

Cas clinique : Kawasaki et infarctus du myocarde à 4 ans

MESSAOUDI Yosra, BEN HALIMA Najeh

Faculté de Médecine de Sousse, Hopital Ibn El Jazzar Kairouan
Tunisie

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Intervenant : Yosra MESSAOUDI, Kairouan

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer

■ Présentation clinique :

Enfant de 4 ans hospitalisé en pédiatrie pour maladie de kawasaki
Forme sévère résistante à la 1 ère cure d'immunoglobulines → 2 ème cure
avec traitement par des corticoïdes.

Echographie cardiaque (ETT) dans le bilan de la maladie. (Examen clinique et
ECG sans anomalies)

ETT : anévrysmes coronaires ++

Bonne fonction ventriculaire gauche

Coronaire droite anévrysmale de 7-8 mm

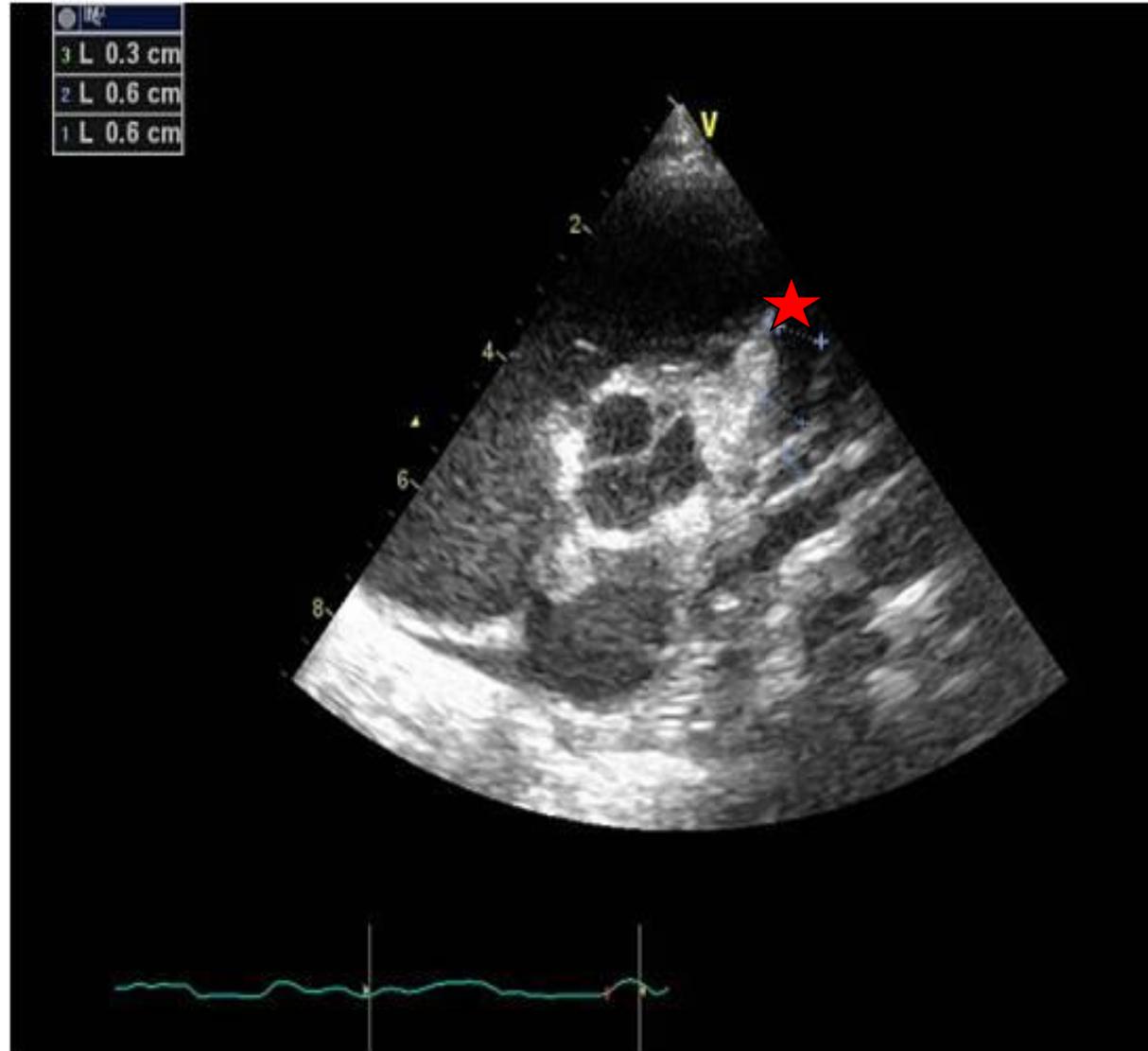


Coronaire gauche:

*anévrisme géant de l'IVA

*Tronc commun :non dilaté

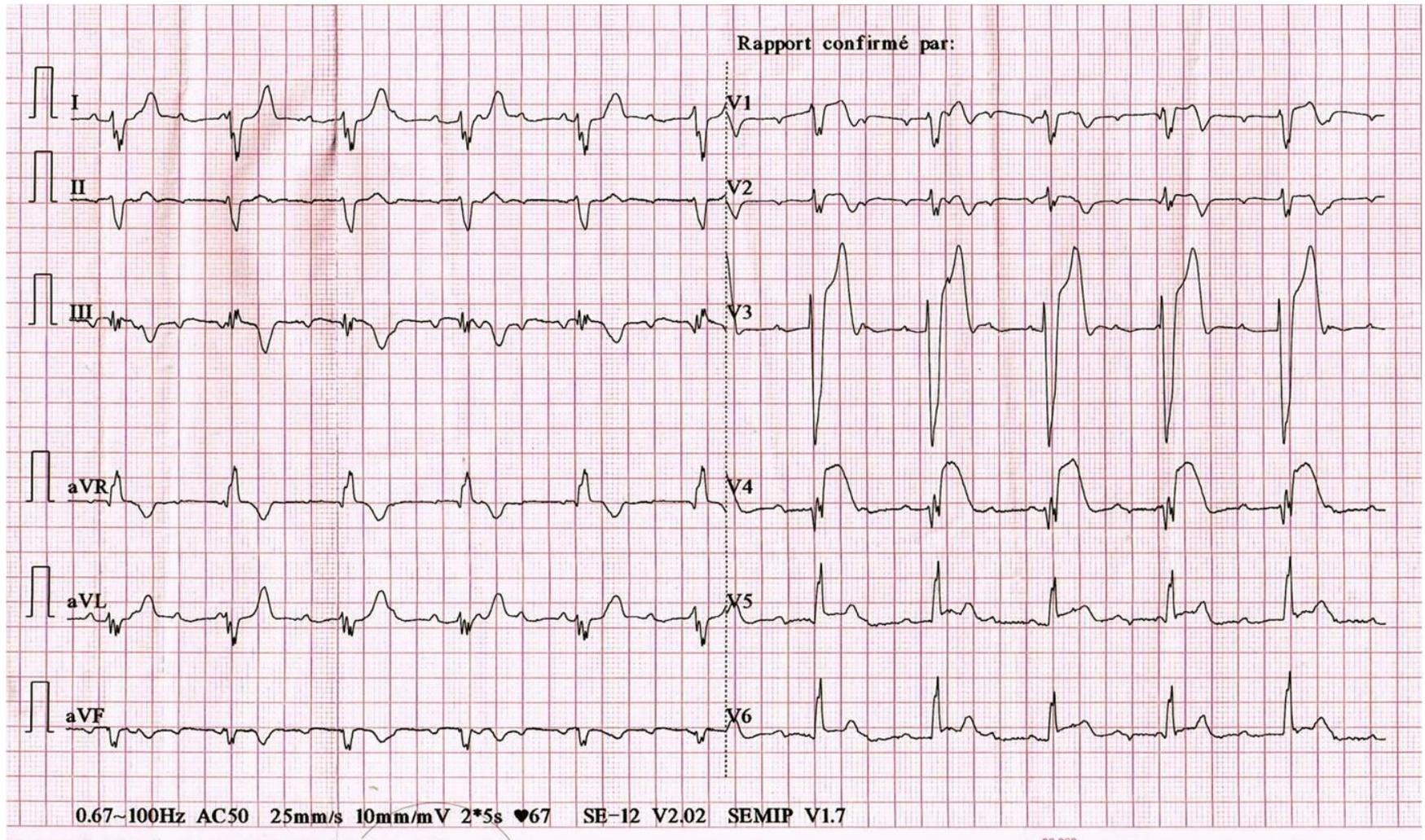
*Circonflexe :dilatée à 4 mm



- **Enfant mis sous traitement anticoagulant , bonne évolution initiale avec apyrexie et négativation de la CRP.**
- **Mis sortant sous acénocoumarol et aspirine dose antiagrégante.**

- **30 jours après : Douleurs thoraciques + asthénie (Notion d'oubli de dose d'AVK par la mère)**
Examen : extrémités légèrement froides , eupnéique, pas de râles crépitants

ECG :



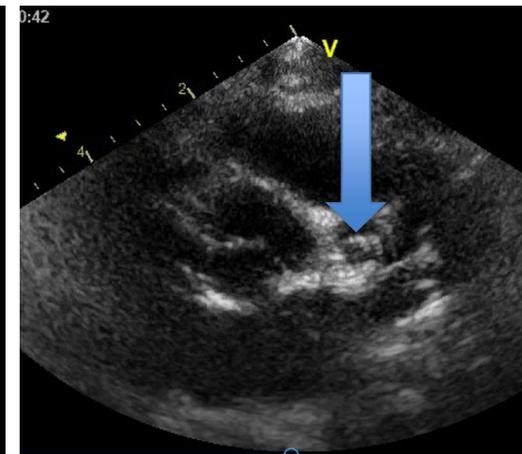
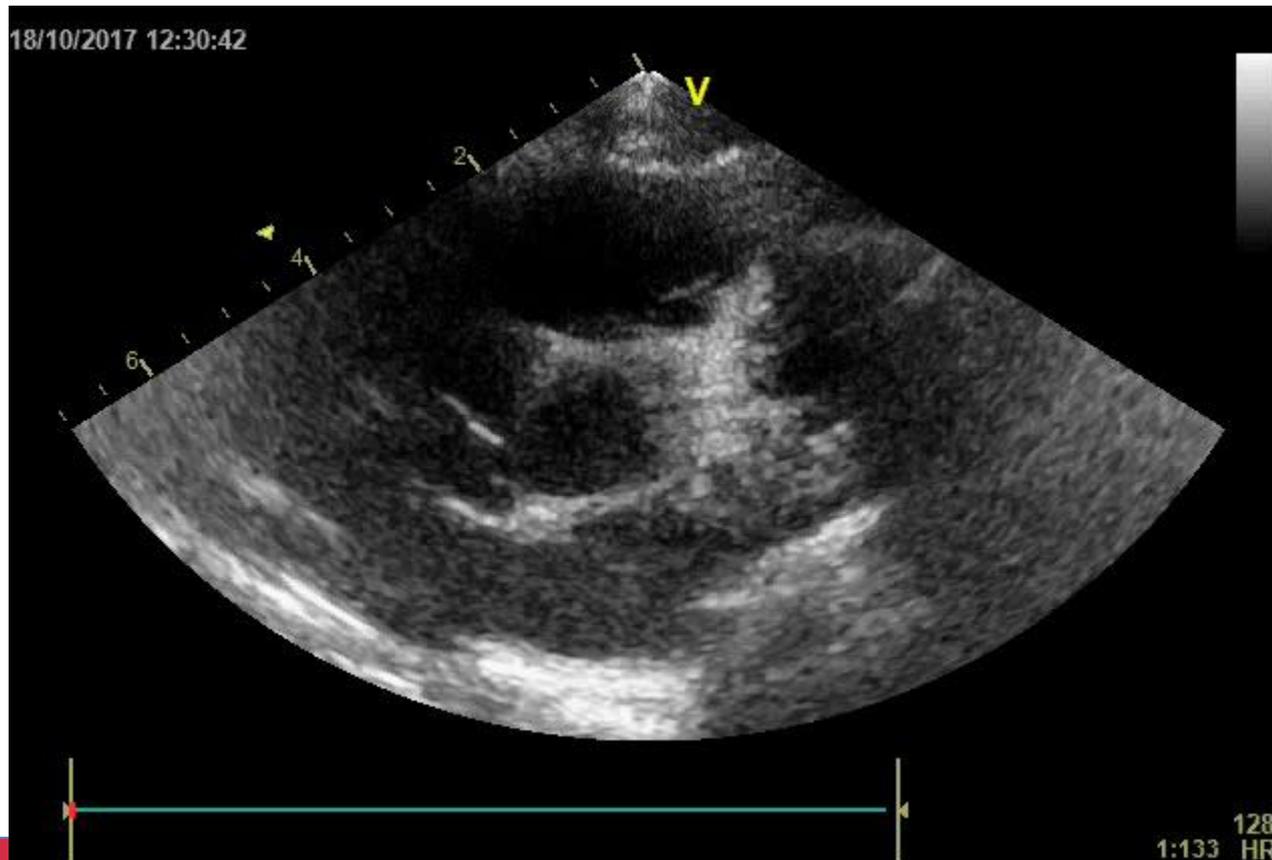
SCA ST+ antérieur avec Bloc auriculo ventriculaire 2 ème degré

- Conditionnement en urgence
- Dobutamine
- Héparine non fractionnée(15UI/kg/h),
- Aspirine
- 37.5 mg de clopidogrel et protection gastrique par IPP

- ETT au lit du patient

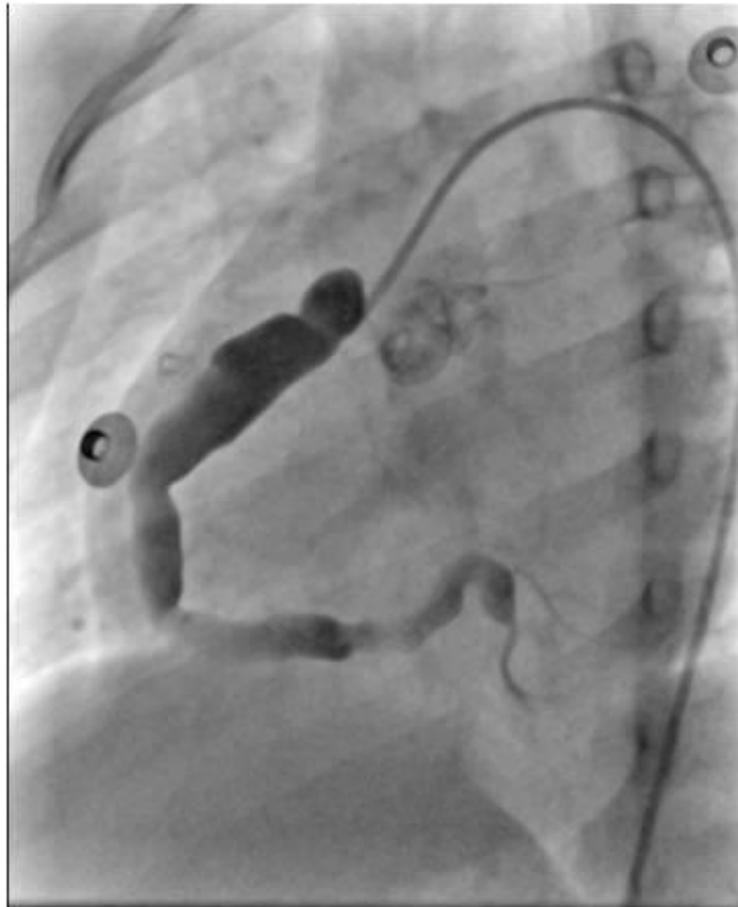
- *Dysfonction VG sévère à 35% : hypokinésie sévère antéro septale et antérieure

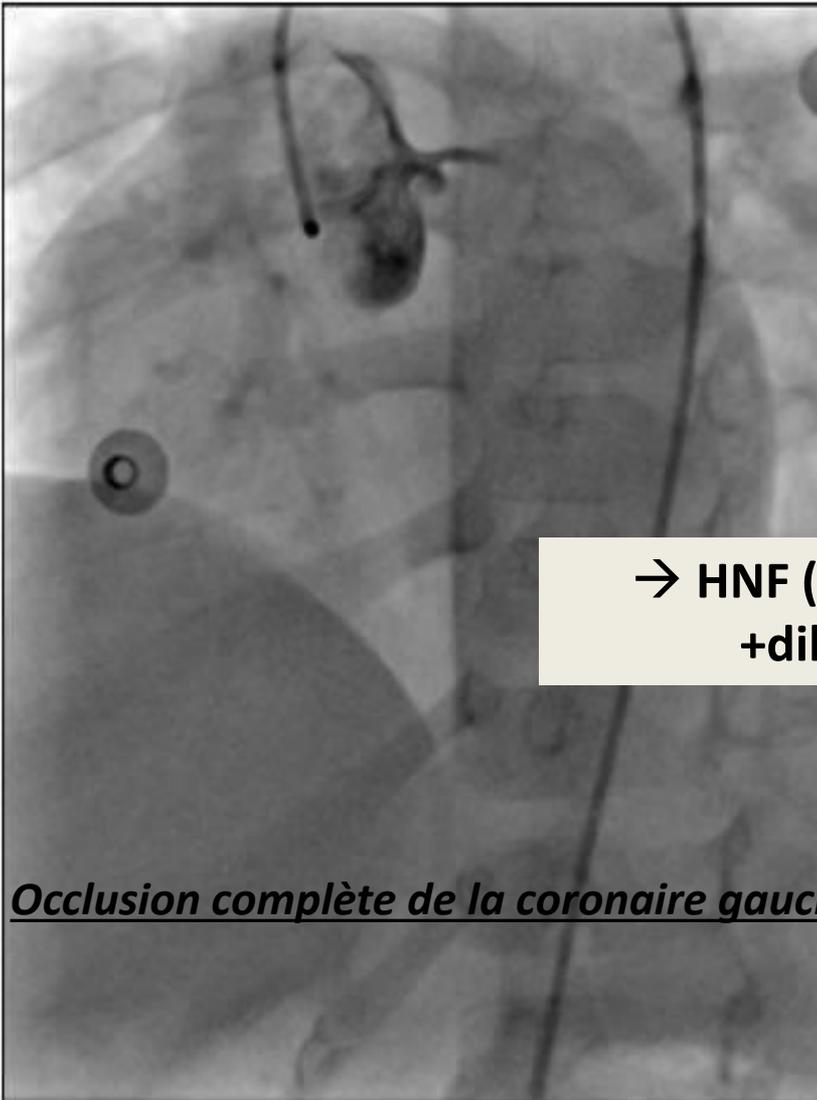
- *Thrombus intra coronaire gauche



- Thrombolyse par : Ténecteplase (0.7 unités)
- Evolution: Toujours en BAV , accélération par moments au scope, persistance du sus décalage
- Transfert 2h après en salle de cathétérisme

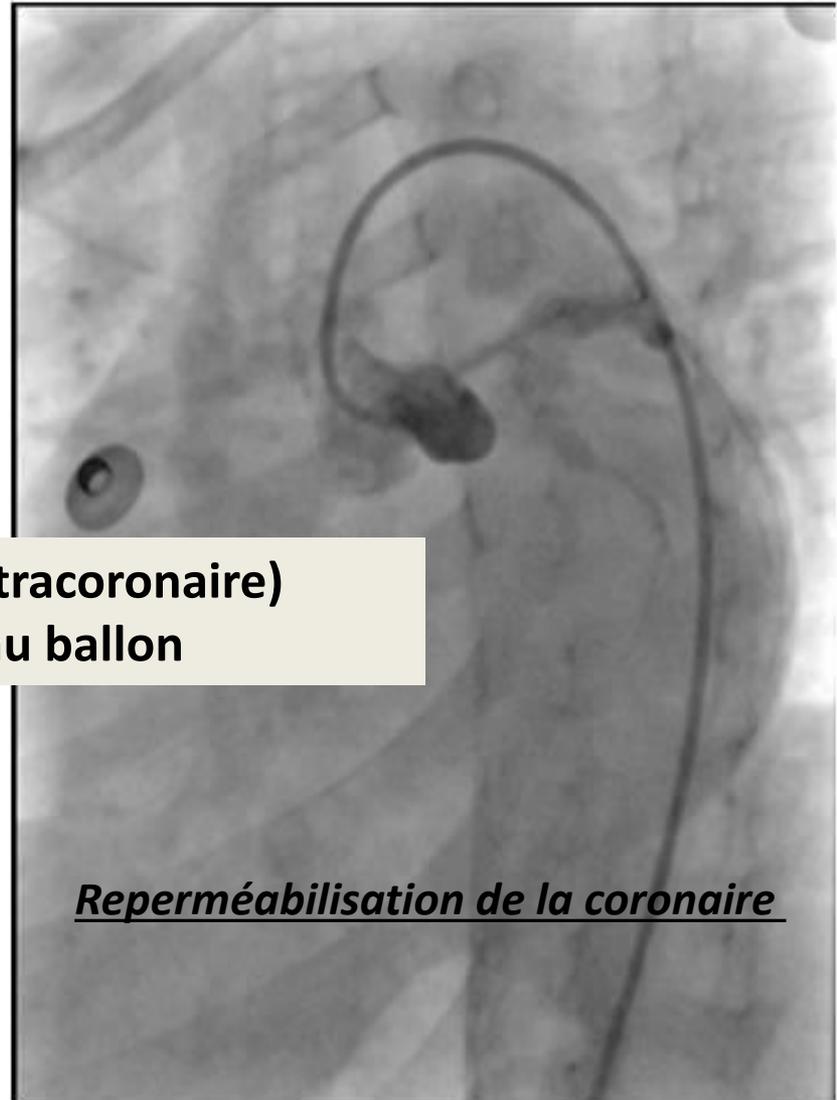
Coronarographie





Occlusion complète de la coronaire gauche

→ HNF (50 mg intrac coronaire)
+dilatation au ballon



Repermeabilisation de la coronaire

- Nette amélioration clinique : disparition de la douleur, pas de BAV
- Amélioration progressive de la fonction VG (recul de 1 an FEVG=55%)
- Toujours sous :clopidogrel , aspirin et acenocoumarol (minisintrom)

■ Conclusion /Messages à retenir

***Attention aux formes résistantes de la maladie de kawasaki : l'atteinte coronaire est quasi obligatoire et surtout grave.**

***En cas d'anévrisme coronaire (≥ 8), le traitement anticoagulant doit être agressif et bien monitoré.**

***Gravité des IDM sur kawasaki: Donc il ne faut pas craindre les complications hémorragiques chez l'enfant : taper fort!! oui pour la double anti agrégation , la thrombolyse puis le traitement interventionnel.**

Merci