

Ardalan Sharifzadehgan, Eloi Marijon

*Hôpital européen Georges Pompidou, Département de Cardiologie, Unité de Rythmologie
eloi.marijon@aphp.fr*

Cette jeune femme de 29 ans est hospitalisée à l'Institut du Cœur de Maputo (Mozambique) pour dyspnée au moindre effort associée à des épisodes d'hémoptysie. En plus des signes physiques d'insuffisance cardiaque globale avec hépatomégalie marquée, l'auscultation cardiaque est particulièrement riche...

Voici son ECG 12 dérivations (Figure 1).

Quelle valvulopathie suspectez-vous ?

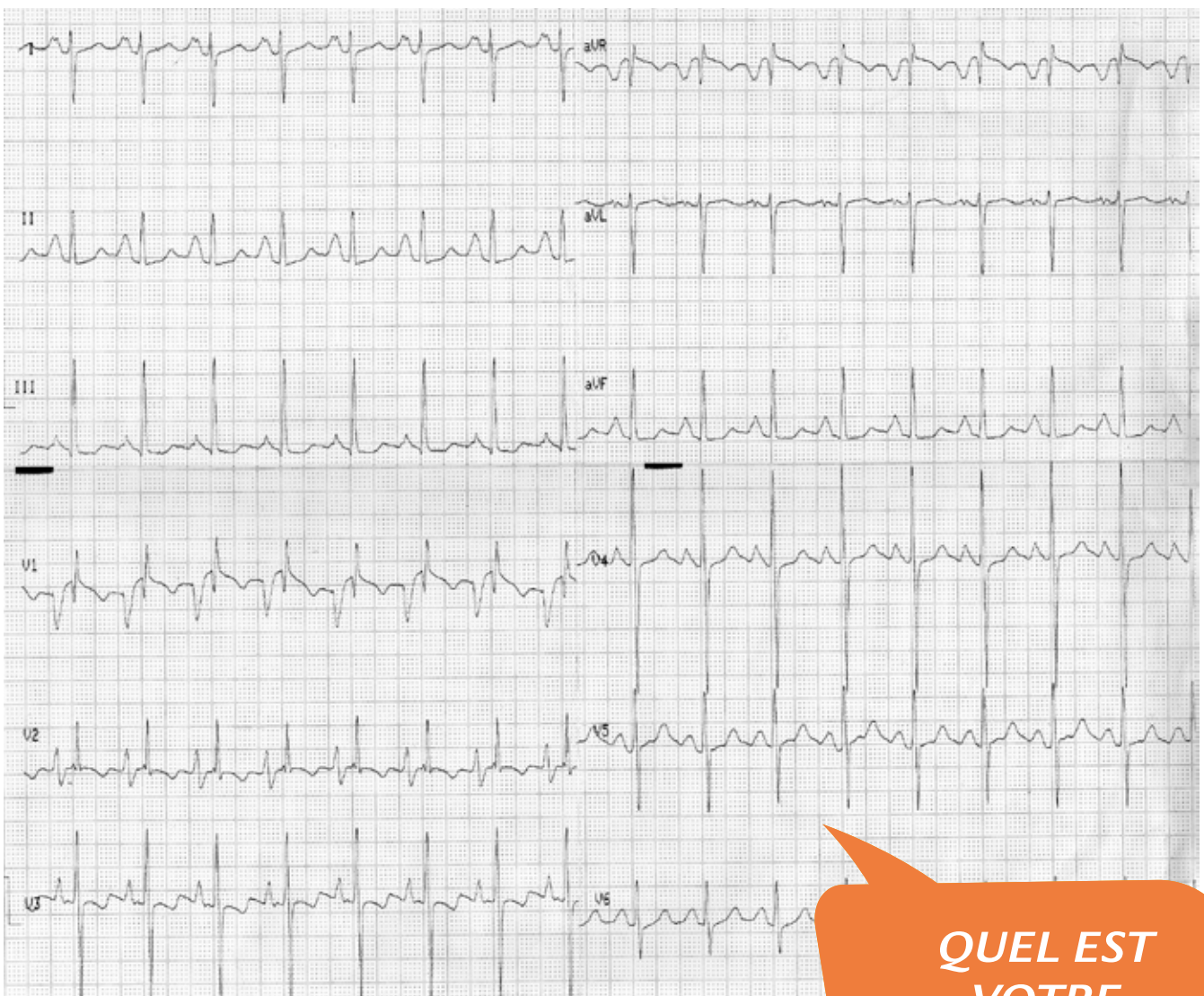


Figure 1

**QUEL EST
VOTRE
DIAGNOSTIC ?**



Figure 2

Réponse :

Le rythme est sinusal. Les ondes P sont larges et bifides en DI / aVL (jusqu'à 160 ms) et très amples notamment en V1 (négative, 0.8 mV) (Figure 2) et dans les dérivations inférieures (positive, 0.6 mV). Ceci atteste d'une dilatation biatriale importante. Les QRS sont fins, mais l'axe du QRS est droit (130°) associé en précordial à une prédominance de l'onde R en antéroseptal traduisant une hypertrophie ventriculaire droite. Il n'y a pas de critère électrique en faveur d'une hypertrophie ventriculaire gauche évidente : indice de Sokolow ($R_5 + S_1$, 17mm), indice de Cornell ($R_{VL} + S_{V3}$, limite à 20 mm). Le diagnostic est celui d'une sténose mitrale sévère (rhumatismale) avec hypertension pulmonaire, insuffisance tricuspide fonctionnelle sévère et dilatation des cavités droites. Ceci est confirmé par l'échocardiographie.

La patiente bénéficie alors d'une valvuloplastie mitrale percutanée au ballon et d'un traitement médicamenteux (diurétique, beta-bloquant). On observe sur l'ECG un mois après traitement (Figure 3) une diminution significative de l'amplitude des ondes P. Elle s'explique par l'amélioration clinique, confirmée par échocardiographie avec un gradient transmitral moyen passé de 23 à 8 mmHg, et des pressions pulmonaires systoliques de 120 à 60mmHg.

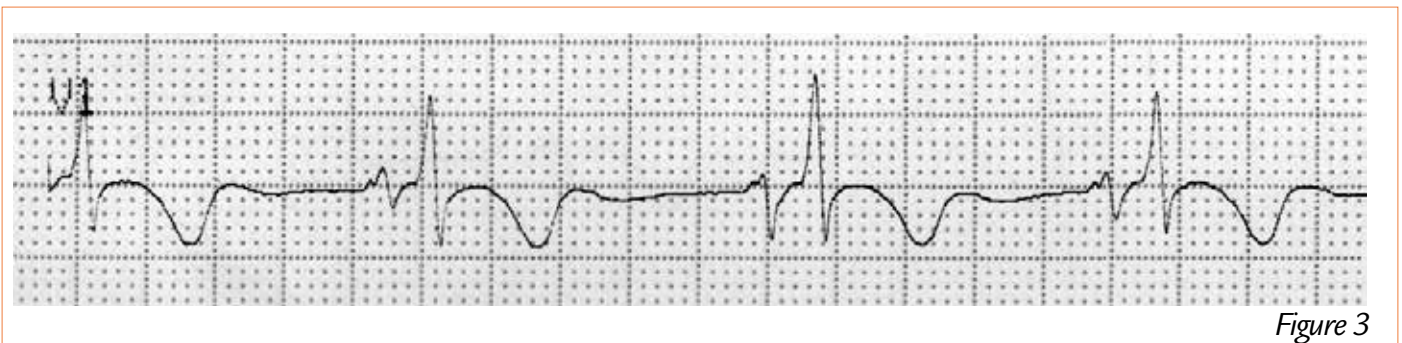


Figure 3

Discussion :

Ce cas illustre l'impact des pressions sur le remodelage atrial électrique et en quelle mesure ce dernier est (au moins partiellement...) réversible. La modification des régimes de pression permet une nette régression de la dilatation biatriale. Par ailleurs, même si peu utilisé en pratique, la dispersion de l'onde P (Pd) est un marqueur électrocardiographique sensible et spécifique de l'allongement du temps de conduction intra et interatriale, ainsi que de la propagation hétérogène de l'influx sinusal. Elle est définie par la différence de la durée maximale moins la durée minimale de l'onde P, sur les 12 dérivations de l'ECG. D'après la littérature, une augmentation de la Pd $> 35-40$ ms est une caractéristique retrouvée chez les patients ayant une fibrillation atriale paroxystique. Elle peut être utilisée comme prédicteur de récurrence après ablation afin de guider les thérapeutiques médicamenteuses. Ici, la baisse de la Pd de 60 à 30 ms après traitement suggère un bénéfice de la diminution des pressions intra-atriale (notamment gauche) sur l'arhythmogénèse atriale. Le rhumatisme articulaire aigu reste la cause quasi-exclusive de sténose mitrale. Bien qu'ayant disparu de la plupart des pays développés (et du programme de l'ECNi...), on estime à 33 millions le nombre de sujets atteints d'une cardiopathie rhumatismale dans le monde.