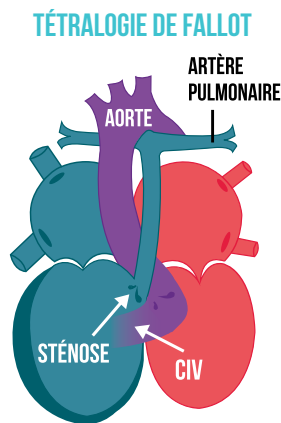
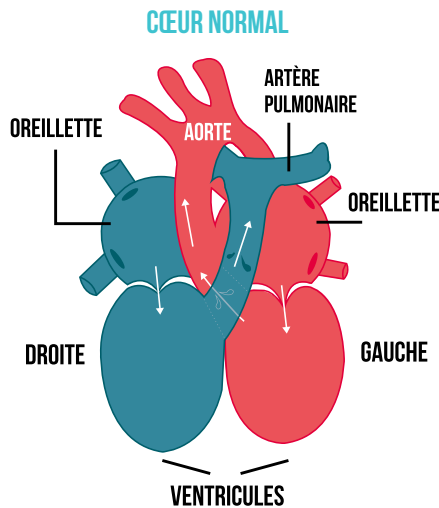


LA TÉTRALOGIE DE FALLOT

en collaboration avec le Dr Olivia Domanski - cardiologue
et Sophie Danel - infirmière coordinatrice - CHU de Lille

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'UNE TÉTRALOGIE DE FALLOT?

Dans un cœur "normal", le **sang bleu** passe dans les cavités droites (oreillette droite et ventricule droit) puis dans l'artère pulmonaire, qui achemine le sang jusqu'aux poumons, où il se recharge en oxygène. Le **sang rouge** arrive des poumons dans les cavités gauches (oreillette gauche et ventricule gauche), puis est éjecté dans l'aorte pour être acheminé vers les organes.

La **Tétralogie de Fallot** est caractérisée par **4 anomalies** :

- un **"trou"** entre les ventricules droit et gauche appelé communication inter-ventriculaire (CIV)
- un **rétrécissement** (sténose) de la voie de sortie du ventricule droit (voie pulmonaire)
- un **déplacement de l'aorte** qui se trouve "à cheval" sur la communication interventriculaire
- une **augmentation anormale** de l'épaisseur du ventricule droit.

Ces anomalies provoquent le mélange des sangs **bleu** et **rouge**. Ce **sang "mêlé"**, moins oxygéné, qui ressort du cœur, est responsable de la **cyanose** (coloration bleutée de la peau et des lèvres).

COMMENT EST POSÉ LE DIAGNOSTIC D'UNE TÉTRALOGIE DE FALLOT ?

La plupart du temps, le diagnostic se fait en anténatal par **échocardiographie fœtale**.

Il peut également être fait à la naissance si l'enfant est **cyanosé** ou a un **souffle au cœur**.

La Tétralogie de Fallot pouvant être due à des anomalies des chromosomes, une **amniocentèse** est proposée en anténatal ou une **prise de sang** en postnatal.

Dans les premiers jours de vie, l'enfant reste sous **surveillance simple** pour s'assurer que la quantité de sang qui arrive aux poumons est suffisante.

- Si la **saturation** (taux d'oxygène dans le sang) **est suffisante** sans que le canal artériel soit ouvert, il n'est pas nécessaire d'opérer immédiatement et l'enfant peut rentrer chez lui.
- Par contre, si la **saturation est trop basse**, c'est qu'il n'y a pas assez de sang qui arrive aux poumons. Il est alors nécessaire de maintenir une hospitalisation. L'objectif étant **d'assurer un apport de sang suffisant aux poumons** par l'introduction d'un traitement par prostaglandine ou une intervention par cathétérisme ou chirurgie.

Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire d'intervenir dans les premiers jours de la vie et la surveillance régulière permet d'attendre sans traitement l'intervention quand l'enfant pèse 6 kilos.

LE MALAISE DE FALLOT

Un malaise de Fallot survient lorsque la partie musclée du cœur, sous l'artère pulmonaire, empêche le passage du sang vers le poumon et donc l'oxygénation suffisante du sang.

♥ Symptômes

- diminution du tonus pouvant aller jusqu'au malaise
- coloration bleutée plus ou moins profonde des lèvres, mains et pieds, pouvant être associée à une pâleur

♥ Que faire ?

- appeler le SAMU 15
- replier les genoux de l'enfant sur sa poitrine (position fœtale), ce qui favorise le passage du sang vers les poumons et diminue la cyanose
- le rassurer s'il est agité et le cajoler afin d'éviter les pleurs

Le cardiopédiatre doit **être tenu informé** d'un Malaise de Fallot.

♥ Facteurs déclenchants

- pleurs
- effort (ex : prise d'un repas)
- fièvre
- douleur
- déshydratation (ex : gastro-entérite)
- tachycardie (le cœur bat plus vite)
- intervention chirurgicale non cardiaque



COMMENT RÉPARE-T-ON UNE TÉTRALOGIE DE FALLOT ?

2 étapes peuvent parfois être nécessaires :

♥ OPÉRATION DANS LES PREMIÈRES SEMAINES DE VIE

On peut, dans un premier temps et dans certains cas, mettre en place un **traitement médicamenteux par perfusion intraveineuse** : la **prostaglandine (Prostine®)** en attendant la première intervention.

Cette première opération est nécessaire en cas de saturation trop basse ou de malaise de Fallot : elle consiste **à amener du sang aux poumons sans réparer l'intérieur du cœur**. Il existe différentes options.

Chirurgie :

- **opération de Blalock***, qui consiste en la mise en place d'un tube entre une branche de l'aorte et une branche de l'artère pulmonaire afin de contourner le rétrécissement
Voir nos fiches Chirurgie cardiaque et Anastomose de Blalock
- ou **opération en vue de créer une ouverture** entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire.

Cathétérisme cardiaque (plus rare) :

- introduction d'un ballon via un cathéter pour ouvrir la valve pulmonaire
- ou stenting du canal artériel s'il est encore ouvert

Voir notre fiche Le Cathétérisme cardiaque

♥ OPÉRATION RÉPARATRICE VERS 4-8 MOIS (6 kilos)

La réparation complète de l'intérieur du cœur intervient :

- après une première opération dans les premières semaines de la vie
- ou en cas de cardiopathie bien tolérée dans les premiers mois de vie

Après cette réparation, d'autres interventions par cathétérisme ou chirurgie seront peut-être nécessaires au cours de la vie de votre enfant.

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

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

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

Les grossesses sont à évaluer au cas par cas. Il est impératif de consulter son cardiologue avant tout projet.

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

Voir notre fiche Prévenir l'endocardite infectieuse

