

## QUESTIONS FLASH

### Souffle cardiaque de l'enfant : quand ne pas demander l'avis du cardiopédiatre ?

A. CHANTEPIE

CHU, TOURS.

La découverte d'un souffle cardiaque chez le nourrisson est une situation fréquente. En théorie, la conduite à tenir est simple : s'il s'agit d'un souffle organique, il faut demander l'avis d'un cardiopédiatre ; si le souffle est fonctionnel, cet avis est inutile. En pratique, le problème est donc de distinguer cliniquement un souffle fonctionnel d'un souffle organique. Comme les souffles fonctionnels sont fréquents, les pédiatres ont l'expérience de ce type de situation, ce qui doit conduire à une demande d'avis cardiologique limitée aux suspicions de cardiopathie.

Le souffle fonctionnel habituel est lié à des turbulences circulatoires physiologiques lors de l'éjection ventriculaire gauche. Il est rarement perçu avant l'âge de 3 mois. Il est toujours systolique. Il est peu intense (coté 1 à 2 sur 6), de brève durée en début de systole, accolé au premier bruit, localisé au bord gauche du sternum, maximum à l'endapex, isolé (pas d'anomalies des bruits du cœur, pas de composante diastolique, pouls et PA normaux, bonne croissance, pas de diffi-

cultés respiratoires), de timbre musical ou grinçant. Il tend à diminuer ou disparaître en position assise ou debout. Chez les nouveau-nés, il existe un souffle fonctionnel particulier en rapport avec l'étranglement des branches pulmonaires, conséquence du faible débit pulmonaire de la période prénatale. Ce souffle systolique est caractérisé par sa brièveté en début de systole et par sa localisation : dans le dos, les deux creux axillaires et les deux régions sous-claviculaires, pouvant simuler une sténose pulmonaire. Avec la croissance des branches pulmonaires, ce souffle disparaît en général au cours des trois premiers mois.

Le souffle cardiaque organique est le plus souvent un souffle systolique. Un souffle diastolique ou continu oriente aussitôt vers une pathologie cardiovasculaire. Il faut penser à une cardiopathie en cas de souffle perçu chez un enfant ayant des problèmes respiratoires, des difficultés d'alimentation, une mauvaise croissance pondérale. Les caractéristiques suivantes sont aussi des éléments en faveur d'un souffle organique : localisation du maximum d'intensité du souffle à un foyer précis (foyer aortique ou pulmonaire, xiphoïde, creux axillaire gauche, creux sus-sternal, dos), souffle intense, holosystolique, irradiations larges du souffle, souffle de timbre râpeux ou rude ou tubaire ou sifflant, souffle accompagné de modifications des bruits du cœur (éclat de B2, clic, abolition de B1). Le type de cardiopa-

thie peut être reconnu grâce à la localisation du maximum du souffle :

- au foyer aortique : sténose valvulaire aortique,
- au foyer pulmonaire : sténose valvulaire pulmonaire, communication interauriculaire,
- au milieu du sternum : tétralogie de Fallot, sténose sous-valvulaire aortique,
- à la xiphoïde : communication inter-ventriculaire,
- à l'apex et l'aisselle G : fuite mitrale,
- dans le dos : coarctation, sténose pulmonaire, communication interauriculaire.

Lorsque le souffle possède les caractères d'un souffle fonctionnel chez le nourrisson, il est possible de rassurer les parents sans demander l'avis du spécialiste. Il convient de bien expliquer pourquoi on perçoit souvent des souffles chez les enfants : transmission facile des bruits et turbulences circulatoires physiologiques du fait de la faible distance entre le stéthoscope et les structures cardiaques et vasculaires, circulation rapide du sang lors de l'éjection ventriculaire (témoin de la bonne fonction de la pompe cardiaque, mais aussi du débit cardiaque augmenté par l'anémie physiologique et la fièvre), adaptation post-natale des structures anatomiques aux nouvelles conditions physiologiques.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.