

Anévrysme du tronc commun coronaire gauche

Les anévrysmes coronaires sont classiquement définis comme des dilatations localisées des artères coronaires dont le diamètre dépasse 1,5 fois celui des segments adjacents normaux. Découvertes angiographiques, présumées rares et fortuites, les anévrysmes coronaires voient leur fréquence augmenter depuis l'usage, largement répandu, de la coronarographie (1). Leur incidence varie selon les différentes séries angiographiques de 0,15% à 4,9% (2). Ces anomalies peuvent toucher n'importe quel segment de l'arbre coronaire. Parmi les différentes localisations possibles, c'est l'atteinte du tronc commun gauche (TCG) qui paraît être la plus exceptionnelle (2). Cette entité particulière est d'ailleurs rarement décrite dans la littérature expliquant une approche thérapeutique mal codifiée voire controversée, allant du simple traitement médical à la chirurgie. Nous rapportons le cas d'une patiente de 47 ans chez qui on a mis en évidence un large anévrysme du TCG et traitée médicalement avec bonne évolution sur une période de suivi de 7 ans.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 47 ans, sans facteurs de risque coronaire, qui était hospitalisée dans notre service en septembre 2002 pour douleurs angineuses typiques. On n'a pas relevé d'antécédents suggestifs de maladie de Kawasaki au cours de l'enfance, ni d'infection traînante, ni de connectivite ou de traumatisme thoracique. L'examen clinique à l'admission était sans particularités. L'ECG ne retrouvait pas d'anomalies de la repolarisation. Les dosages biologiques n'ont pas montré d'ascension des troponines, ni de syndrome inflammatoire. Le bilan immunologique et la sérologie de la syphilis se sont avérés négatifs. A l'échographie cardiaque, la fonction ventriculaire gauche était normale, sans anomalies de la cinétique segmentaire. La coronarographie réalisée a montré un anévrysme fusiforme du TCG faisant 2 cm x 1,8 cm avec un réseau coronaire par ailleurs angiographiquement sain (figures 1 et 2). La patiente était mise alors sous aspirine et anti-vitamine K. L'évolution a été favorable avec un suivi trimestriel régulier jusqu'au mois de septembre 2007, date à laquelle la patiente a été ré hospitalisée pour récurrence des douleurs thoraciques sans preuve électrique ni biologique d'ischémie. L'échocardiographie était normale. Une nouvelle coronarographie a retrouvé le même aspect d'anévrysme gardant les mêmes dimensions sans lésions associées (figures 3 et 4). La décision a été de poursuivre le traitement médical. La patiente est asymptomatique depuis un peu plus de 2 ans.

Conclusion

La rareté des anévrysmes du TCG ainsi que la diversité de leurs formes anatomiques expliquent la difficulté de fonder une stratégie thérapeutique consensuelle, notamment lorsque l'anévrysme est isolé sans sténoses coronaires associées. La prise en charge doit se discuter au cas par cas en tenant compte

de la présentation clinique, avec ou sans complications, de l'aspect angiographique et de l'évolutivité. Le développement de l'imagerie non invasive concourra inéluctablement à l'accroissement des cas diagnostiqués rendant nécessaire l'établissement de recommandations. A cette fin, la création d'un registre multicentrique permettra sans doute de mieux renseigner sur l'histoire naturelle, le traitement optimal et le pronostic de cette pathologie.

Figure 1 : Coronarographie 2002 (incidence caudale 30°)



Figure 2 : Coronarographie 2002 (incidence face)

