



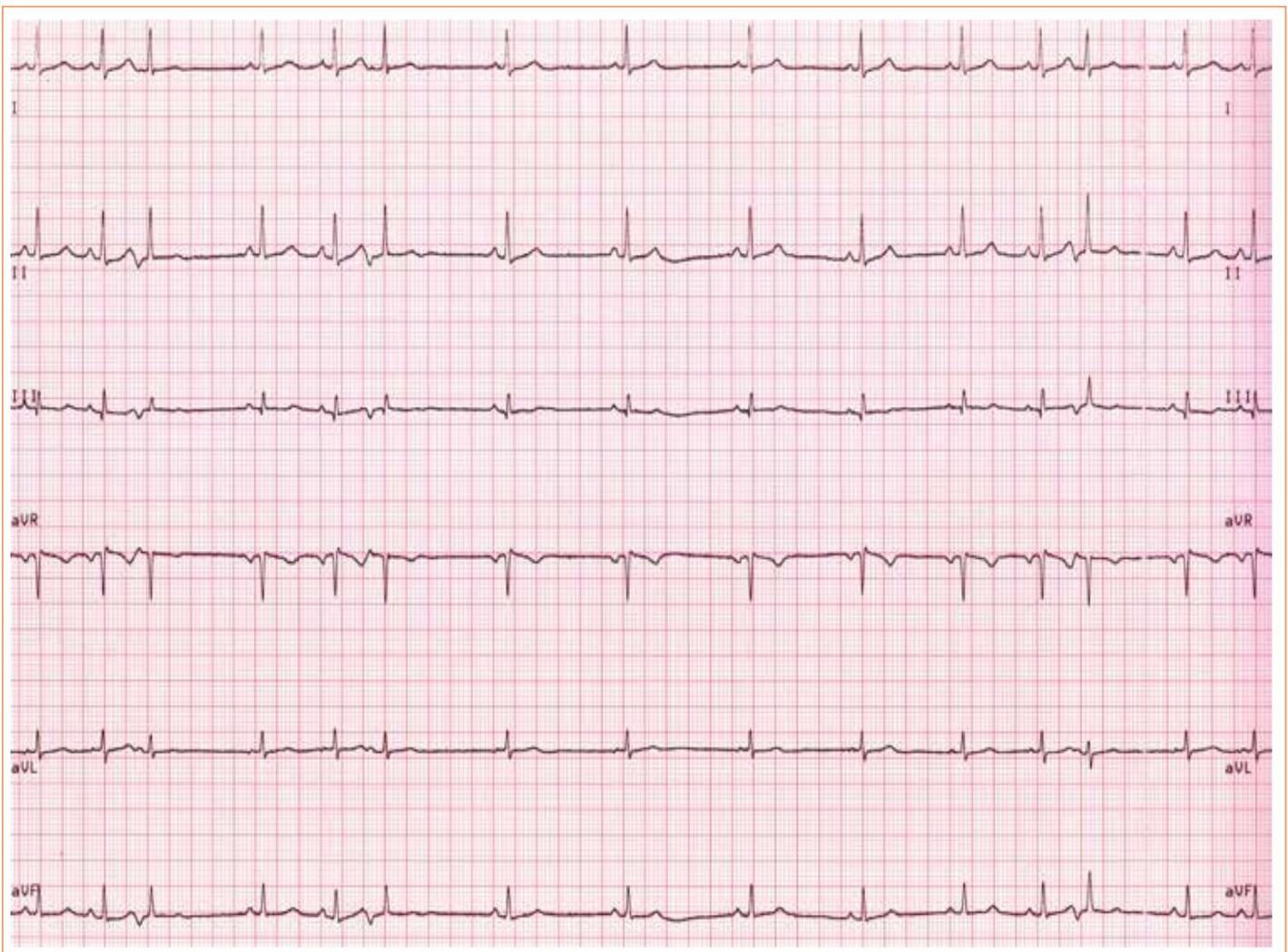
De bien curieuses extrasystoles

J.F. LECLERCQ, Paris
jl_lecl@yahoo.fr

Un patient de 64 ans avait depuis très longtemps des palpitations occasionnelles, qu'il ressentait sous forme régulière mais qui ne le gênaient pas trop.

Plus récemment il est gêné par des irrégularités très fréquentes. L'examen cardiovasculaire est normal en dehors d'extrasystoles.

L'ECG est le suivant :

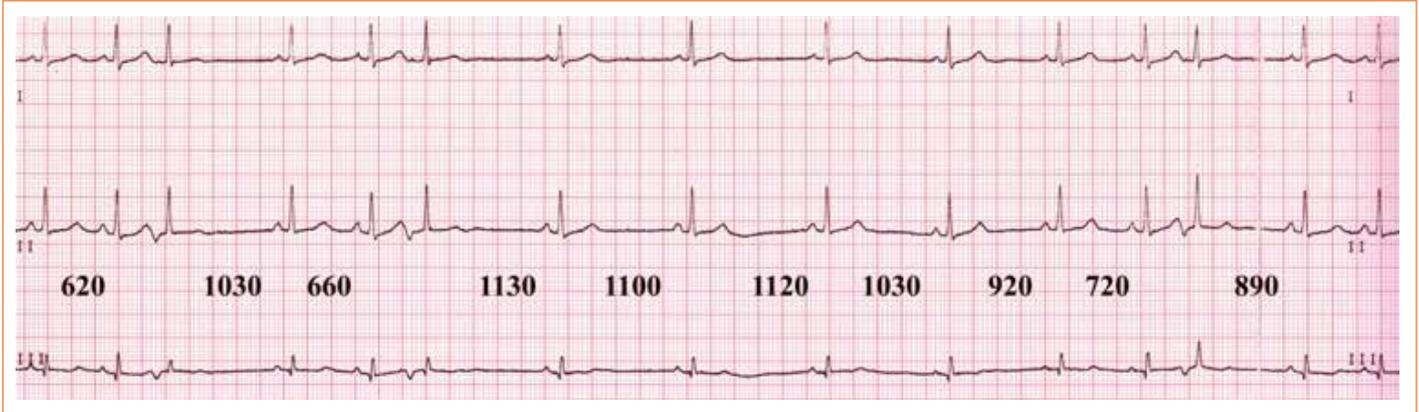


Quel diagnostic cela vous évoque-t-il ? Quel traitement proposer ?

A première vue, il s'agit d'extrasystoles auriculaires, hein ?

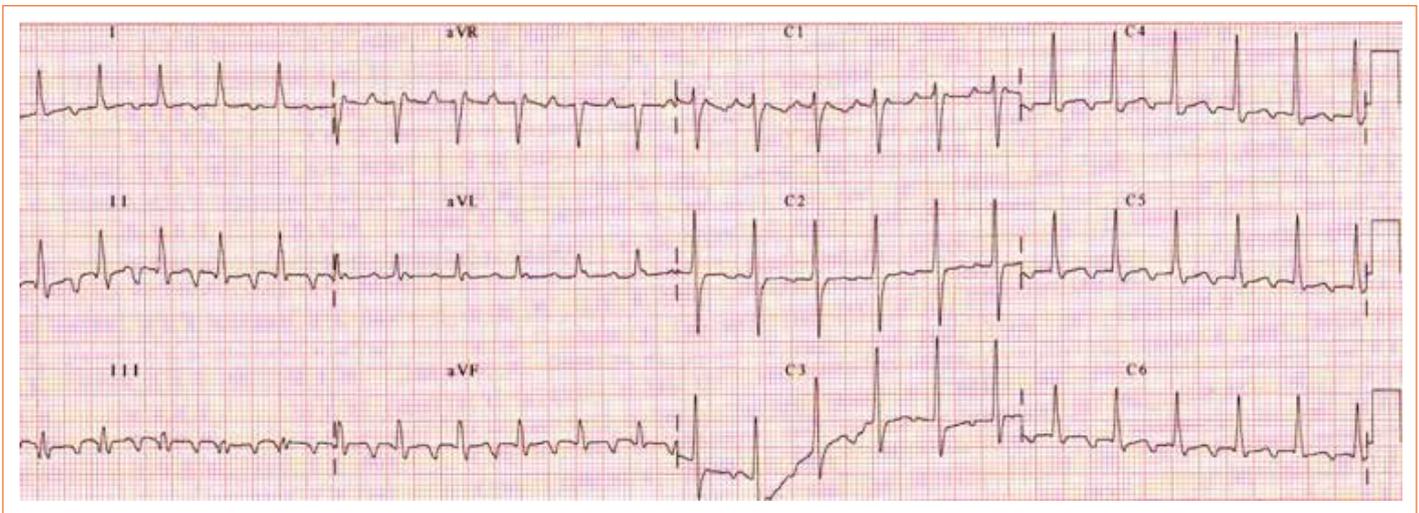
Eh bien non, perdu... La morphologie très particulière avec une négativité profonde en II, III, VF ainsi que le couplage fixe avec le qrs qui précède, alors que l'intervalle de conduction avec le qrs qui suit est, lui, variable, doit vous faire évoquer... mais oui, bien sûr !! **une conduction rétrograde !**

Alors regardons mieux la chronologie



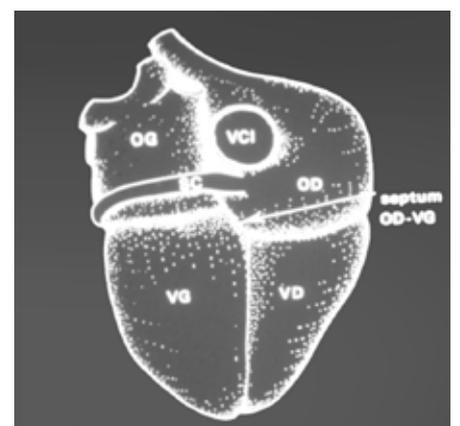
Tiens ! les « extrasystoles » ne surviennent qu'après un cycle sinusal plus court, autrement dit en phase d'accélération. Alors ? des extrasystoles catécholergiques ? peut être... Mais si l'on admet l'hypothèse d'une conduction rétrograde, cela peut simplement signifier que lorsque le cycle sinusal se raccourcit, cette conduction rétrograde est favorisée, alors que lorsqu'il est plus long, elle est impossible. A ce moment, l'histoire ancienne de palpitations régulières doit attirer l'attention.

Et sur mon insistance, le patient alors exhume de sa sacoche un vieux tracé



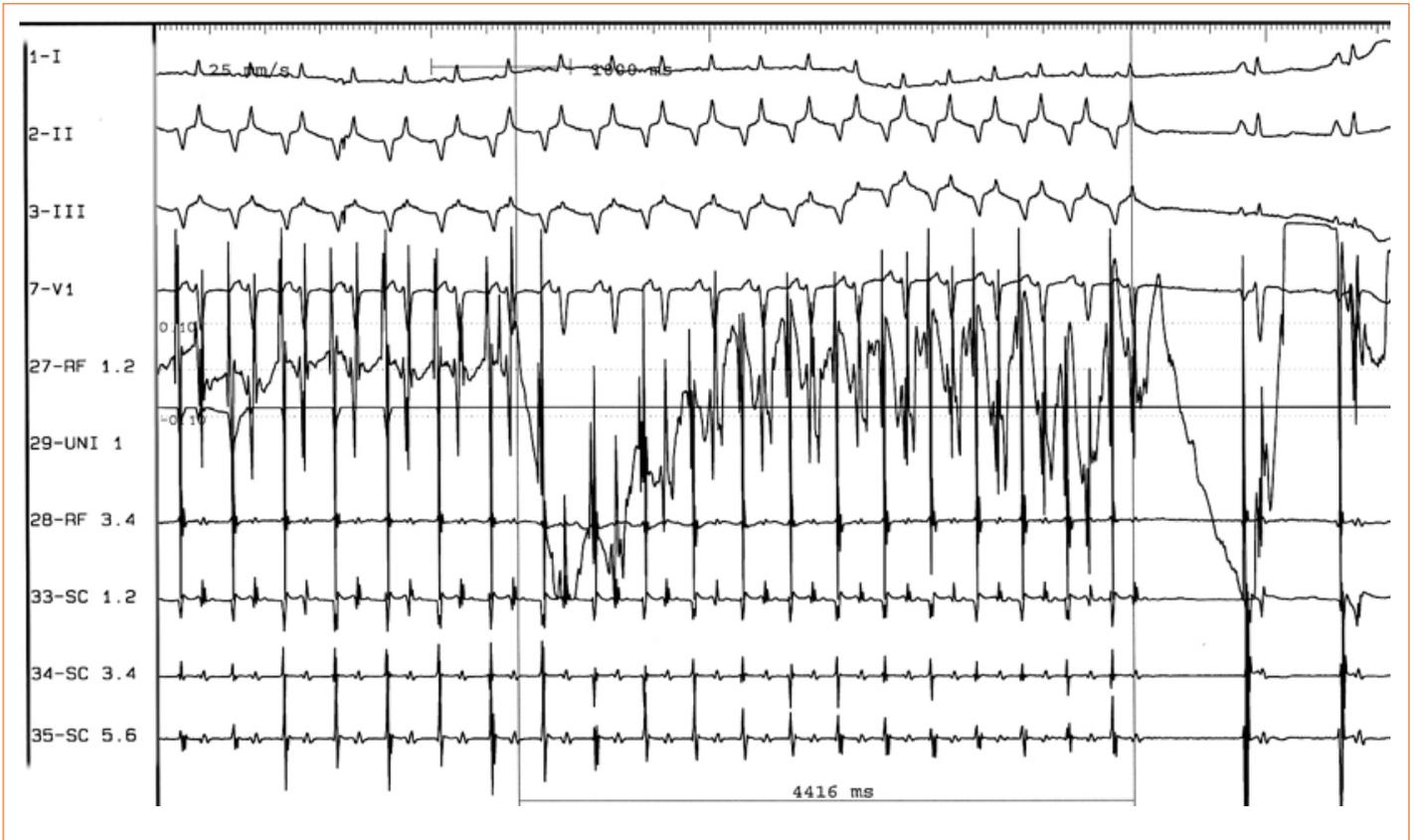
Bon, c'est facile... **c'est un Rythme Réciproque Chronique**, affection rythmique décrite par mon maître Philippe Coumel en 1974. Les collègues étrangers l'appellent d'ailleurs la maladie de Coumel (mais pas en France...). Elle se voit surtout chez l'enfant, mais peut persister chez l'adulte en se fragmentant sur quelques battements, voire sur un seul comme sur le premier tracé. L'explication est qu'il s'agit d'une voie accessoire uniquement latente, à conduction décrementielle, située dans le septum VG-OD, expliquant l'aspect de l'auriculogramme négatif en dérivations inférieures et V5 V6 (vecteur dirigé de bas en haut et de gauche à droite).

Vue inférieure. La « croix du cœur » des anatomistes



Bon, le diagnostic est fait.

Le traitement ? Supprimer par ablation ce qui reste de cette connexion :



Facile ? pas vraiment... cette connexion anormale, oblique, est difficile d'accès.

En pratique on ablate à l'abouchement atrial au niveau de l'ostium du sinus coronaire, mais il faut tirer fort et longtemps pour éviter les récives. Au fait, avez-vous compris pourquoi les « extrasystoles » n'étaient présentes qu'après les cycles sinusaux courts ? tout simplement parce que **la conduction antérograde cachée dans la voie accessoire n'a pas eu le temps de se faire...**

Eh oui, comme dans toute voie accessoire latente, il existe une conduction antérograde cachée.

Dans une voie latente « habituelle » sur l'anneau OD-VD ou OG-VG elle se fait rapidement et c'est elle qui évite à ces patients d'être en tachycardie permanente, car l'influx sinusal qui se présente en rétrograde à l'abouchement ventriculaire de la voie accessoire sera bloqué.

Mais dans cette connexion longue et oblique OD-VG, la conduction est difficile et particulièrement lente.

Si le sinus s'accélère, il arrivera un moment où l'influx ne sera plus bloqué quand il se présentera en rétrograde et l'on a alors la dépolarisation atriale que vous avez vue. Une extrasystole, quoi... si vous voulez... sauf qu'au moindre petit effort le patient sera en tachycardie réciproque permanente. Elle est habituellement lente et bien tolérée, comme chez ce patient. Mais elle peut aussi être responsable de tachycar-

diomyopathie, d'autant plus sévère que le patient est jeune, et ainsi donner des décès chez les nourrissons.

Pensez donc à faire faire un petit effort aux patients qui ont de telles « extrasystoles » auriculaires.

Vous aurez parfois des surprises.

