuvent influencer sur votre décision du moment où vous allez effectuer l'intervention chirurgicale?

RÉPONSE MODÈLE

- Évaluation finale de l'anatomie
- Poids/âge gestationnel au moment de la chirurgie
- Stabilité de l'état de l'enfant (fonction, perfusion systémique [reins, intestins])
- Préférences du centre sur les choix chirurgicaux



Question 5

Quelles sont les complications immédiates possibles des perfusions de prostaglandine?

RÉPONSE MODÈLE

- Fièvre, bouffées vasomotrices, apnée, convulsions, éruption cutanée, hypotension, diarrhée

Question 6

Quelles sont les complications à long terme des perfusions de prostaglandine chez les nouveau-nés qui reçoivent des traitements pendant plusieurs semaines?

RÉPONSE MODÈLE

- Hyperostose corticale, obstruction pylorique

Question 7

a) En général, quelles sont les techniques chirurgicales pour réparer une coarctation de l'aorte?

RÉPONSE MODÈLE

- Anastomose termino-terminale, anastomose termino-terminale élargie, aortoplastie avec pièce, réparation avec lambeau d'artère sous-clavière gauche

b) Quels facteurs anatomiques influent sur le type de réparation?

RÉPONSE MODÈLE

- Dimensions globales de la crosse aortique et présence/emplacement/étendue d'une hypoplasie de la crosse quelconque

À 6 semaines de vie, le nouveau-né subit une réparation de la coarctation et la fermeture de la communication interventriculaire. On vous demande à l'unité des soins intensifs six heures après la chirurgie, car la tension artérielle dans le bras droit du patient est de 135/70 mm Hg.

Question 8

Quelle sera votre approche dans ce cas?

RÉPONSE MODÈLE

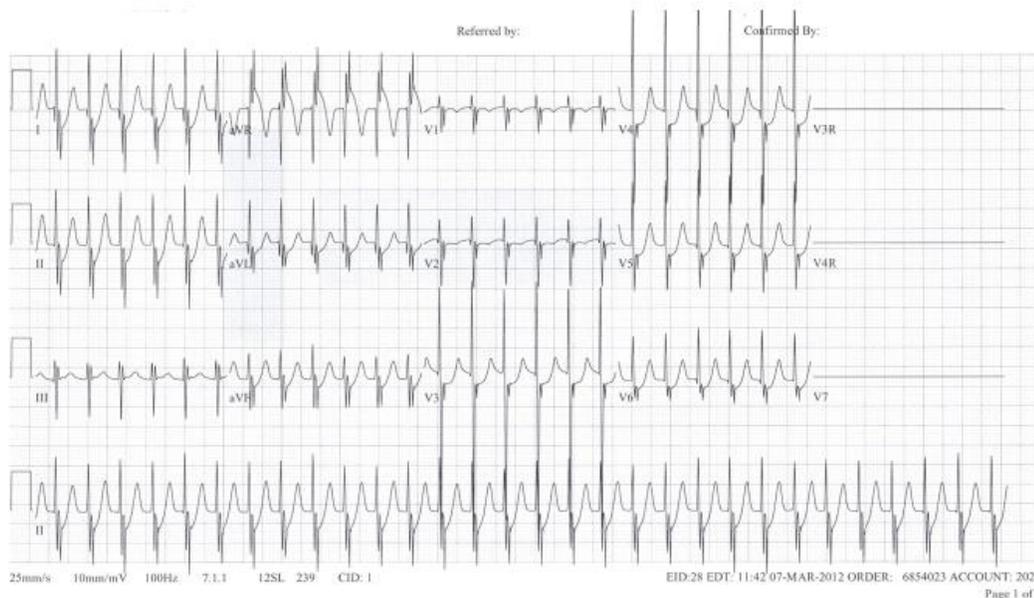
- Vérifier le profil de la TA depuis l'arrivée du patient à l'unité des soins intensifs pédiatriques (soutenue, croissante, isolée)
 - L'enfant est-il éveillé/agité? / Rechercher d'autres causes
 - Rechercher les pouls palpables dans les jambes
 - Mesurer le gradient bras/jambe
 - Faire une échocardiographie en cas de doutes sur la réparation
 - Prendre en charge l'hypertension (médicaments anti-hypertenseurs, sédation, etc.)
- (TA cible, TA normale pour l'âge)



Question 9

MONTREZ L'IMAGE 6 AU CANDIDAT.

Image 6



Quatre heures plus tard, on vous informe que la fréquence cardiaque du patient a augmenté. Le résident de l'unité des soins intensifs a effectué un tracé en utilisant les fils auriculaires du cardiostimulateur externe. Que peut-on observer sur ce tracé?

RÉPONSE MODÈLE

- Tachycardie à complexe étroit et intervalle RP court

Question 10

Quel est le diagnostic différentiel?

RÉPONSE MODÈLE

- Tachycardie jonctionnelle ectopique avec conduction rétrograde
- Tachycardie supraventriculaire (tachycardie réciproque auriculo-ventriculaire ou tachycardie par réentrée nodale auriculo-ventriculaire)
- Tachycardie auriculaire avec bloc auriculo-ventriculaire du premier degré

Question 11

Comment allez-vous préciser le diagnostic dans ce cas?

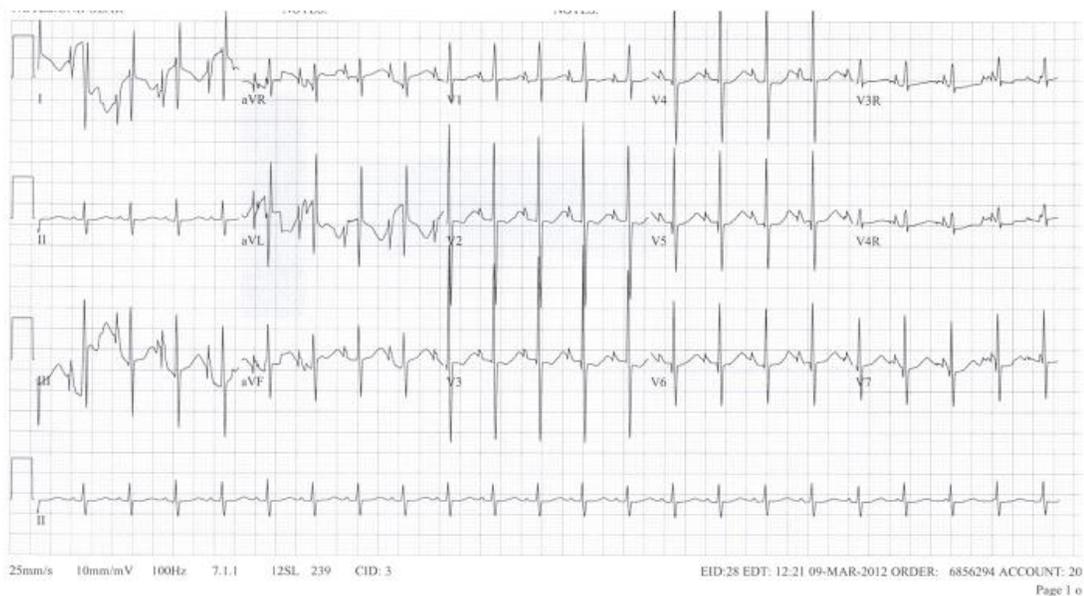
RÉPONSE MODÈLE

- Études avec sondes de stimulation, y compris surstimulation rapide pour mieux définir le mécanisme et le diagnostic
- Adénosine si le mécanisme demeure incertain

Question 12

Le lendemain matin, on effectue un tracé en utilisant les fils auriculaires du cardiostimulateur externe. Que peut-on observer sur ce tracé?

Image 7



RÉPONSE MODÈLE

- Rythme sinusal, bloc de premier degré possible
- Peut observer une dissociation auriculo-ventriculaire dans les quelques derniers complexes OU une dissociation auriculo-ventriculaire isorythmique