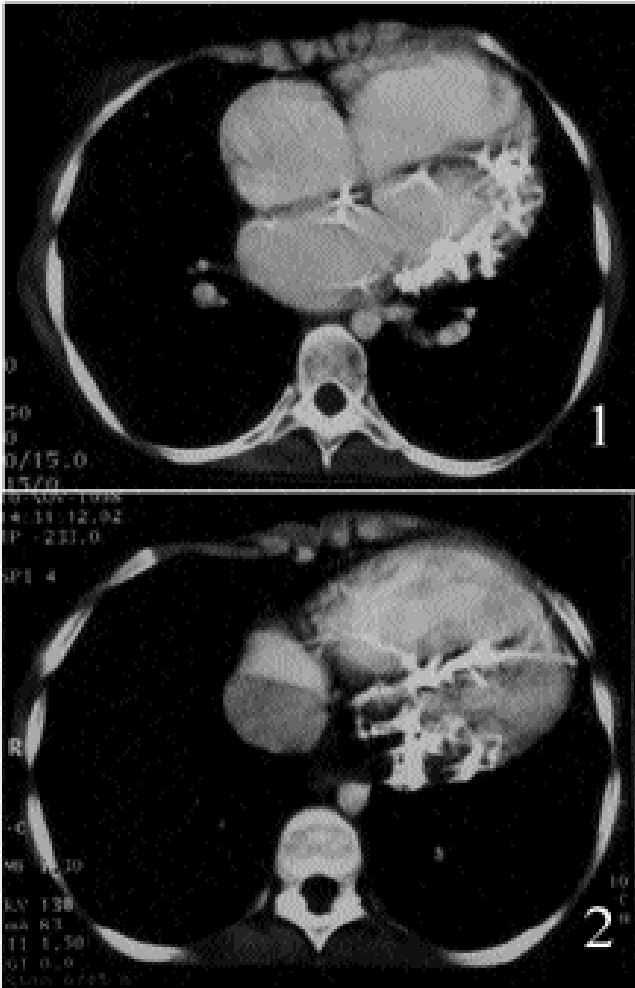


QUESTIONS-RÉPONSES/ CALCIFICATIONS CARDIAQUES EN PÉDIATRIE  
QUESTIONS & ANSWERS / CARDIAC CALCIFICATIONS IN PEDIATRICS

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/56-1/qr1.pdf>

Ghassan CHEHAB\*

CAS CLINIQUE



FIGURES 1 & 2

Scanner montrant des calcifications cardiaques.

Une jeune fille âgée de 14 ans a été hospitalisée en raison d'une dyspnée. On note dans ses antécédents la survenue à l'âge de 5 mois d'une fièvre prolongée de cause inconnue qui a duré 45 jours, associée à des adénopathies cervicales, une conjonctivite, une chélie et un rash cutané ; il n'a pas été retrouvé de notion de mort subite chez des enfants ou adultes jeunes dans sa famille.

A l'examen clinique, on note surtout un léger retard pondéral, une fréquence cardiaque à 100 battements par minute, une tension artérielle à 12/7 mmHg ; les pouls périphériques sont bien perçus et il existe une discrète hépatomégalie. L'auscultation cardiaque ne retrouve pas de souffle mais un galop est noté.

La radiographie du thorax montre une cardiomégalie avec dilatation de l'oreillette gauche, une congestion vasculaire pulmonaire et une formation calcifiée de siège médiastinal. Le bilan sanguin, en particulier lipidique, est normal. L'électrocardiogramme montre une hypertrophie auriculaire et ventriculaire gauche, des ondes q peu profondes en DI et AVL et absence d'anomalies des ondes T. L'échocardiographie Doppler retrouve de multiples calcifications intra-myocardiques et une légère cardiomyopathie hypokinétique. Un scanner thoracique (après injection de produit de contraste) met en évidence de multiples calcifications [Figures 1 et 2].

1. Il s'agit de calcifications siégeant dans :

- A. Le péricarde
- B. L'endocarde
- C. Les artères coronaires
- D. Le myocarde

2. D'après les antécédents, l'histoire clinique et les examens paracliniques, en particulier, le scanner thoracique, le diagnostic étiologique à poser, et responsable des séquelles sous forme de calcifications, est :

- A. Une péricardite tuberculeuse
- B. Une maladie de Kawasaki
- C. Un rhumatisme articulaire aigu
- D. Séquelles de myocardite aiguë d'origine virale

\*Département de Pédiatrie, Faculté des Sciences médicales, Université Libanaise, Hadath - Grand Beyrouth, Liban.

Correspondance : Dr Ghassan Chéhab. Rafik Hariri University Hospital. Service de pédiatrie. Jnah - Grand Beyrouth. Liban.

e-mail : [ChehabGh@cyberia.net.lb](mailto:ChehabGh@cyberia.net.lb)

Tél. : +961 3 388581 / 1 865914

## RÉPONSES

Le scanner thoracique met en évidence une importante **calcification des artères inter-ventriculaire antérieure et circonflexe, anévrysmales** en particulier (1<sup>re</sup> question : C) évoquant une pathologie des artères coronaires de longue durée. En se basant sur les antécédents de cette patiente et les données paracliniques, le diagnostic de **calcifications diffuses des artères coronaires secondaires à une forme sévère de maladie de Kawasaki** est posé (2<sup>e</sup> question : B) et un traitement médical à visée cardiaque a été débuté.

## DISCUSSION

La maladie de Kawasaki (MK) est une vascularite aiguë d'étiologie et de mécanisme inconnus, touchant les enfants en bas âge. Elle associe une fièvre prolongée de plus de quatre jours, d'étiologie inconnue, associée à quatre des cinq critères cliniques suivants :

1. conjonctivite bilatérale non purulente,
2. énanthème à type de chéilite, stomatite ou langue framboisée,
3. adénopathies cervicales aiguës non purulentes > 1,5 cm,
4. exanthème polymorphe (rash),
5. érythème et gonflement palmo-plantaire.

La gravité de cette pathologie réside dans le risque de l'atteinte des artères coronaires à type d'anévrysmes détectés à l'échocardiographie, suite à l'inflammation de l'endothélium survenant dans 20 à 25% des cas non traités après la première semaine de fièvre. Elle est devenue la cause prédominante de cardiopathie acquise en pédiatrie dans les pays développés.

Les formes atypiques sont retenues si le nombre des critères est < 4 avec présence d'un syndrome inflammatoire et début d'hyperplaquettose, et/ou découverte d'anévrysmes coronaires à l'échocardiographie.

Les lésions peuvent évoluer vers les sténoses et l'athérosclérose. Il est donc capital de reconnaître tôt cette pathologie et de débiter un traitement médical associant les immunoglobulines par voie veineuse et les salicylés, qui réduit le risque de l'atteinte à 4-5%. Les petits anévrysmes ont le plus de chance de disparaître

durant la première année suivant la maladie, contrairement aux grands anévrysmes qui peuvent entraîner le décès par infarctus du myocarde durant la première année de la maladie suite à des thromboses, sténoses et occlusions, mais pouvant survenir plusieurs années après.

Beaucoup de cas de MK peuvent passer inaperçus durant la phase aiguë car elle peut simuler beaucoup de pathologies infectieuses de la petite enfance en particulier les oreillons et la scarlatine.

Les calcifications localisées des artères coronaires chez les adolescents ont déjà été signalées par quelques auteurs [1-3] mais notre observation décrit des calcifications diffuses. La MK doit être suspectée de principe chez les adolescents et adultes jeunes qui présentent un infarctus du myocarde ou ceux qui sont morts subitement. La réalisation de scanner thoracique permet de visualiser des calcifications coronaires dans les régions atteintes [4]. La haute résolution spatiale du « scanner multi-barrettes » permet de montrer les images de séquelles dans le suivi des adolescents et adultes avec antécédents de MK dans l'enfance [5], et doit être proposé comme un important examen dans le suivi de ce groupe de patients, en particulier si des calcifications sont découvertes sur la radiographie du thorax et/ou lors d'une échocardiographie.

## RÉFÉRENCES

1. Hamada R, Yano I, Fujiwara M et al. CT screening for unrecognized coronary sequel of Kawasaki disease. *Acta Paediatrica Japonica* 1995 ; 37 : 416-18.
2. Burns JC, Shike H, Gordon JB, Malhotra A, Schoenwetter M, Kawasaki T. Sequelae of Kawasaki disease in adolescents and young adults. *J Am Coll Cardiol* 1996 ; 28 : 253-7.
3. Doi YL, Hamashige N, Odawara H, Kuzume O, Chikamori T, Ozawa T. Ring-calcification of coronary artery aneurysms in an adolescent. *Chest* 1987 ; 92 : 1118-20.
4. Dadlani GH, Gingell RL, Orié JD et al. Coronary artery calcifications in the long-term follow-up of Kawasaki disease. *Am Heart J* 2005 ; 150 : 1016.
5. Kanamaru H, Sato Y, Takayama T et al. Assessment of coronary artery abnormalities by multislice spiral computed tomography in adolescents and young adults with Kawasaki disease. *Am J Cardiol* 2005 ; 95 : 522-5.