

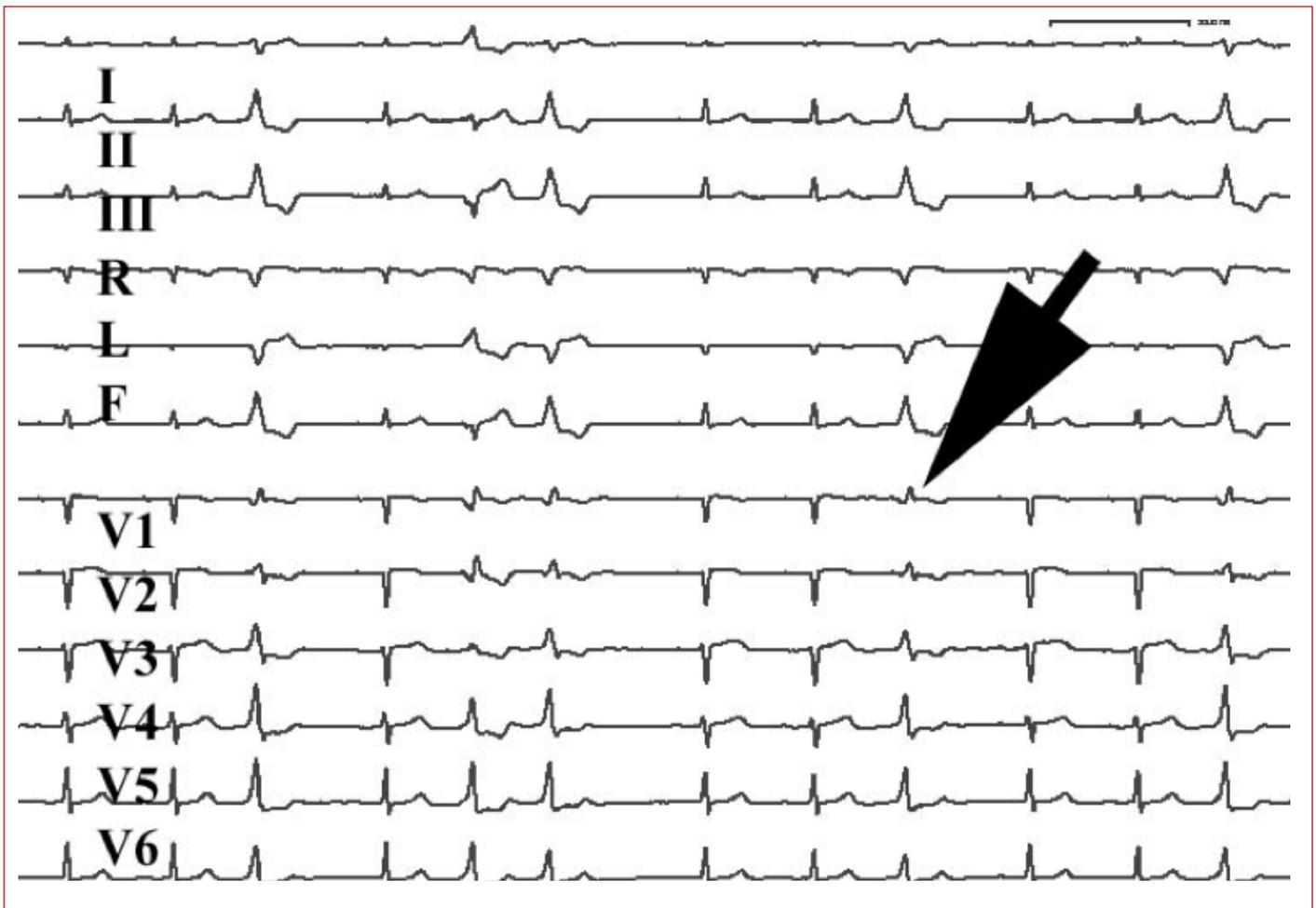


ESV fréquentes et Insuffisance cardiaque : que faire ? Comment faire ?

Jean François LECLERCQ et Franck HALIMI - Paris et Le Chesnay
jf_lecl@yahoo.fr

Un homme de 33 ans qui a été opéré 5 ans auparavant d'une plastie mitrale pour prolapsus de la petite valve avec rupture de cordages consulte pour un essoufflement accru et des palpitations.

L'écho montre une valve continente mais une altération de la fonction ventriculaire avec une dilatation cavitaire et une fraction d'éjection diminuée. L'ECG est le suivant



Le Holter de 24h confirme la présence de très nombreuses extrasystoles : plus de 30.000 sur 24 heures. Elles sont presque exclusivement monomorphes, avec présence de quelques éléments différents.

Ces extrasystoles fréquentes n'existaient pas sur les ECG de surveillance annuelle précédents. Le patient a déjà essayé un traitement bêta-bloqueur par aténolol, ce qui a plutôt aggravé les symptômes.

II Diagnostic et traitement

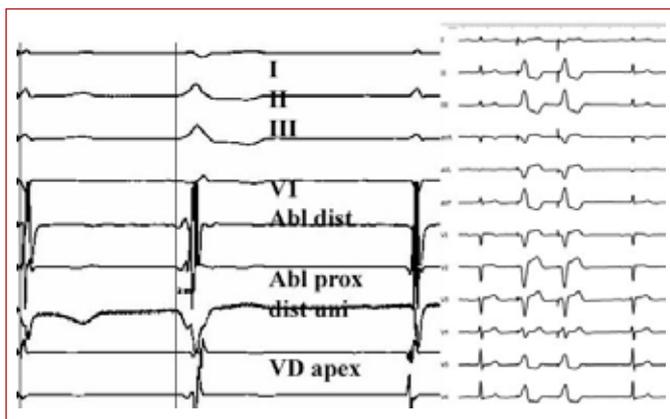
L'aspect ECG des extrasystoles ventriculaires les plus fréquentes évoque une origine ventriculaire gauche

haut située : axe vertical, mais aspect qR en V1. Leur fréquence importante peut être responsable de la dégradation de la fonction ventriculaire gauche.

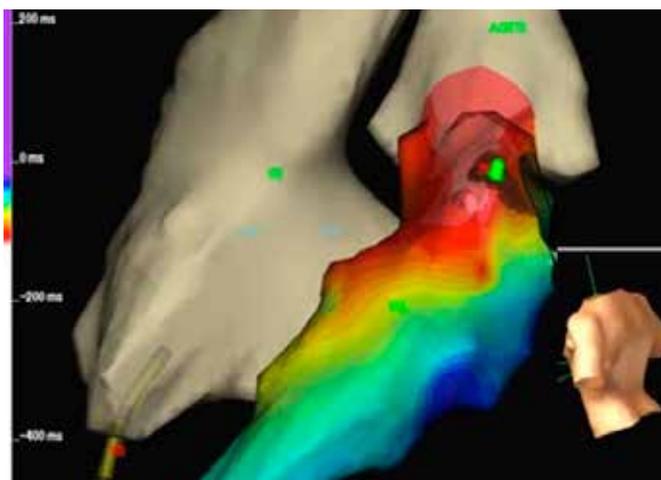
Le caractère presque monomorphe des extrasystoles incite à tenter de les supprimer par **ablation**, plutôt que de recourir à des antiarythmiques au long cours, que ce soit amiodarone ou classe I.

L'exploration rapide de l'infundibulum pulmonaire montre en effet que la dépolarisation de l'infundibulum est tardive sur l'extrasystole et que la topostimulation donne toujours un aspect QS en V1.

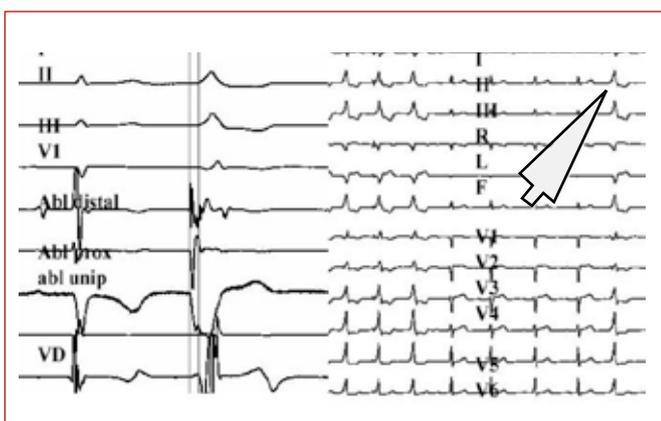
POINT DE VUE...



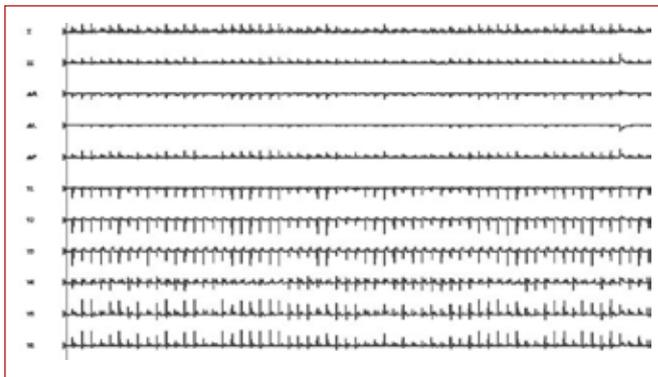
Le ventricule gauche est atteint par voie rétro-aortique, de façon à cartographier aussi les sinus de Valsalva. Les ESV incessantes sont faciles à enregistrer grâce à un outil de cartographie tri-dimensionnelle et elles montrent toujours une émergence sur l'anneau mitral en position postéro-latérale. La dépolarisation se propage ensuite de façon radiaire, homogène, sans cicatrice décelable.



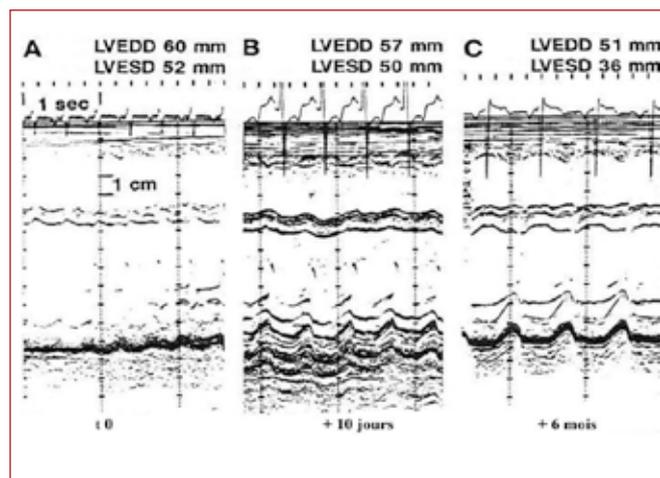
Au point d'émergence des extrasystoles, on a une précession importante de l'électrogramme local par rapport au QRS et une négativité exclusive. La topostimulation reproduit exactement l'aspect de l'extrasystole en 12 dérivations.



L'application de la radiofréquence en ce point entraîne d'abord une excitation avec un QRS de même morphologie que les extrasystoles spontanées, puis un ralentissement et une extinction complète. L'ECG des 30 minutes de surveillance montre une disparition totale des extrasystoles.



Ultérieurement, la surveillance échographique montrera une diminution de la dilatation cavitaire et une amélioration progressive de la fonction VG.



On voit donc que les outils de cartographie tri-dimensionnelle permettent une localisation très précise du point d'origine des troubles du rythme.

Lorsqu'il existe une insuffisance cardiaque, cette technique peut supprimer un trouble rythmique et améliorer nettement les patients, qu'il s'agisse d'une vraie cardiomyopathie rythmique sur cœur sain, ou comme dans le cas présenté de l'aggravation d'une cardiopathie préexistante. C'est le plus souvent un trouble du rythme auriculaire qui est responsable de la décompensation.

Mais dans le cas d'extrasystoles ventriculaires très fréquentes comme ici, l'ablation par radiofréquence permet d'obtenir de brillants succès si elles sont monomorphes et de se dispenser de traitements médicaux souvent médiocrement efficaces et plus ou moins bien tolérés.