

VENTRICULE DROIT À DOUBLE ISSUE (VDDI)

En collaboration avec le Dr Victor Pommier – Cardiopédiatre – CHU de la Réunion
et le Pr. Pascal AMEDRO - CHU de Bordeaux

Relue et validée par le Dr. Camille Soulatges, le Dr. Solène Prigent, le Dr. Quentin Hauet,
le Pr. Laurent Bonnemains et le Pr Damien Bonnet

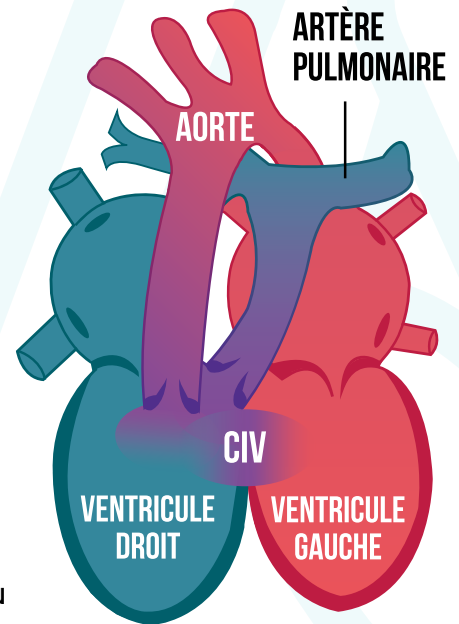
QU'EST-CE QU'UN VENTRICULE DROIT À DOUBLE ISSUE ?

Le ventricule droit à double issue est une malformation cardiaque rare et complexe où les 2 gros vaisseaux (**artère pulmonaire** et **aorte**) sont connectés au **ventricule droit**.

Dans un VDDI, il existe toujours une communication entre les deux ventricules (**communication interventriculaire** - CIV). Plusieurs formes anatomiques sont possibles, en fonction de la position des 2 gros vaisseaux entre eux, et de l'existence ou non de rétrécissement de ces vaisseaux.

Cette malformation est parfois associée à d'autres anomalies génétiques. Une **amniocentèse** (prélèvement de liquide amniotique) est proposée à la femme enceinte et un **conseil génétique** aux parents.

VDDI = 2 À 3%
DES CARDIOPATHIES
CONGÉNITALES
SOIT 1 NAISSANCE SUR 10 000



SUR QUOI REPOSE LE DIAGNOSTIC ?

♥ DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

Le dépistage est souvent fait pendant la grossesse, lors des échographies fœtales des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres.

La patiente est adressée à un Cardiopédiatre ou Cardiologue congénitaliste, par exemple au sein d'un **Centre de référence des Malformations Cardiaques Congénitales Complexes (réseau M3C)** pour préciser le diagnostic et le pronostic. Les progrès de la cardiologie fœtale permettent en effet de plus en plus de déterminer le type anatomique et les éventuelles anomalies associées.

Il s'agit d'une **malformation de gravité variable**. Les parents peuvent être pris en charge par un **Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN)**, afin d'être accompagnés par une équipe multidisciplinaire comportant selon les centres : des cardiopédiatres, chirurgiens cardiaques, obstétriciens, généticiens, sage-femmes, néonatalogues et psychologues. Dans certains cas, une **interruption de grossesse**, sans limitation du terme, peut être discutée en fonction de la complexité de la malformation et/ou de l'existence d'autres anomalies génétiques.

♥ DIAGNOSTIC NÉONATAL

Le diagnostic est établi après la naissance devant un **souffle au cœur**, une **insuffisance cardiaque** ou une **cyanose** du nouveau-né (bleu avec un **taux d'oxygène dans le sang** anormalement bas).

COMMENT UN VDDI EST-IL PRIS EN CHARGE ?

Le type et le moment de la réparation chirurgicale¹ du VDDI dépendent de la forme anatomique. Plusieurs procédures sont possibles après une **analyse complète** par **échocardiographie**, **scanner**, ou **IRM cardiaque**.

Il peut s'agir d'une **procédure simple**, telle que la construction d'un chenal entre le ventricule gauche et l'aorte ou d'une **procédure plus complexe** avec un **switch artériel** ou un éventail de techniques de reconstruction d'une continuité entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire. La procédure retenue est expliquée aux parents par le cardiopédiatre et le chirurgien cardiaque.

¹Voir notre fiche La chirurgie cardiaque

ET APRÈS ?

Lorsque le VDDI est réparé comme une CIV, le pronostic est bon et la qualité de vie est similaire à celle de la population générale.

Les autres situations sont abordées au mieux avec l'équipe soignante en charge de l'enfant.

Le **suivi est nécessaire tout au long de la vie** par un cardiopédiatre ou un cardiologue congénitaliste.

Les activités physiques² et sportives sont recommandées tout au long de la vie avec l'aval du cardiologue.

²Voir notre fiche Réhabilitation cardiaque et activité physique : comment garder le rythme après une rééducation à l'effort ?

Les grossesses sont en général possibles, mais il est impératif de consulter son cardiologue avant tout projet.

Des précautions particulières sont à observer notamment pour éviter les risques d'**endocardite³**.

³Voir notre fiche Comment prévenir l'endocardite infectieuse ?



TÉMOIGNAGE DE FABIANA — MAMAN DE LOUIS

Pendant l'échographie du 5^e mois de grossesse, mon mari et moi voyons le gynécologue changer d'expression. Il nous envoie à immédiatement à l'hôpital de Chambéry pour une échographie plus poussée qui confirme la présence d'une malformation cardiaque. Le jour suivant, rendez-vous avec le cardiopédiatre de Grenoble qui met un nom sur cette cardiopathie congénitale : ventricule droit à double issue + communication interventriculaire + sténose pulmonaire. Le ciel nous tombe dessus.

De nombreux rendez-vous s'enchaînent. Dès le diagnostic, notre cardiopédiatre nous a prévenu que le début de vie de notre enfant serait compliqué, mais qu'une fois opéré, il sera un garçon comme les autres. Et il en fut ainsi.

Louis est né à 41 semaines + 2 jours par césarienne. Les 4 premiers jours se passent mieux que prévu, mais à 6 jours de vie, ils doivent faire la manœuvre de Rashkind pour assurer une meilleure oxygénation du sang. Nous sortons de l'hôpital quand Louis a 2 mois, avec une assistance respiratoire (oxygène). Nous essayons d'avoir une vie à peu près normale entre deux contrôles, en attendant l'opération prévue vers ses 10-12 mois.

Cependant, à 7 mois et demi, le cardiopédiatre nous informe qu'il faut opérer car le cœur de Louis commence à fatiguer. Il est opéré à Necker car l'opération prévue pour ce type de cardiopathie (REV Lecompte) ne peut se faire que là-bas. Après 9 heures d'opération, le chirurgien nous confirme que l'intervention a réussi. 11 jours en réanimation et 4 jours en cardiologie plus tard, nous rentrons à la maison avec un bébé qui peut dorénavant avoir une vie comme tous les autres enfants.

Louis est aujourd'hui encore très suivi, avec une opération prévue à ses 15 ans (pose de la valve pulmonaire), mais il est plein d'énergie et de bonne humeur, et nous pouvons enfin savourer une belle vie à 4.

