

Item : Souffle cardiaque chez l'enfant (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Vous voyez pour la première fois en consultation Lucie, âgée de 5 ans, chez laquelle un souffle précordial a été signalé récemment par le médecin de garde, appelé à son chevet en raison d'une angine fébrile, avec hyperthermie à 39,5°C. Ce souffle n'avait pas été constaté auparavant, et il n'en est pas fait mention dans le carnet de santé.

Dans ses antécédents, on note :

- une naissance à 38 semaines d'aménorrhée, à un poids de 2910 g pour 49 cm, sans problème particulier ;
- un eczéma allergique, sur terrain atopique familial ;
- une adénoïdectomie à l'âge de 3 ans ;
- pas de contexte de maladie familiale.

Lucie est une enfant en bon état général, très dynamique, qui fréquente l'école maternelle depuis 2 ans et participe normalement aux activités physiques et sportives de sa classe. Aucun symptôme fonctionnel n'a été remarqué par les parents et, en particulier, pas de limitation à l'effort.

À l'examen, le développement staturopondéral est normal et l'enfant est bien rose.

L'auscultation, en-dehors de tout contexte infectieux, révèle un souffle protosystolique 1,5/6, un peu vibratoire, audible à l'endapex et irradiant peu. Il est mieux entendu en position couchée, mais ne disparaît pas totalement en position debout. Les bruits du cœur sont normaux par ailleurs.

Le reste de l'examen clinique n'offre aucune particularité. Les pouls fémoraux sont bien perçus. La TA est à 90/50 au bras droit. Il n'existe aucun signe d'insuffisance cardiaque. L'électrocardiogramme est normal pour l'âge.

Le cliché de thorax est également normal.

QUESTION 1/5 :

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ? Donnez vos arguments.

Réponse attendue :

Le diagnostic le plus probable est celui de souffle fonctionnel, ou « normal », ou « innocent » de l'enfant, du fait :

- de la découverte tardive du souffle, à 5 ans ;
- des circonstances de découverte, à l'occasion d'une hyperthermie ;
- des caractéristiques du souffle (protosystolique, bref, peu intense, irradiant peu, diminuant d'intensité en position debout) ;
- de l'absence de modifications des bruits normaux du cœur ;
- de l'absence de symptômes fonctionnels ;

- de l'absence d'anomalie associée de l'examen clinique (pouls fémoraux perçus, TA normale...);
- du caractère normal de la radiographie et de l'ECG.

Néanmoins, certaines cardiopathies peuvent donner des tableaux cliniques voisins :

- communication interauriculaire ou CIA. Dans ce cas, il existe généralement un dédoublement fixe du 2e bruit latérosternal gauche, un bloc de branche droit incomplet à l'ECG et des anomalies discrètes du cliché de thorax (arc moyen gauche convexe, hypervascularisation pulmonaire), anomalies toutes absentes ici ;
- cardiomyopathie obstructive (CMO) : contexte familial absent ici, le caractère plutôt mésosystolique du souffle et non protosystolique, une dyspnée d'effort, une hypertrophie septale à l'ECG donc diagnostic peu probable ;
- autres diagnostics peu probables (sténose pulmonaire peu serrée...).

QUESTION 2/5 :

Cette situation est-elle fréquente ? Commentez.

Réponse attendue :

Cette situation est très fréquente, rencontrée chez un tiers à la moitié des enfants d'âge scolaire, alors que les cardiopathies congénitales, qui représentent la quasi-exclusivité des cardiopathies organiques de l'enfant dans les pays occidentaux, ne sont présentes que chez 1 % environ des enfants à la naissance, et nettement moins dans la 2e enfance.

QUESTION 3/5 :

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demanderez-vous ? Justifiez votre réponse.

Réponse attendue :

Un interrogatoire et un examen clinique bien conduits, avec une auscultation soigneuse permettent dans la majorité des cas d'affirmer le caractère organique ou fonctionnel du souffle.

Au moindre doute, il ne faut pas hésiter à demander un échocardiogramme-doppler, qui permet d'affirmer le diagnostic avec certitude (il sera bien sûr strictement normal en cas de souffle innocent).

Il vaut mieux faire un examen « inutile » en cas de doute plutôt que de laisser planer un doute et de reconvoquer l'enfant pour un contrôle, ce qui peut être très préjudiciable psychologiquement pour l'enfant et sa famille (risque d'ancrer la notion de « souffle au cœur »).

QUESTION 4/5 :

Quelle stratégie proposerez-vous ultérieurement si votre hypothèse principale se confirme ?

Réponse attendue :

La seule attitude à proposer est de ne rien faire !

Il est inutile, et souvent préjudiciable, de reconvoquer l'enfant, qui ne nécessite aucun suivi cardiologique.

Il est important de noter ses conclusions dans le carnet de santé, afin que la question du « souffle » ne soit pas posée à nouveau chaque fois que l'enfant est vu par un médecin différent.

Aucun risque particulier d'endocardite infectieuse et donc pas de nécessité d'antibioprophylaxie !

QUESTION 5/5 :

La famille vous interroge sur l'avenir de l'enfant : pourra-t-elle faire du sport de loisirs et/ou de compétition ? Pourra-t-elle avoir des enfants ? Certains métiers lui seront-t-ils interdits ?

Réponse attendue :

Vie strictement normale.

L'enfant peut pratiquer les sports sans aucune restriction, y compris en compétition. Pas de restriction pour les grossesses.

Pas de limitation professionnelle.