

## **SPEED DATA CONTEST**

# **Une douleur thoracique suspecte...**

**GROBOST-DALBIN Emma**  
Service de Cardiologie, CH Niort

2020 © 26<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2020 © 26<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Patient de 28 ans :

ATCD : tabagisme sevré en 2016, hérédité coronarienne.

Pas de traitement.

Consulte aux urgences pour des douleurs thoraciques atypiques depuis 2 semaines :

- Examen clinique, ECG et RP : normaux.
- ETT : minime lame d'épanchement péricardique.
- Bilan biologique : **troponines à 0,14 ng/ml stables** (N<0,04 ng/ml), **CRP à 21 mg/l**, reste du bilan normal.

⇒ Suspicion de **myopéricardite** :

- traitement par aspirine, colchicine, bisoprolol et ramipril.

- Réalisation d'un **coro-TDM** :

**Naissance de l'artère coronaire droite** dans le sinus antéro-gauche (ARCA),

avec **trajet initial inter aorto-pulmonaire**.



Figure 1 : Scanner coronaire retrouvant une ARCA

⇒ Devant cette anomalie :  
- arrêt des traitements.

- réalisation d'une **coronarographie** :

Naissance anormale de la CD au niveau de l'ostium du tronc commun.  
CD dominée.

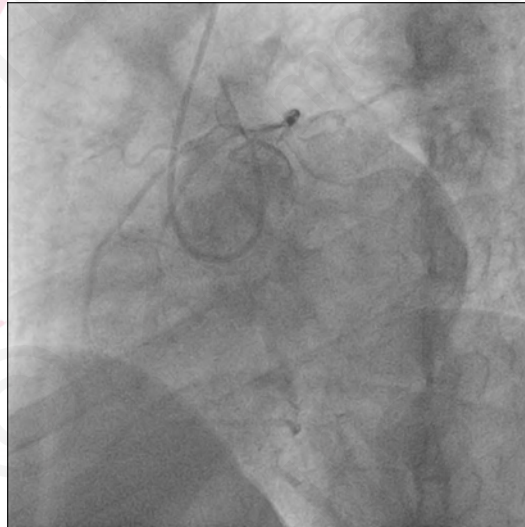


Figure 2 : Coronarographie retrouvant l'ARCg

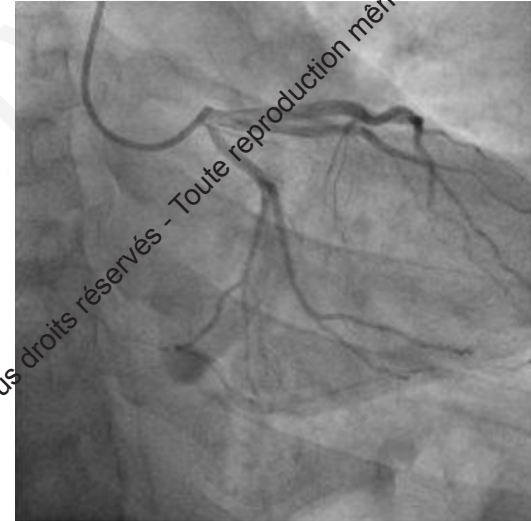


Figure 3 : Réseau gauche sain

A 48h de l'arrêt des traitements :

- récurrence des douleurs thoraciques avec ascension de la troponine à 1,52ng/ml, sans modification ECG, ni échographique.
- reprise des traitements pour la myopéricardite.
- réalisation d'une IRM cardiaque : confirmation de la **myocardite**.

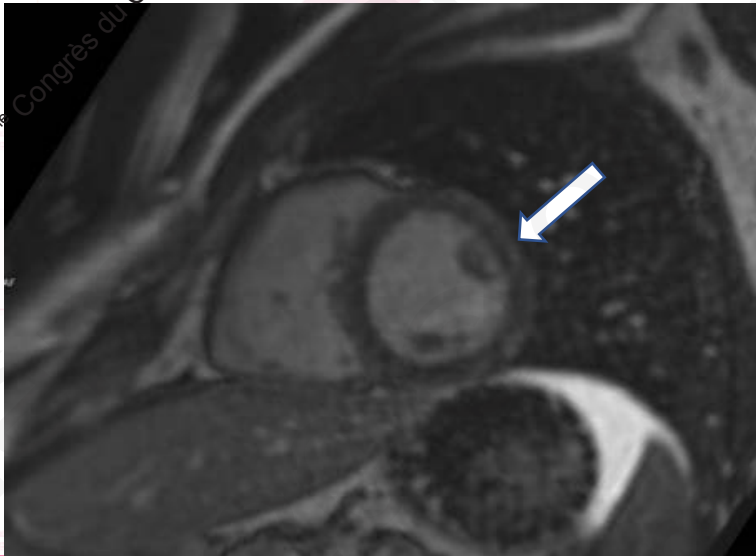


Figure 4 : rétroissement sous-épicardique latéral en IRM cardiaque.

Dans le cas présent :  
découverte fortuite d'une **anomalie de naissance de la CD inter-artérielle**,  
dans un contexte de **myocardite** (expliquant les douleurs thoraciques).

Staff médico-chirurgical :  
**abstention thérapeutique** pour l'ARCA jusqu'à guérison de la myocardite  
puis évaluation à l'effort.

A 3 mois :  
absence de réhaussement tardif à l'IRM.  
**épreuve d'effort normale.**

- Prévalence ARCA : 0,32%, avec trajet inter-artériel dans 90% des cas (1).
- Cause inconnue.
- Présentation clinique variable :  
symptomatologie particulièrement liée aux efforts physiques avant l'âge de 30 ans.
- Principal risque : mort subite dans les formes inter-artérielles et lors d'efforts intenses.

- Différentes méthodes diagnostiques : gold-standard = coro-TDM (2).
- Traitement chirurgical (par réimplantation de l'ostium coronaire) à discuter chez les sujets symptomatiques (algorithme décisionnel proposé par le groupe ANOCOR).
- Si ARCA asymptomatique, seul les sports de classe IA sont autorisés après test d'effort négatif (3).



1. Cheezum MK, Libertainson RR, Shah NR, Villines TC, O’Gara PT, Landzberg MJ, et al. Anomalous Aortic Origin of a Coronary Artery From the Inappropriate Sinus of Valsalva. J Am Coll Cardiol. 28 mars 2017;69(12):1592-608.
2. Newer concepts for imaging anomalous aortic origin of the coronary arteries in adults. - PubMed - NCBI [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486584>
3. Borjesson M, Dellborg M, Niebauer J, LaGerche A, Schmied C, Solberg EE, et al. Recommendations for participation in leisure time or competitive sports in athletes-patients with coronary artery disease: a position statement from the Sports Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J. 1 janv 2019;40(1):13-8.

**Suivez le CNCH sur le Social Média !**

**#CNCHcongres**



**@CNCHcollege**



**@CNCHcollege**