

Item 325 : Palpitations (Evaluations)

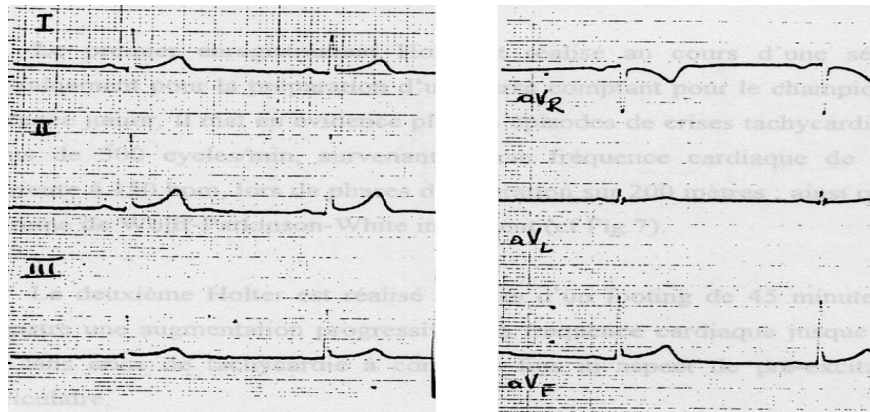
Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

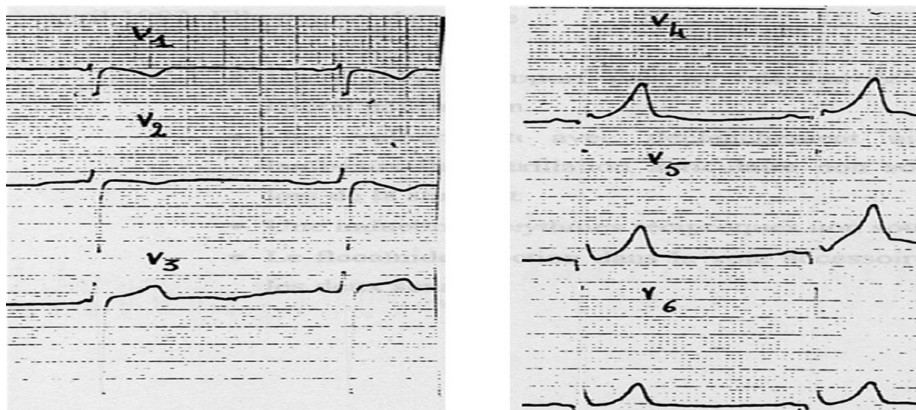
Scénario :

Un jeune homme de 22 ans consulte pour accélération du rythme cardiaque. C'est un sportif de haut niveau. Il pratique la course à pied depuis l'âge de 10 ans, il a participé au championnat de France de 5000 m en cadet, puis junior, puis espoir. Il pratique plus de 15 heures de sport par semaine incluant escrime et football. Les premiers accès de palpitations à début et fin brusque sont survenus vers l'âge de 16 ans, toujours à l'effort, le plus souvent en compétition. Il n'a pas noté de baisse de ses performances. Il n'a aucun antécédent personnel, pèse 72 kg pour 1,80 m, ne fume pas, ne consomme jamais d'alcool. Il ne prend aucun médicament mais des sachets de suppléments diététiques que lui fournit son entraîneur. L'examen clinique est normal, la pression artérielle est à 12/7. Vous disposez de l'électrocardiogramme ci-joint. Vous demandez NFS, ionogramme, urée et créatinine qui sont normaux.

Cas clinique : Figure 1



Cas clinique : Figure 2



QUESTION 1/6 :

Quels sont les données manquantes à l'interrogatoire ?

Réponse attendue :

Il faut interroger ce patient sur ses antécédents familiaux à la recherche d'antécédent de mort subite et tracer l'arbre généalogique. Notez que tracer l'arbre est plus efficace, les patients ne parlant pas toujours facilement du deuil d'un proche à un âge jeune.

Il faut l'interroger sur la fréquence des accès de palpitations pour estimer la chance de saisir un ECG contemporain des symptômes par un enregistrement Holter de 24-96 heures.

Il faut vérifier l'absence de signe de gravité au moment des palpitations de type lipothymie ou syncope.

QUESTION 2/6 :

Quelles sont les anomalies visibles à l'ECG ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'un ECG typique de sportif endurant avec :

- une bradycardie sinusale liée à une augmentation du tonus vagal, classique chez l'athlète ;
- une hypertrophie ventriculaire gauche avec Sokolow à 40 ;
- des anomalies diffuses de repolarisation avec onde T ample et pointue et discret sus-décalage concave vers le haut.

QUESTION 3/6 :

Un test d'effort est pratiqué, avec atteinte de 92 % de la fréquence maximale théorique. Le patient profite d'un repos de 48 heures dans son agenda sportif, pour porter un enregistreur Holter. Ces deux examens sont de résultats normaux. Finalement un tracé est obtenu, donnez au moins deux méthodes ayant permis de l'obtenir et interprétez-le.

Réponse attendue :

Les méthodes ayant permis d'obtenir ce tracé sont :

- Holter classique mais en situation de compétition ;
- monitoring prolongé ;
- étude électrophysiologique endocavitaire ;
- moniteur implantable.

Le message est ici de tenter d'obtenir un ECG dans les circonstances déclenchant usuellement les symptômes, dans son cas l'effort intense ou la compétition. Un test d'effort classique est souvent une « formalité » pour un sportif de haut niveau. L'autre maladresse de prise en charge est d'avoir fait le Holter de 48 h pendant une phase de repos.

Tachycardie régulière à QRS fins, 230 bpm pas d'activité atriale visible donc tachycardie jonctionnelle. La tachycardie sinusale est une réponse non acceptable vu la fréquence qui dépasse largement la fréquence maximale théorique (FMT = 220 - âge).

QUESTION 4/6 :

Devant ce tracé, un collègue suggère l'introduction d'un traitement anticoagulant oral pour prévenir le risque thrombo-embolique, qu'en pensez-vous ? Justifiez.

Réponse attendue :

Non, pas d'anticoagulant, les tachycardies jonctionnelles ne sont pas emboligènes. Quand bien même une fibrillation atriale serait associée, il faudrait une preuve ECG avant d'entreprendre ce type de traitement. Le patient n'a pas de facteur de risque embolique, sous réserve d'un cœur normal, ce qui n'est pas prouvé à ce stade du dossier.

QUESTION 5/6 :

Que pensez-vous des habitudes alimentaires de ce sportif, quelle sont les données manquantes et pourquoi ?

Réponse attendue :

Possibilité de dopage. Il manque l'analyse toxicologique des « sachets ».

Il faut s'assurer de l'absence de substance à effet cardiovasculaire de type amphétamines, cocaïne ou hormones thyroïdiennes, par exemple.

On pourrait aussi proposer une analyse toxicologique urinaire ou une analyse des phanères (cocaïne).

QUESTION 6/6 :

Quel examen d'imagerie manque à l'évaluation de ce patient (une seule réponse) et qu'en attendez-vous ?

Réponse attendue :

Echocardiographie (transthoracique évidemment).

En raison de l'hypertrophie électrique, il faut s'assurer de l'absence de cardiopathie sous-jacente, myocardiopathie dilatée et surtout hypertrophique.

A noter qu'il peut s'agir d'une HVG liée à ce que l'on appelle le cœur d'athlète, mais dont la discussion dépasse les limites du DCEM.