

Découverte d'une veine cave supérieure gauche avec hypoplasie du tronc veineux innominé lors d'une pose d'un défibrillateur automatique double chambre.

G. THEODORE, Hôpital Pasteur, CHU NICE

Une patiente de 61 ans nous est adressée pour implantation d'un défibrillateur double chambre. Elle présente en effet une cardiomyopathie idiopathique hypokinétique sévère (FEVG=28%) malgré un traitement médical optimal.

La patiente est admise au bloc opératoire et, une fois l'incision et l'abord vasculaire gauche réalisés, le guide emprunte un trajet inhabituel. Une angiographie veineuse peropératoire dévoile l'anatomie vasculaire de la patiente : cf Figure 1a et 1b.



Figure 1a : Persistance de la VCS gauche et Hypoplasie du tronc veineux innominé

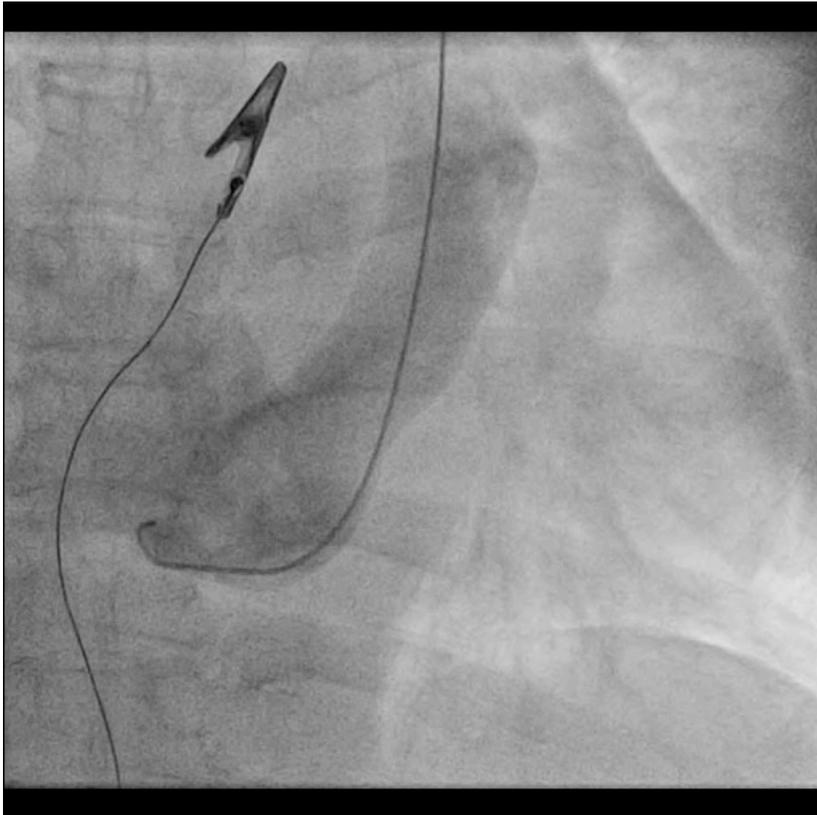


Figure 1b : Vidange de la VCSG dans le sinus coronaire puis l'oreillette droite.

L'accès au réseau veineux droit habituel n'est pas envisageable en raison d'une hypoplasie sévère du tronc veineux innominé. Par contre la VCSG se draine dans l'oreillette droite postérieure via le sinus coronaire. L'implantation du défibrillateur sera donc réalisée par cette VCS gauche : l'accès au ventricule droit (VD) impose la **réalisation d'une boucle complète dans l'oreillette droite** afin de basculer du pôle postérieur de l'OD vers le VD. La préformation avec une **boucle en U sur le mandrin** est nécessaire pour faciliter l'accès au VD.

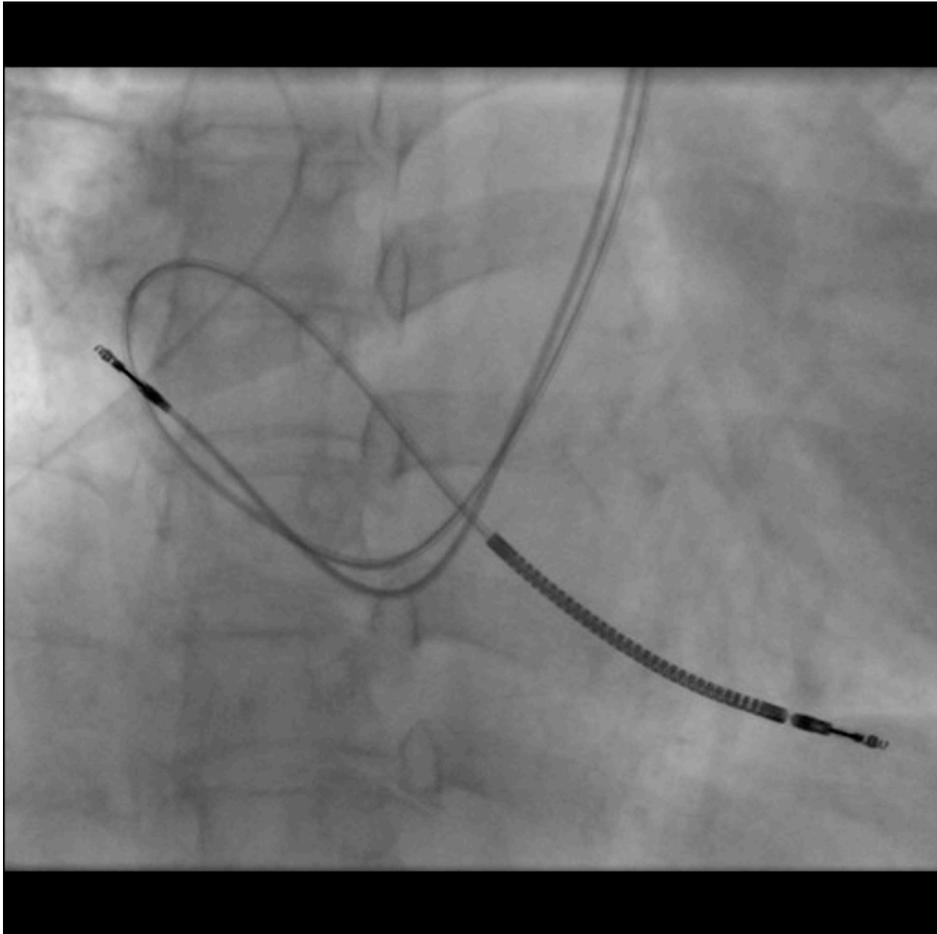


Figure 2a

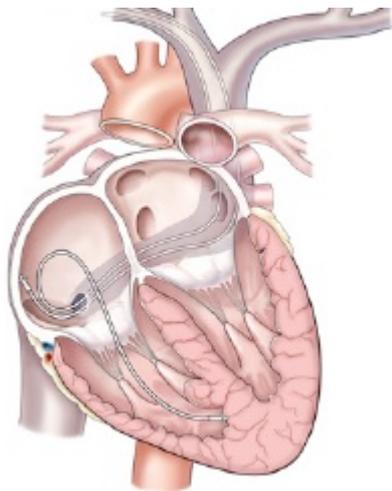


Figure 2b

(Figure 2a et 2b) : Abord et fixation directe de la sonde atriale. Boucle postéro-antérieure de la sonde de défibrillation afin d'accéder au VD. Image peropératoire (2a), Schéma explicatif (2b).

Après induction d'une fibrillation ventriculaire, le test de défibrillation est efficace au premier choc à 15J.

Les suites sont parfaitement simples et la radiographie de thorax à J1 confirme la stabilité de l'ensemble. (*Figure 3*)

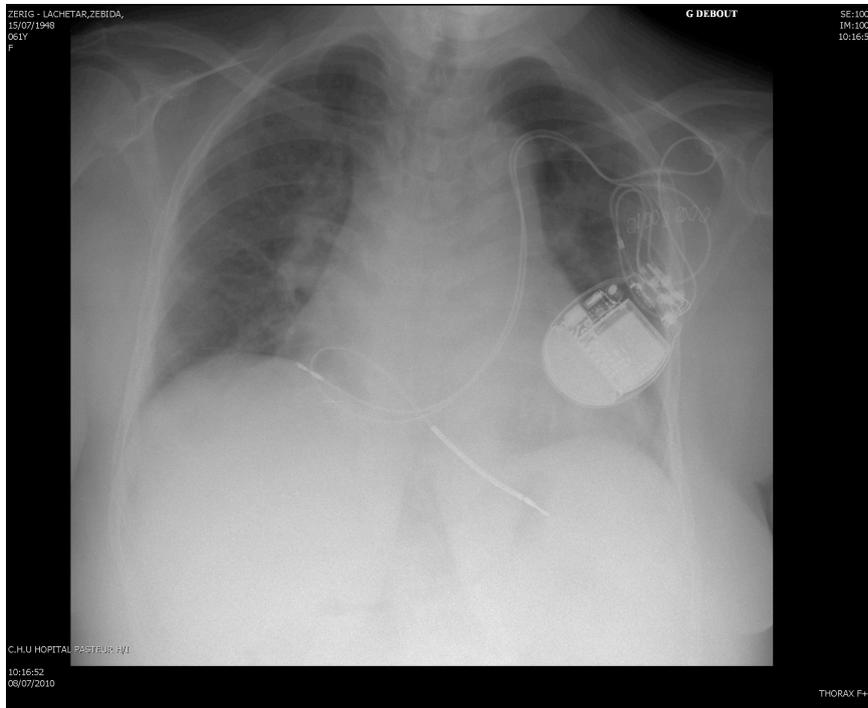


Figure 3 : Radiographie de thorax à J1.

A 3 mois, le contrôle de son défibrillateur est normal.

DISCUSSION :

Lors d'une implantation d'un pacemaker ou d'un défibrillateur, l'accès au ventricule droit peut s'accompagner de difficultés techniques assez diverses. Décrite pour la première fois en 1950 par Edwards et DuShane, la persistance d'une VCS gauche concerne 0.5% de la population générale et presque 10% des patients avec une cardiopathie congénitale. La découverte d'une telle anomalie est souvent fortuite et le fait d'une pose de cathéter veineux central. Toutefois, une échocardiographie peut faire suggérer ce type d'anomalie en cas d'ostium du sinus coronaire ectasique.

Les difficultés techniques relatives à l'abord de la VCS gauche peuvent être à l'origine de lésions veineuses. Des complications graves ont été décrites lors de manipulations de cathéters ou de guides dans le VCS

gauche (arythmie ventriculaire, lésion veineuse,...). L'implantation d'un pacemaker, plus rarement d'un défibrillateur, par la VCS gauche a déjà été décrite dans la littérature.

CONSEQUENCES PRATIQUES :

La découverte d'une VCS gauche impose un bilan morphologique minimal. En effet, cette particularité anatomique peut être associée à d'autres malformations congénitales du cœur ou des gros vaisseaux : bicuspidie aortique, coarctation de l'aorte dans le syndrome de Turner. Par ailleurs, le rôle propre arythmogène de la VCS gauche dans la fibrillation atriale a également été rapporté, aux cotés des classiques veines pulmonaires.

CONCLUSION :

La persistance d'une VCS gauche associée à l'impossibilité d'accéder à la VCS droite est rare. Bien que l'abord du ventricule droit soit techniquement plus difficile, l'implantation de pacemaker voire même d'un défibrillateur reste possible avec une bonne connaissance anatomique.

Le test du seuil défibrillation se révèle logiquement satisfaisant. En effet, bien que la configuration anatomique de l'ensemble soit inhabituelle, le champ de défibrillation englobe largement la région ventriculaire du cœur (zone entre le coil ventriculaire de la sonde de défibrillation et le boîtier du défibrillateur).