

# **Un jeune homme avec des palpitations**

Afef Ben Halima

Service de Cardiologie

Hôpital Anderrahmen Mami

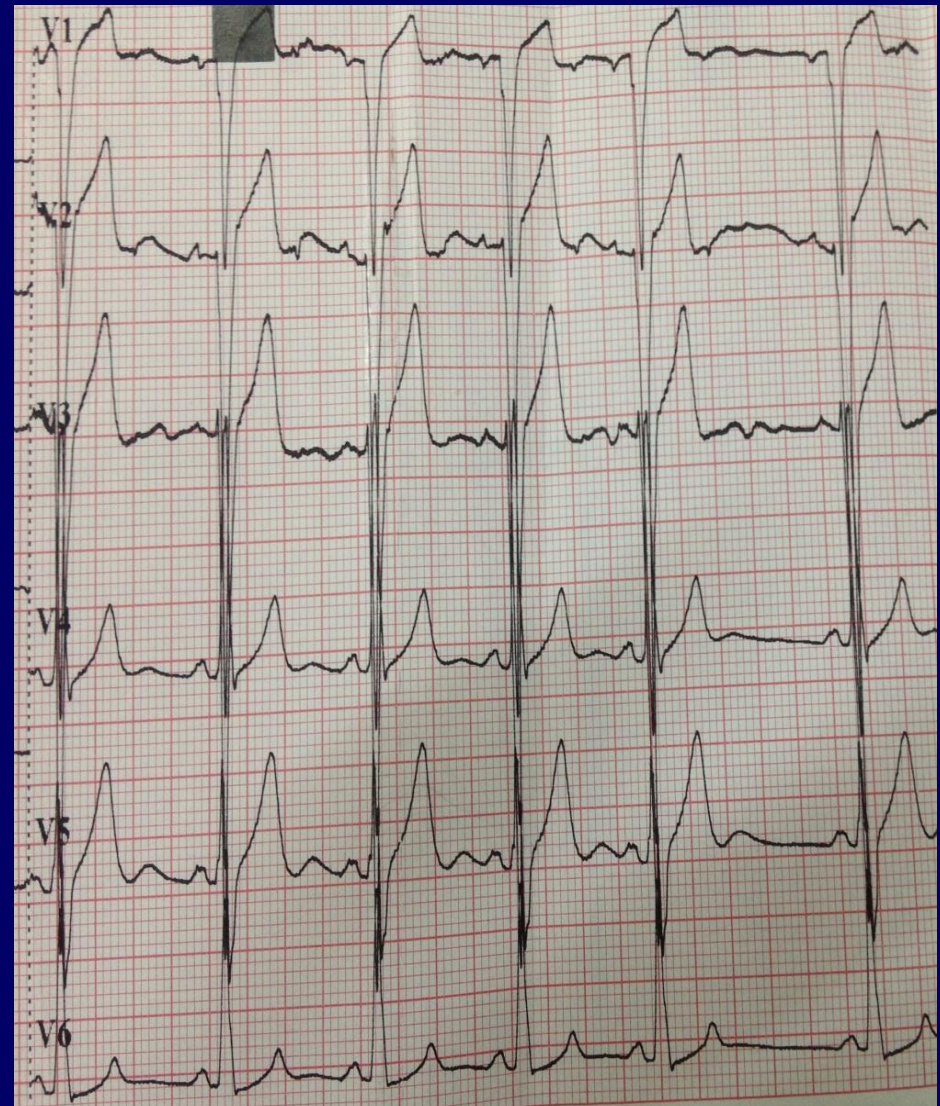
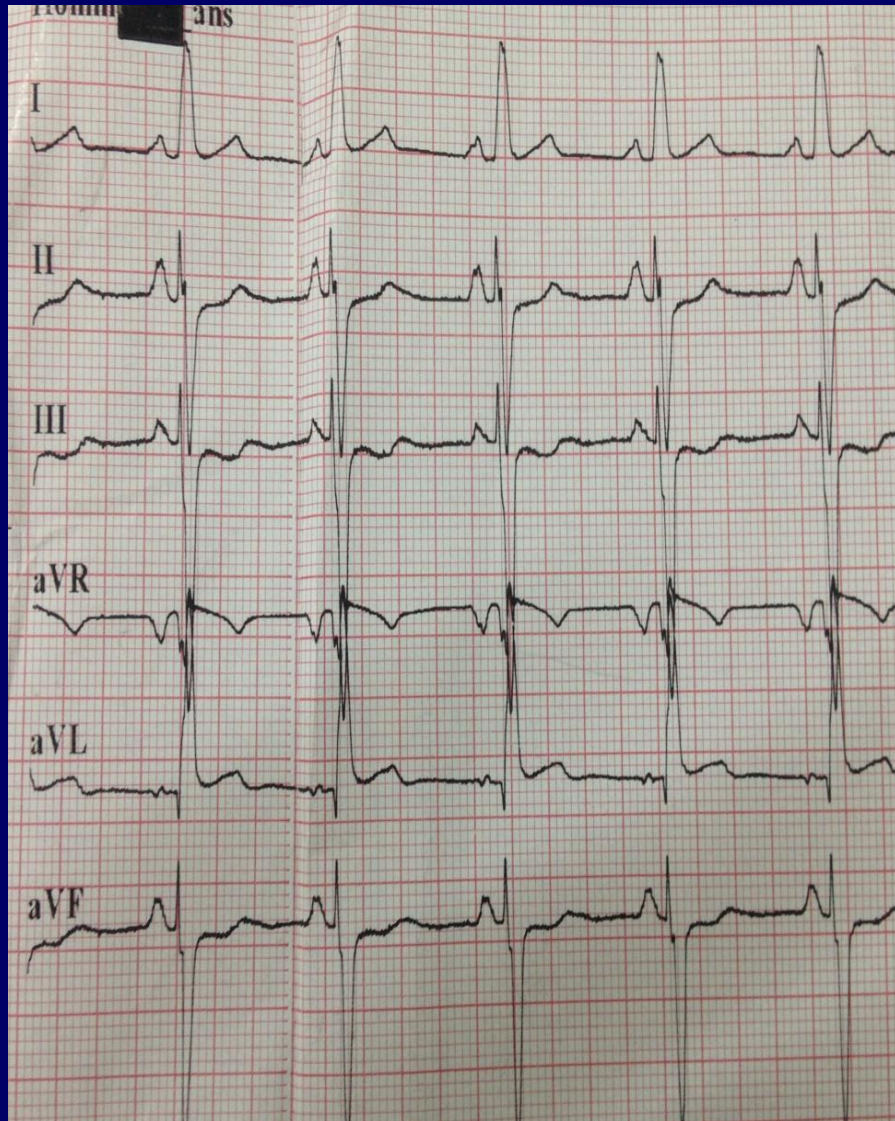
# Observation

- Patient I.C âgé de 19 ans
- Palpitations + lipothymies
- Antécédents :
  - mort subite de son frère à l'âge de 16 ans au cours d'un effort précédée par des palpitations. (pas de CR d'autopsie disponible)
  - Frère présentant des palpitation WPW à l'âge de 21 ans ablaté en 2012

# Examen physique

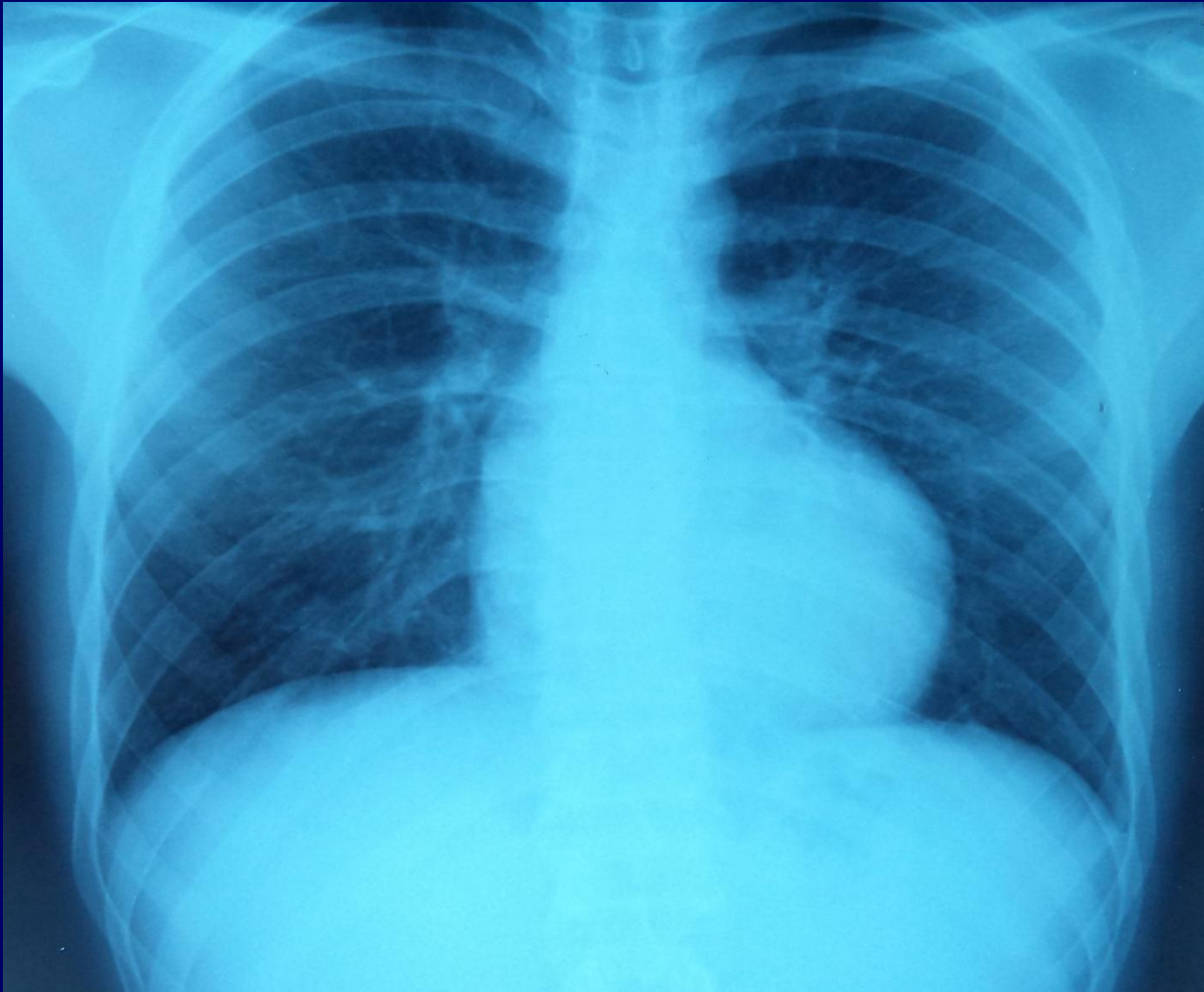
- TA = 130/70 mm Hg
- Fréquence cardiaque 67 bpm
- Auscultation cardiaque
  - Souffle diastolique 2/6 au BGS
- Absence de signes d'insuffisance cardiaque

# ECG





# Radio thorax



# Biologie

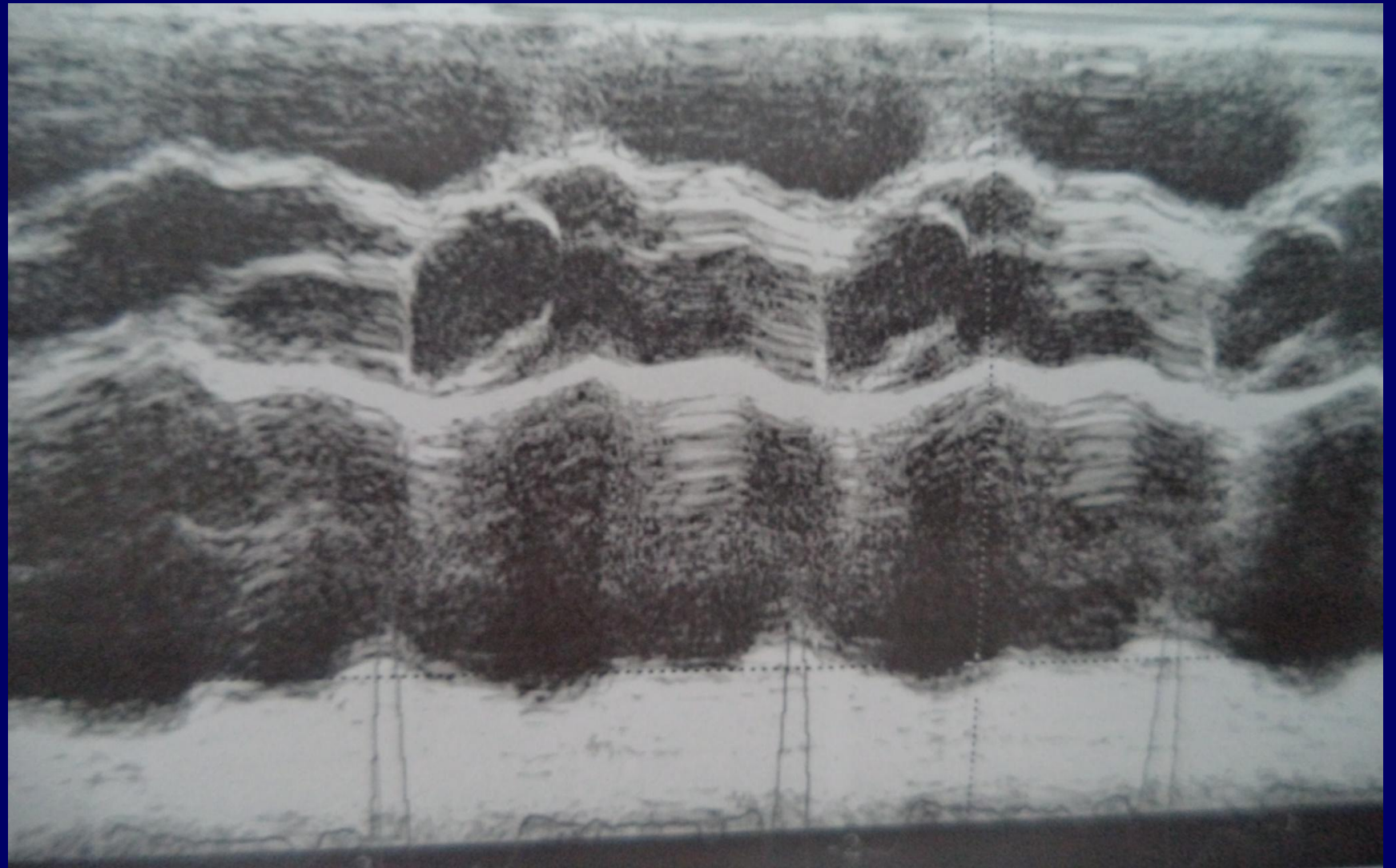
- NFS:
  - Hb = 16.5 g/dl
  - GB = 5570 elts/mm<sup>3</sup>
  - Plaquettes 206 000 elts/mm<sup>3</sup>
- Créat = 72 μmoles/l
- CPK = 122 UI/l
- Glycémie = 5.93 μmoles/l

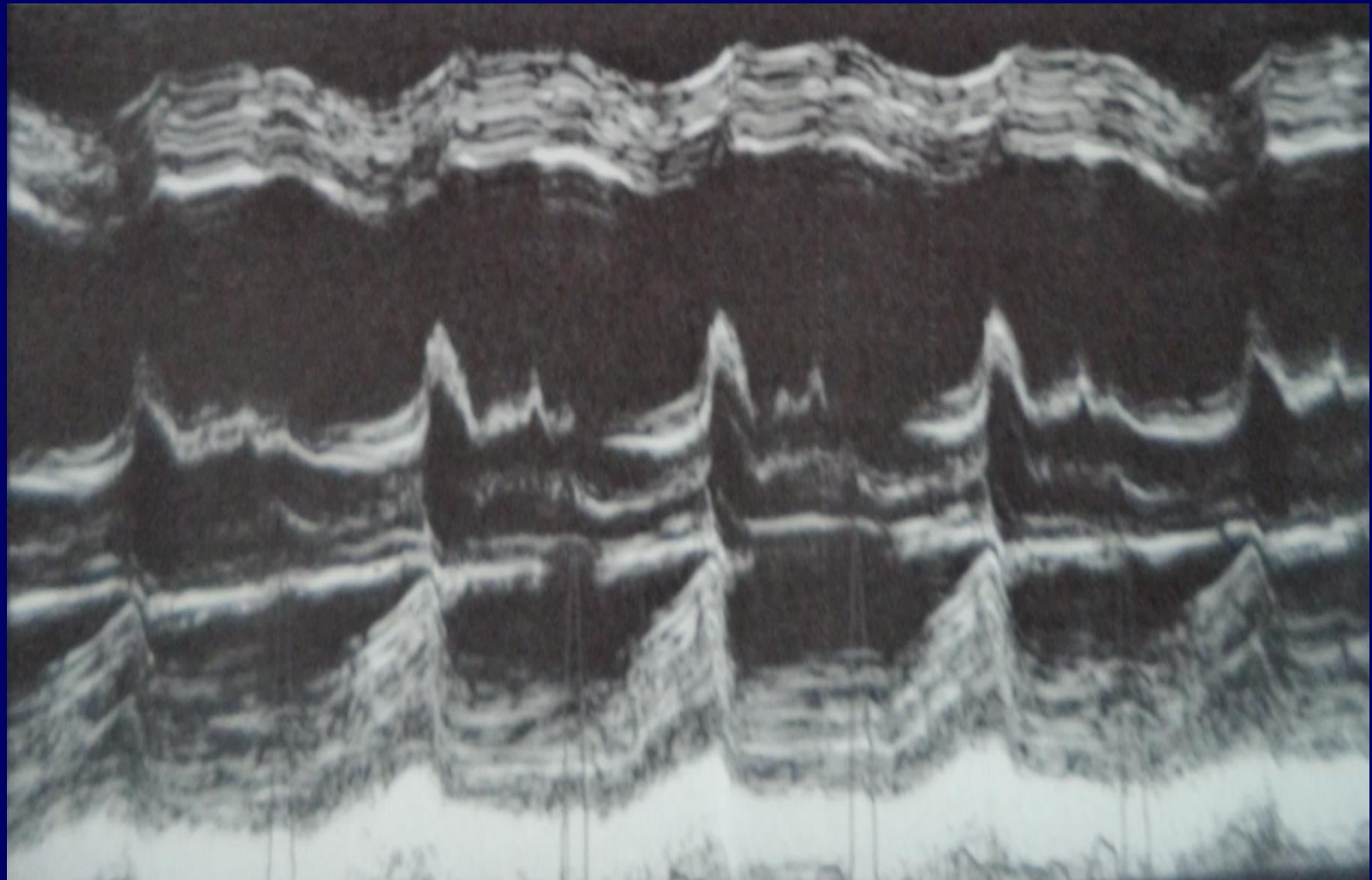
# Échographie cardiaque

- Aorte 30 mm
- OG :
  - Diamètre AP 46 mm
  - VOG 41ml/m<sup>2</sup>
  - Surface : 27 cm<sup>2</sup>
- VG : VG dilaté à parois limites
  - DTD VG : 62 mm SIV = 13 mm PP = 12 mm
  - DTS VG = 50 mm
  - FE 42 %









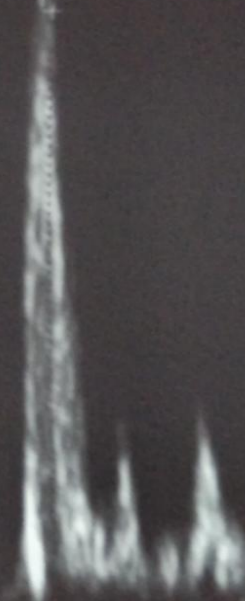
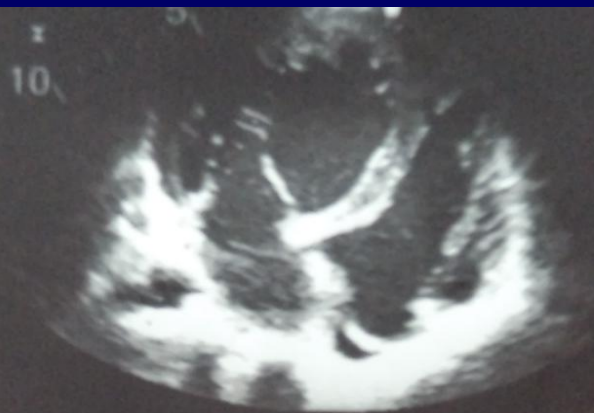
- $E_m = 1 \text{ m/s}$   $E' = 7 \text{ cm/s}$
- élévation des pressions de remplissage  $E/E' = 14$
- Aspect trabéculé du VG touchant surtout la paroi inféroapicale et latéroapicale (rapport non compacté sur compacté  $> 2$ )
- Anomalies de la mitrale avec un pilier antérolatéral en 2 chefs
- Fuite mitrale G 1
- Bicuspidie aortique avec l'ao myenne (SOR  $15 \text{ mm}^2$ ). Pas de sténose.
- Cavités droites non dilatées. Bonne fonction systolique du VD. PAP s =  $35 \text{ mm Hg}$



W/S

10、

15、



0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0

0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0

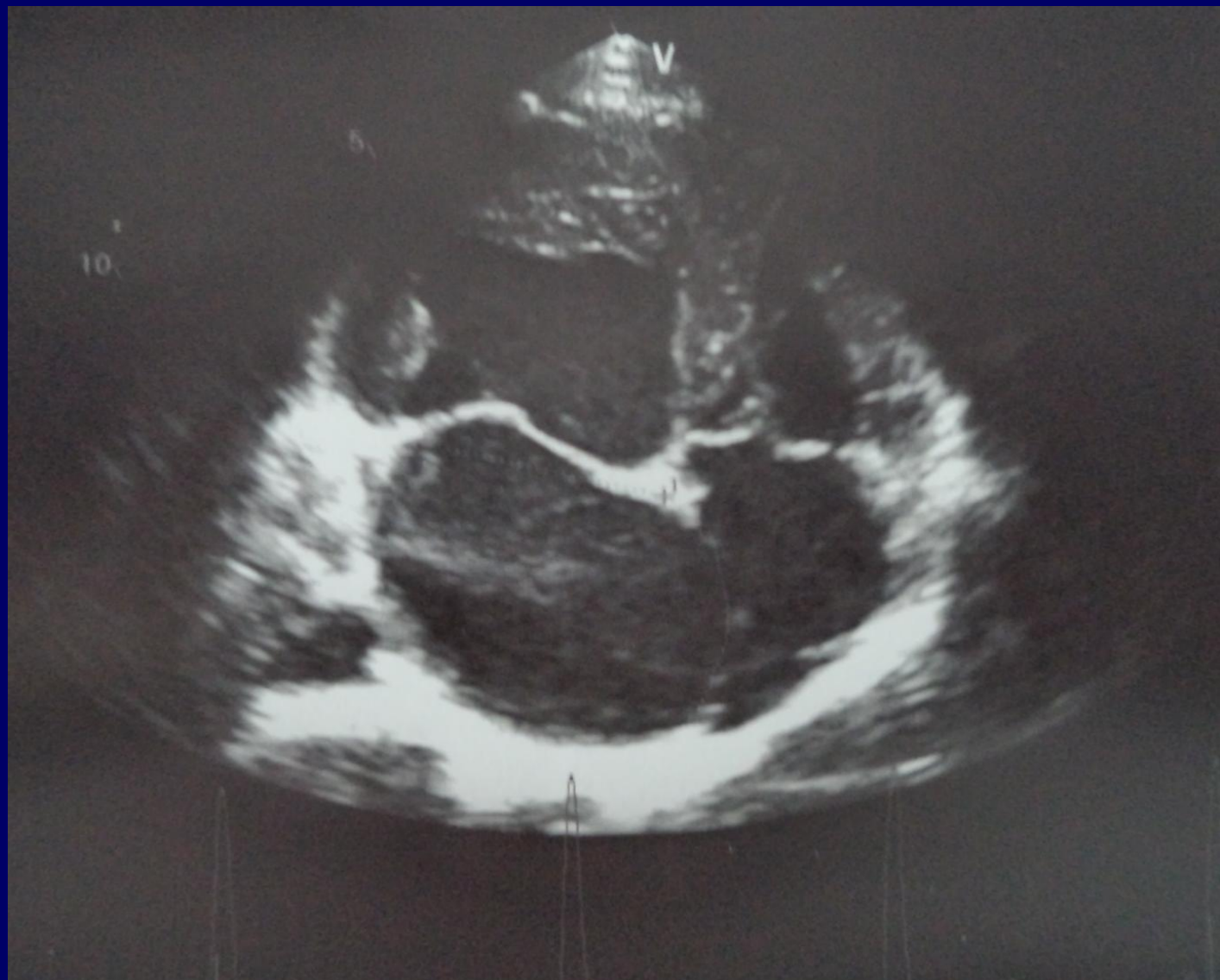
0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0

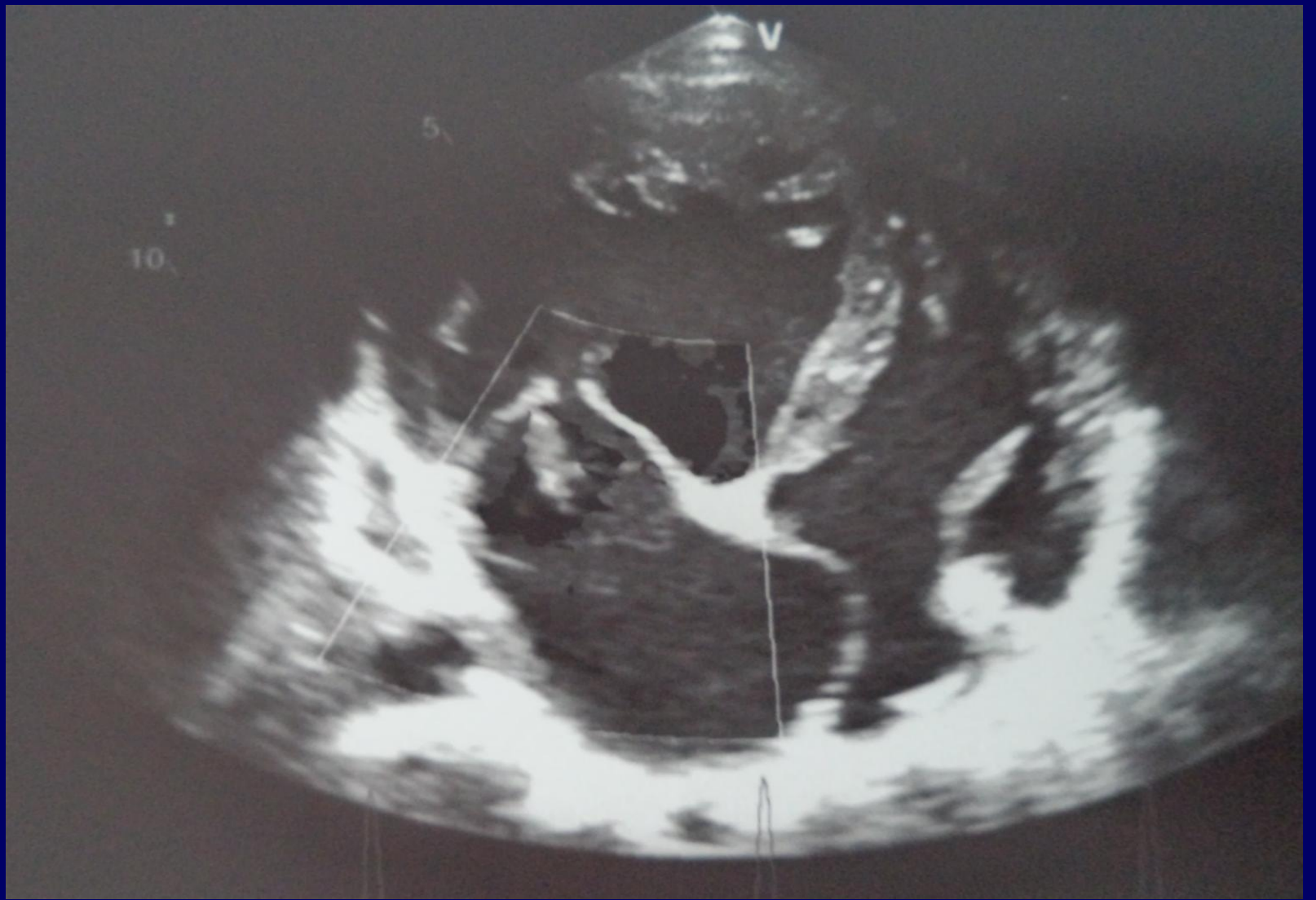
0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0







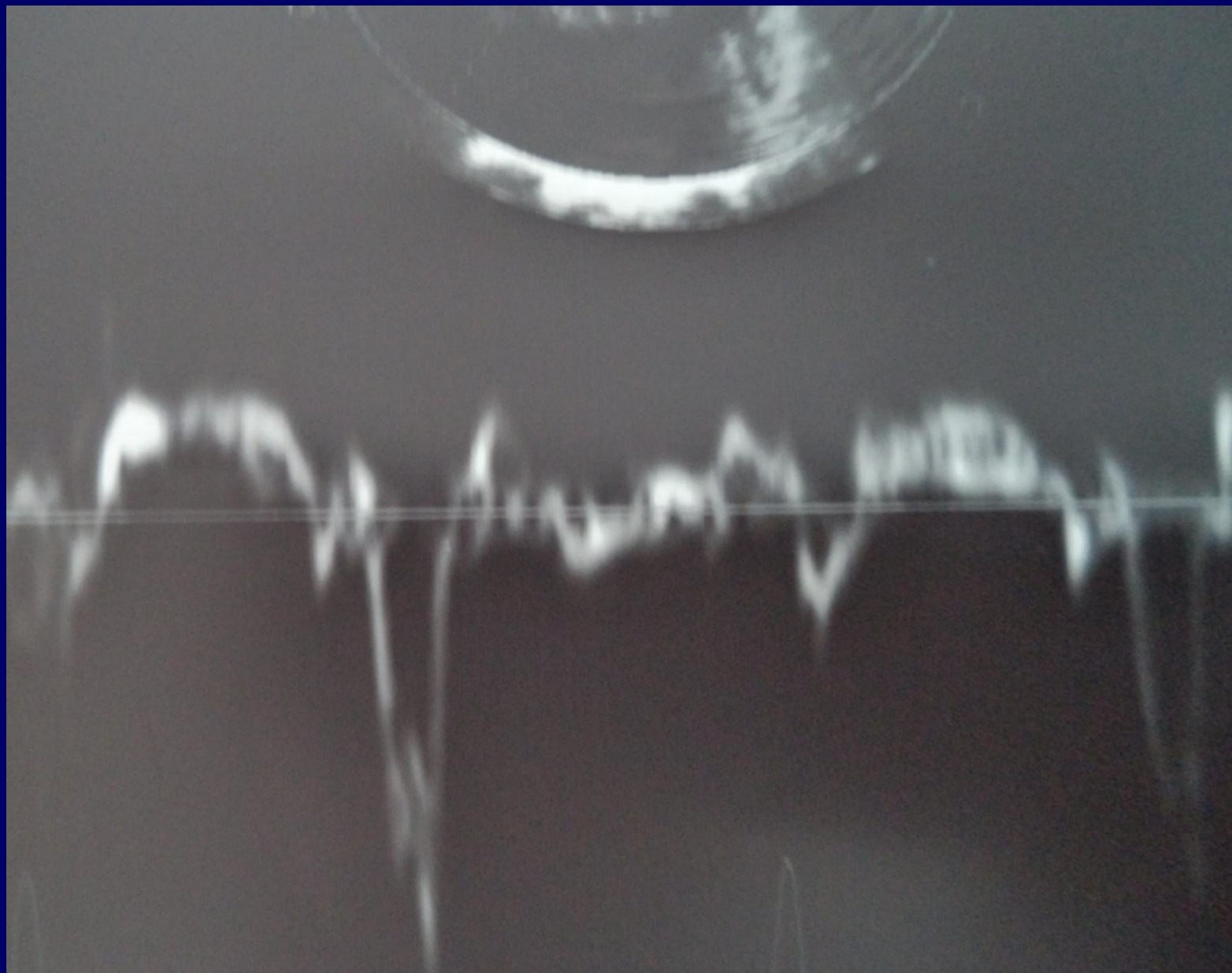






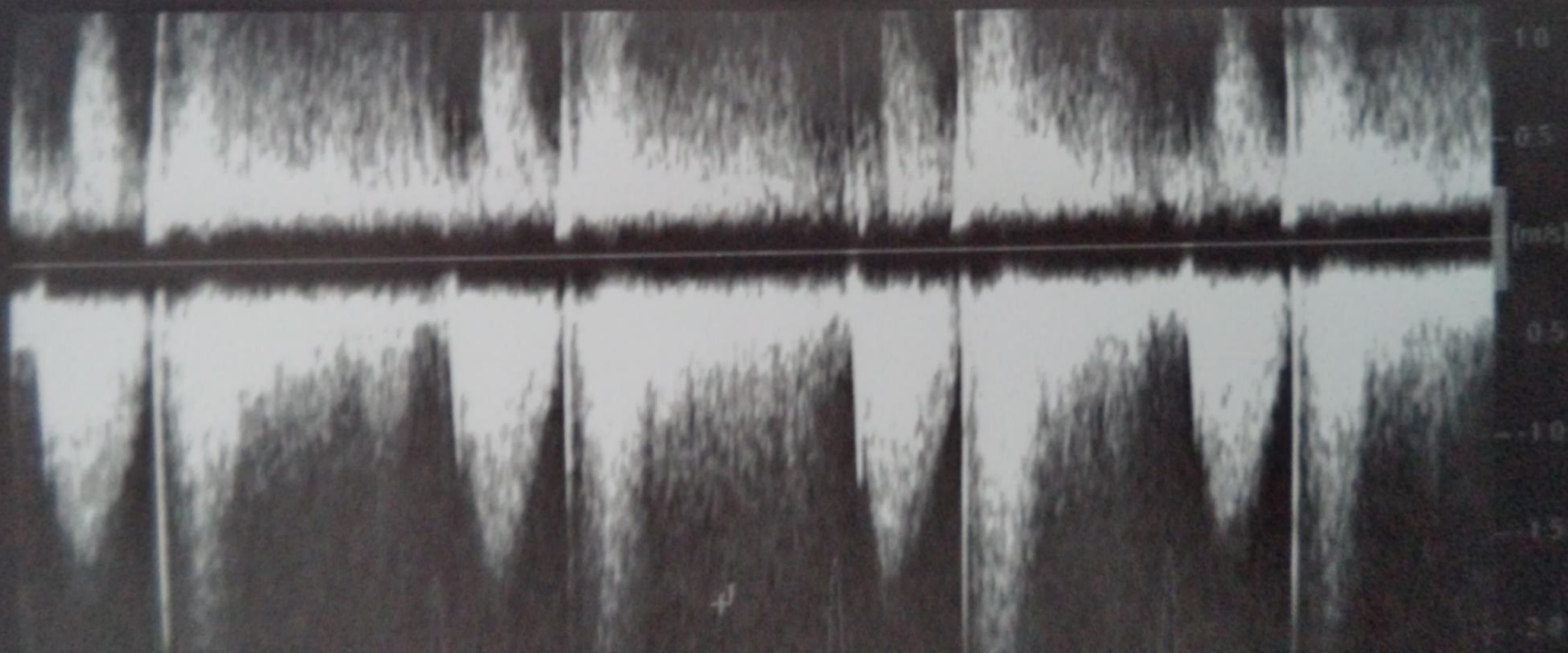
FE VG (sim. A4C)	43 %
Vol. Eject. (simpson A4C)	51 ml
VGs Long(A4C)	5.5 cm
Vol.VG.IS(sim. 4cav)	68 ml
VGd Long(4cav)	6.2 cm
Vol.VG.ID(sim. 4cav)	119 ml







VA Vmax 1.69 m/s  
VA GDmax 11.43 mmHg

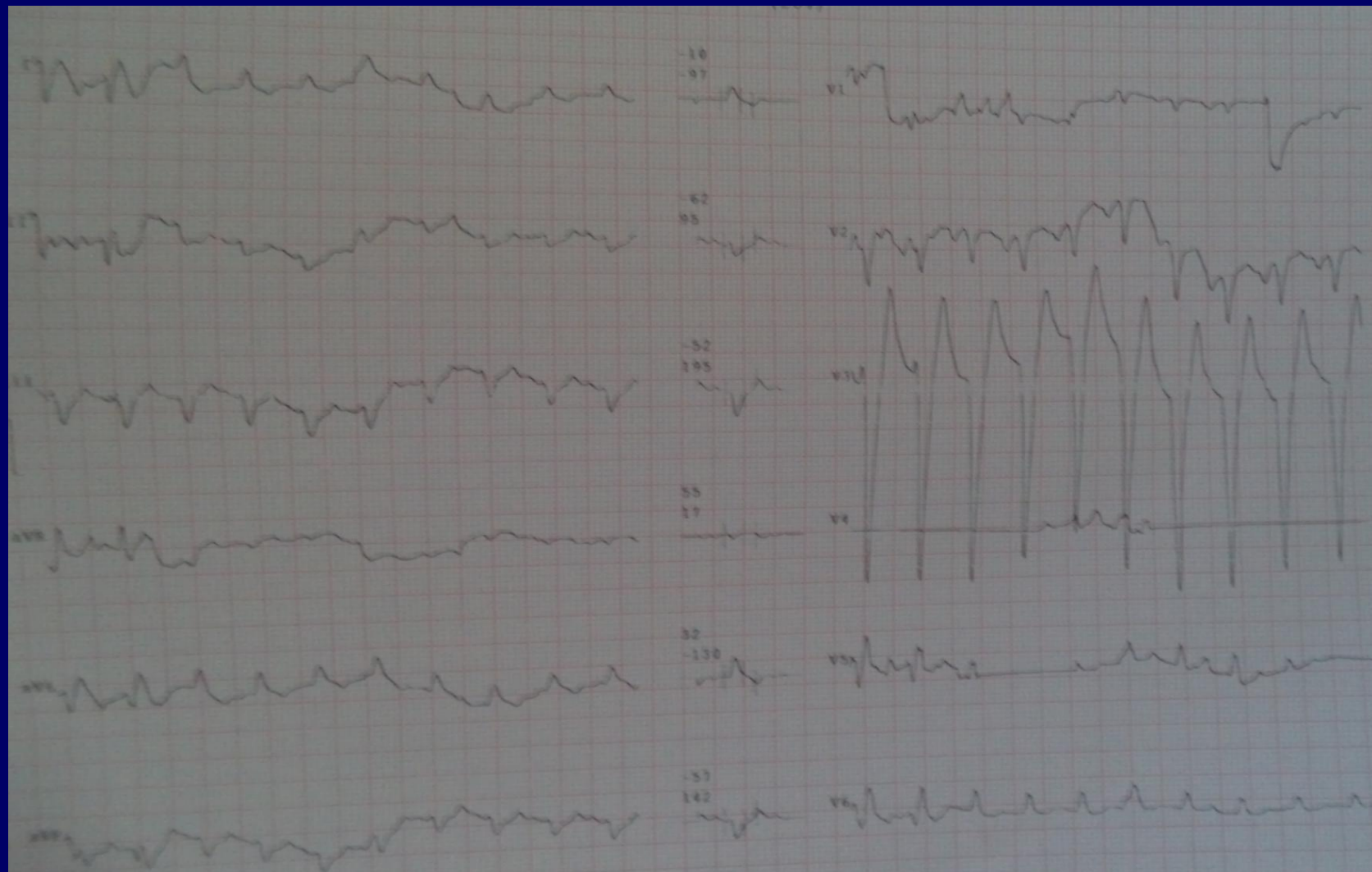


# Échographie cardiaque

- Conclusion:
  - Aspect évoquant une association non compaction VG et CMH
  - Bicuspidie aortique fuyante.

# Épreuve d'effort

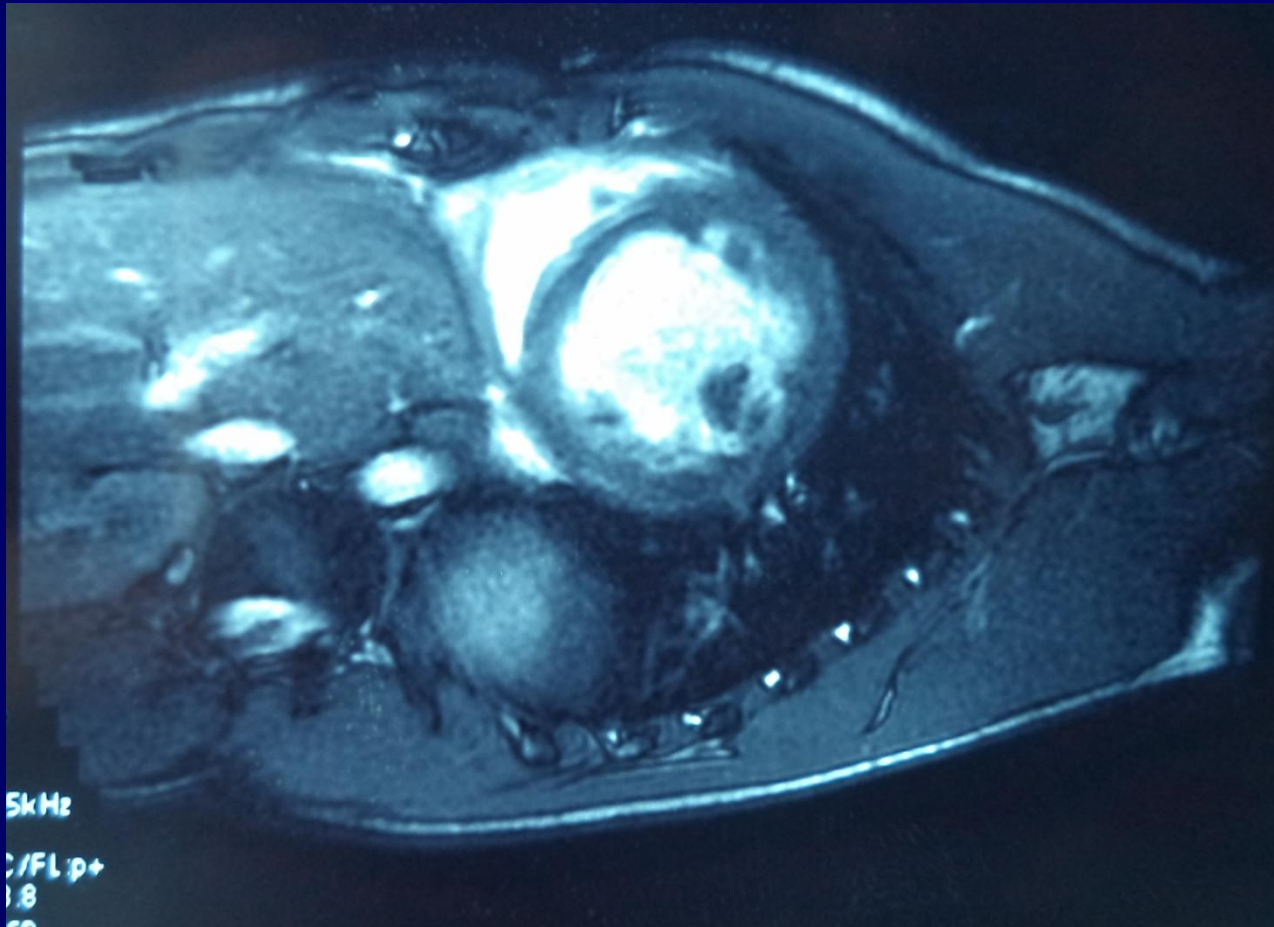
- FMT 78 % (6<sup>ème</sup> palier)
- Absence de troubles du rythme induit par l'effort
- Profil tensionnel normal à l'effort

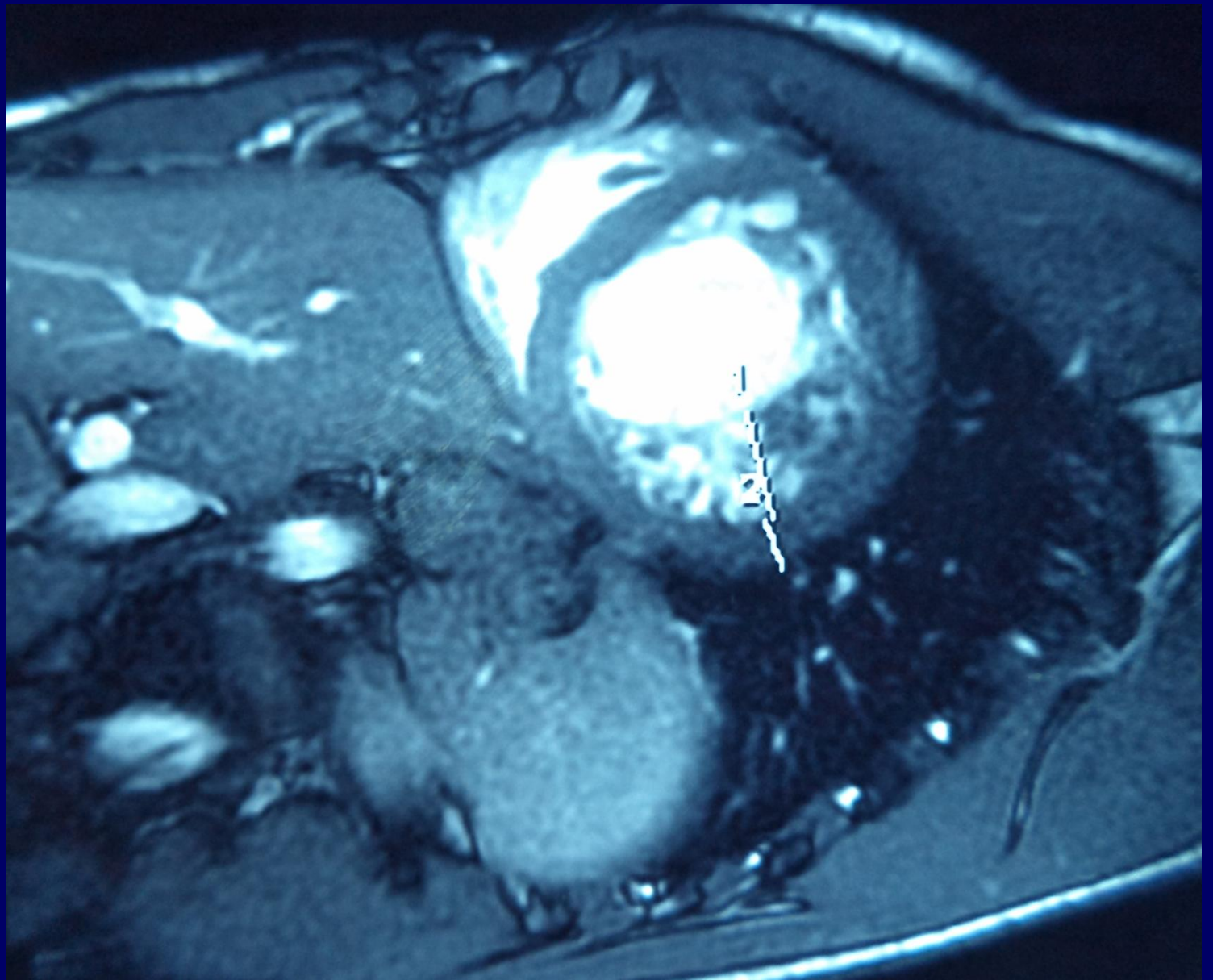


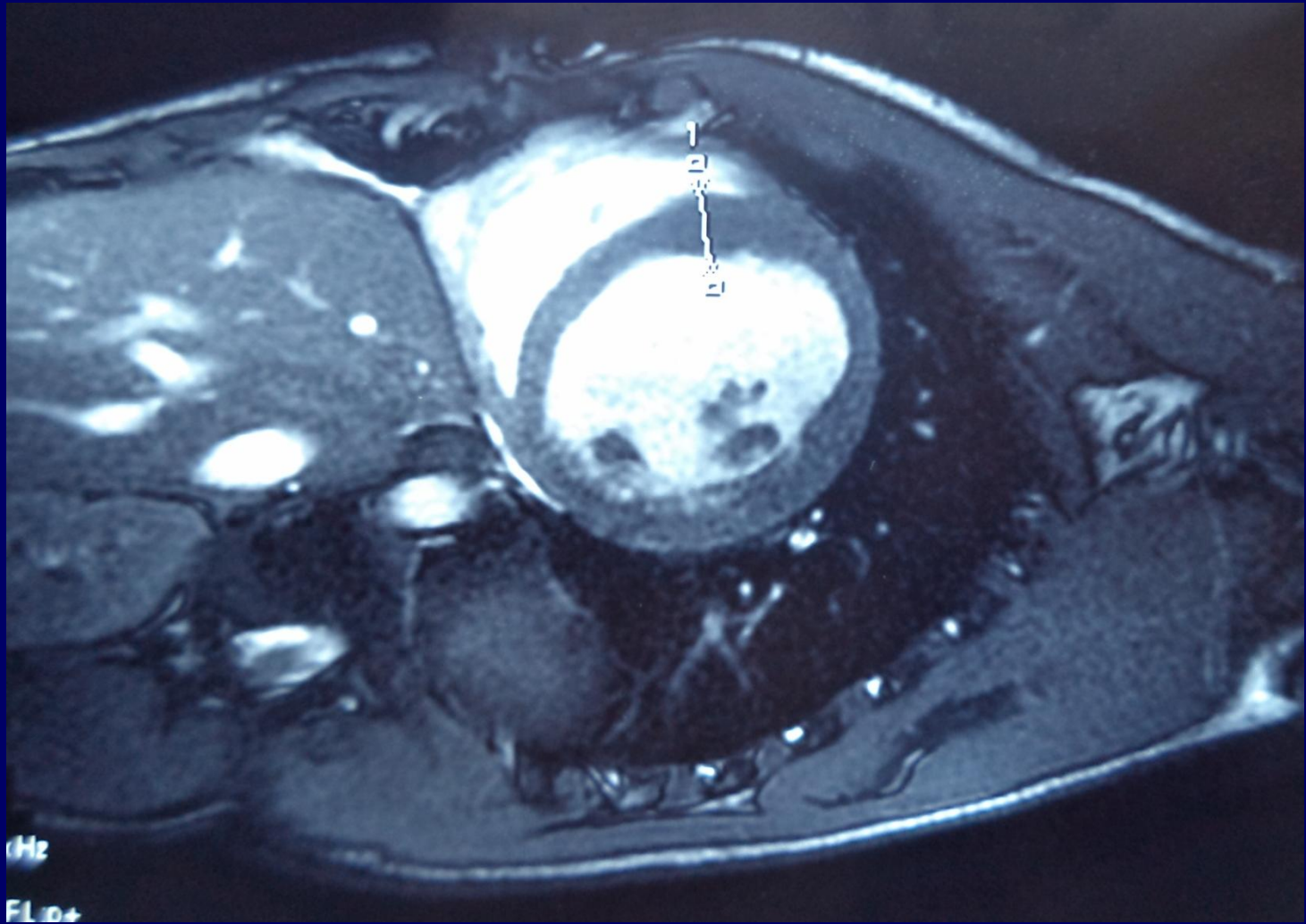
# IRM cardiaque

- Hypertrophie localisée septale basale avec une épaisseur maximale mesurée à 16 mm. Trabéculatation de la paroi latérale avec aspect de non compaction du VG avec un rapport muscle non compacté/ muscle compacté > 2.3.
- SOG 37 cm<sup>2</sup>
- Séquence de réhaussement tardif pas de prise de contraste intramyocardique décelable

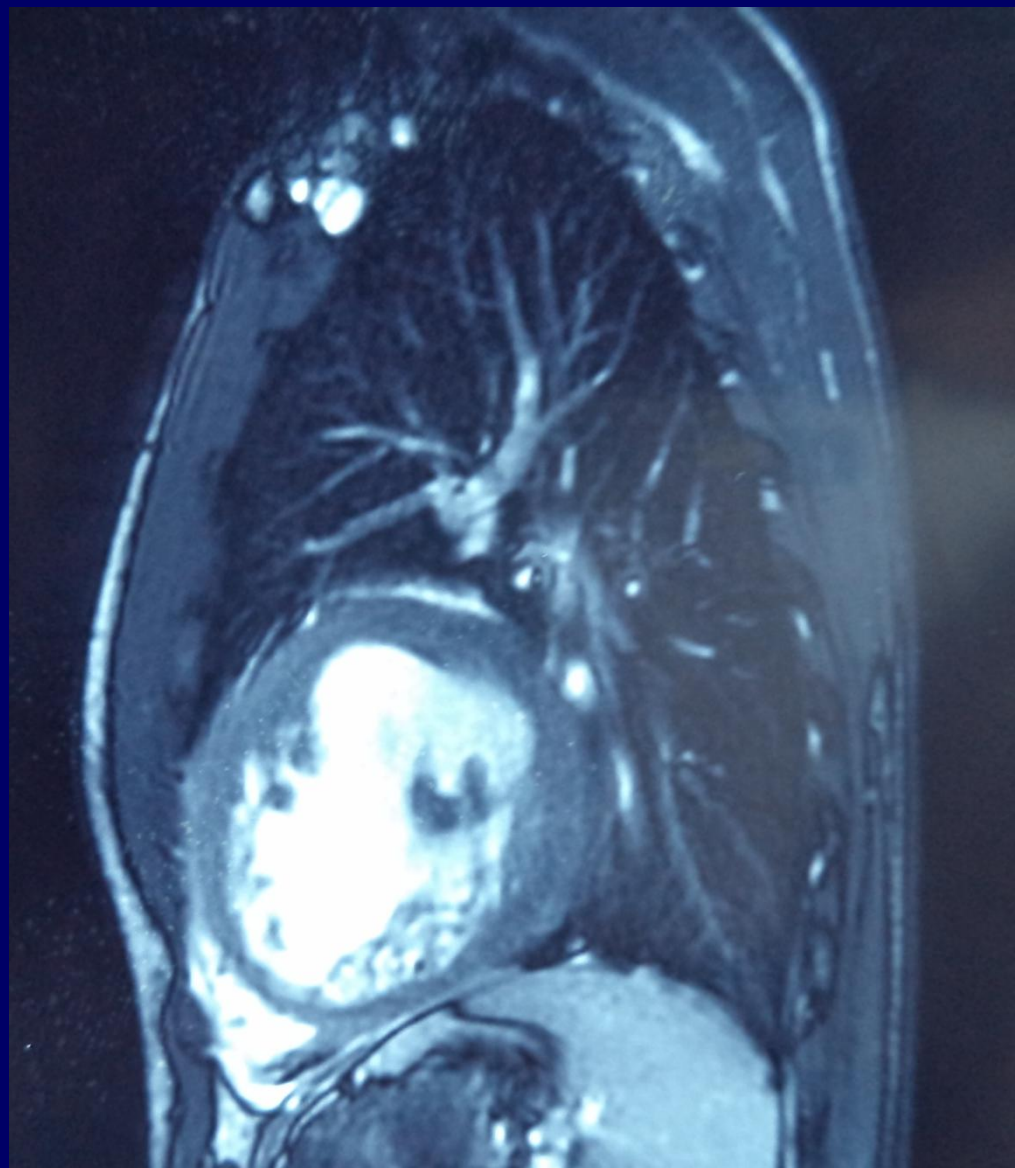


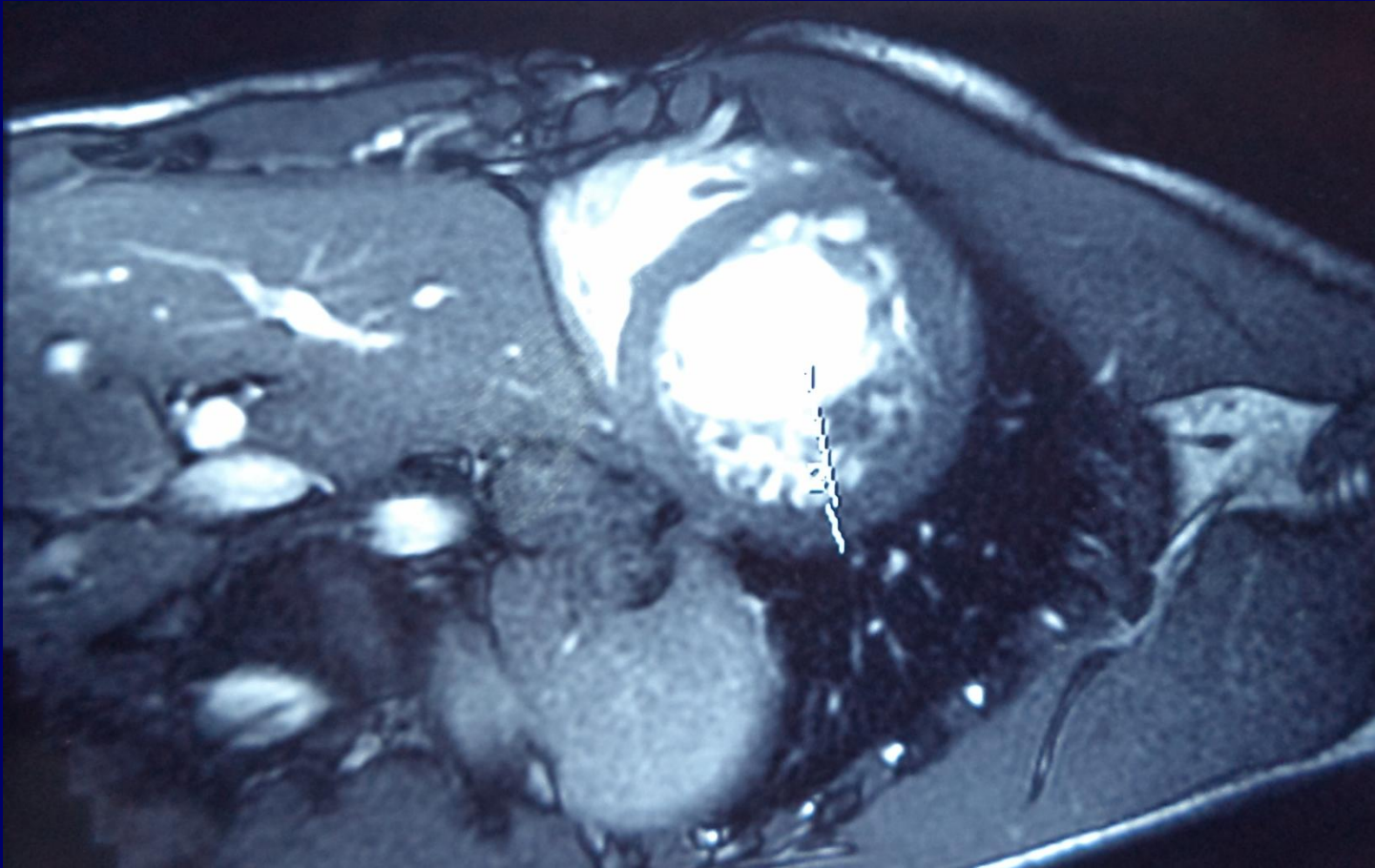




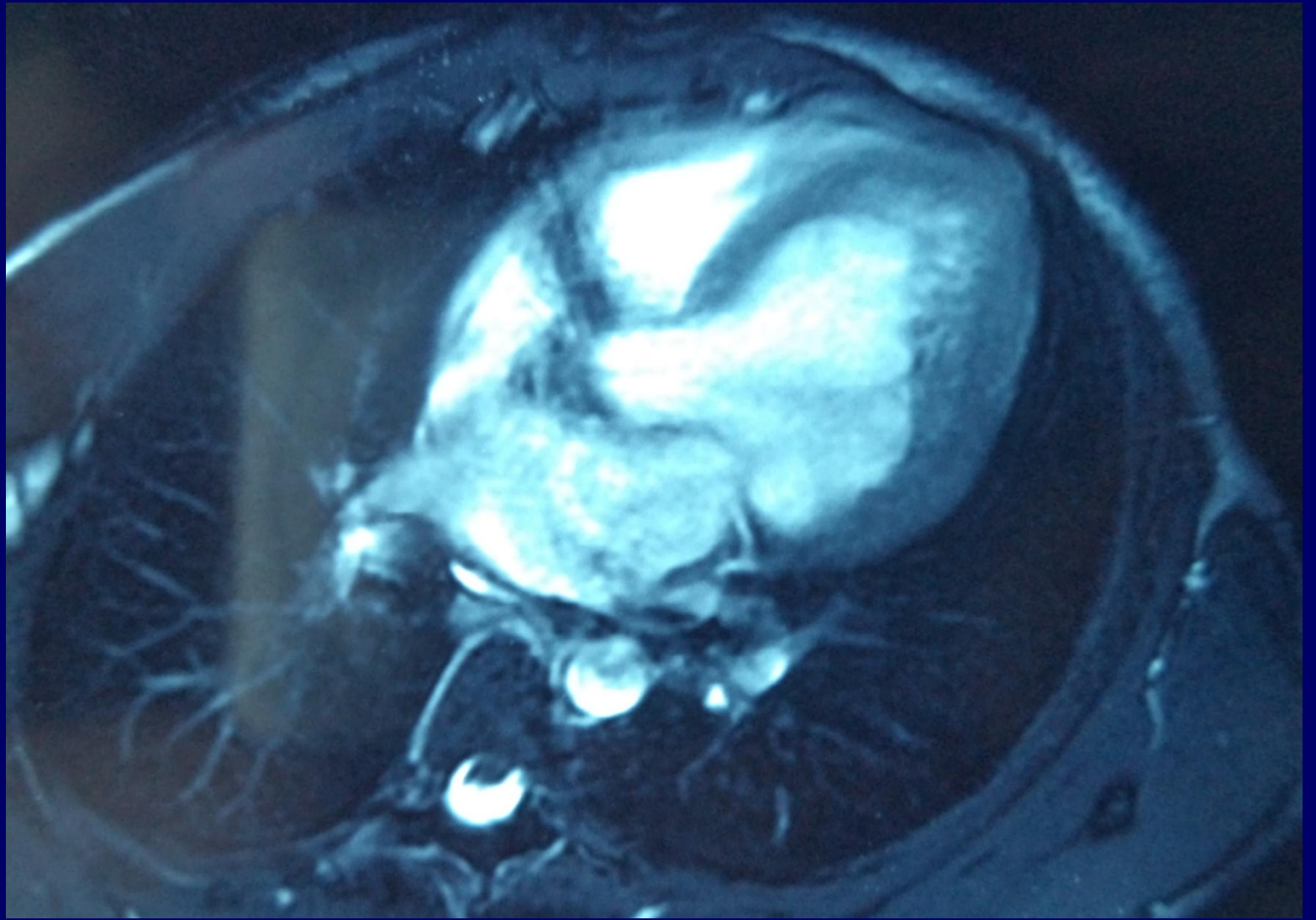


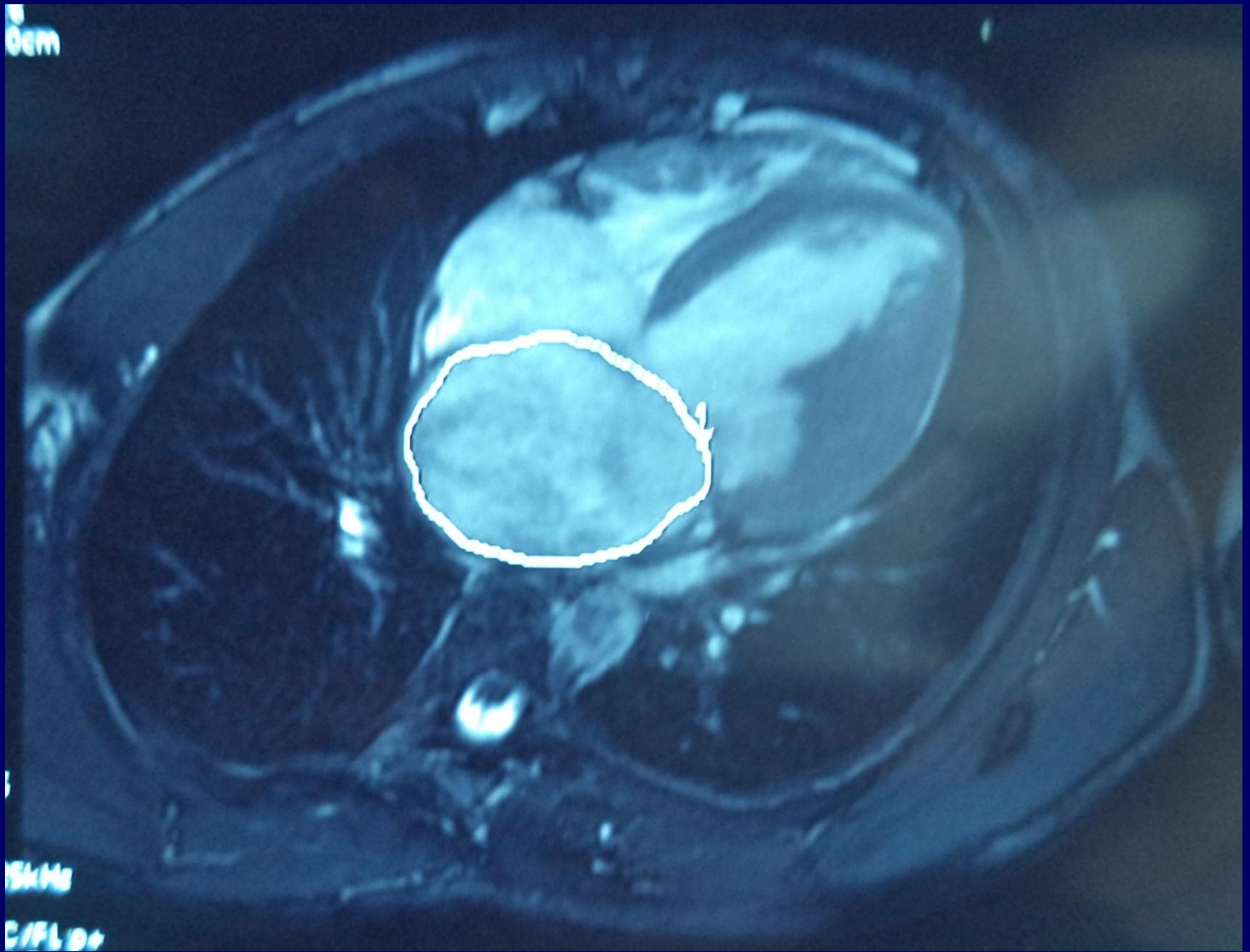


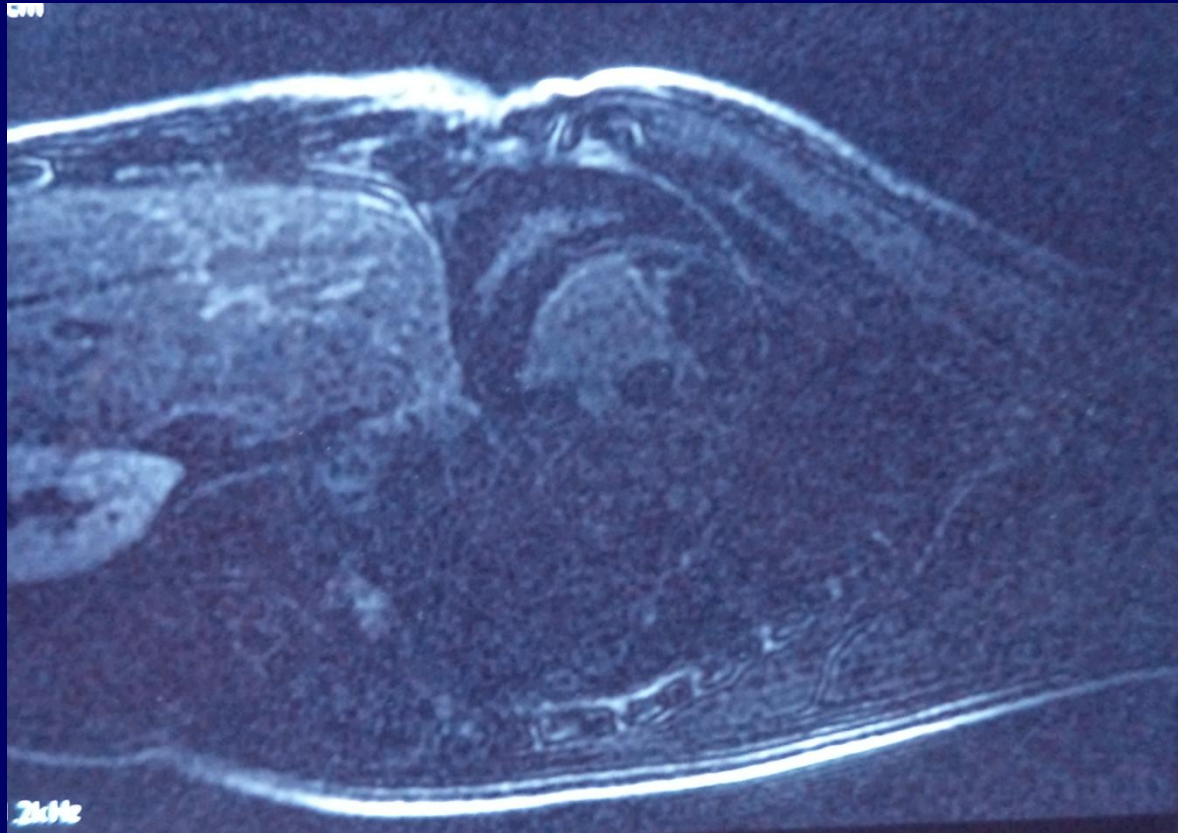












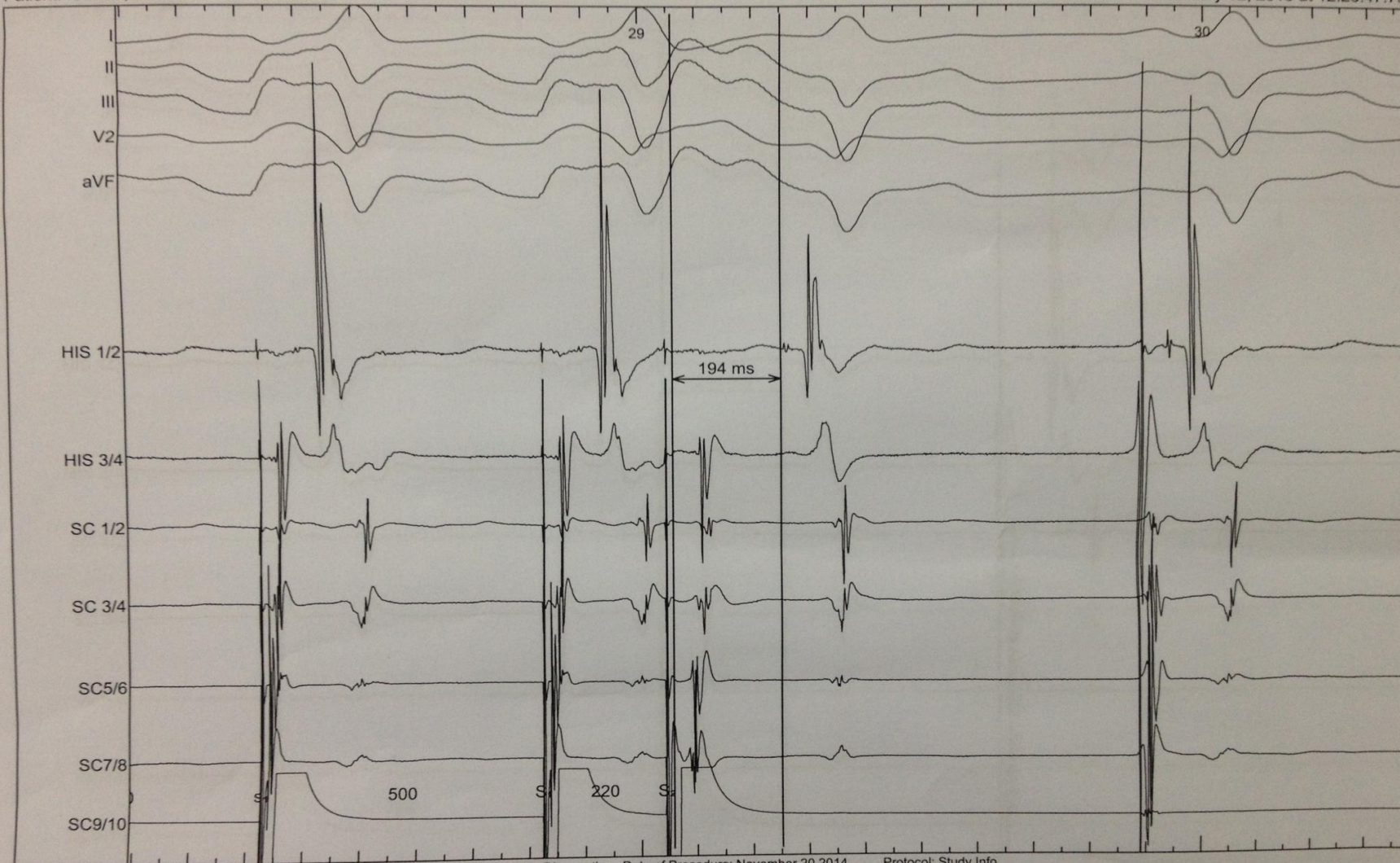
# IRM cardiaque

- **Conclusion:** Aspect IRM compatible avec une cardiomyopathie hypertrophique localisée associée à un aspect de non compaction du VG



# Exploration électrophysiologique

- AH 42 ms
- HV 53 ms
- Conduction rétrograde décrémente et concentrique
- Conduction antérograde est décrémente avec une PR NAV 260 ms.
- Absence d'arythmie déclenchée à la stimulation atriale programmée et à la stimulation ventriculaire programmée
- Absence de voie accessoire



# Holter rythmique

- Rythme de commande sinusale tout le long du nyctémère avec 138 ESV retard droit et présence de deux épisodes de TVNS avec retard droit axe supérieur et deux doublets.
- Absence de troubles de l'excitabilité à l'étage atrial
- Absence de pauses
- Variabilité sinusale normale
- QT normal

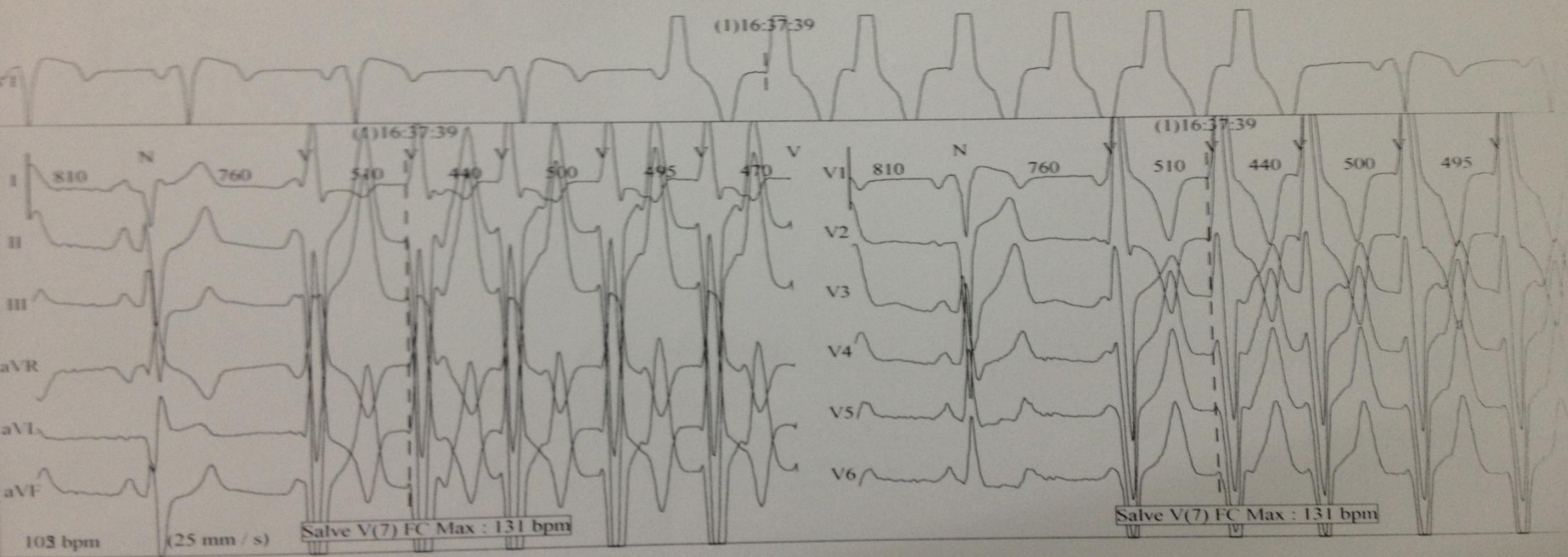
# Holter rythmique

2 épisodes de TVNS ayant n retard droit

ISMAIL CHERIF

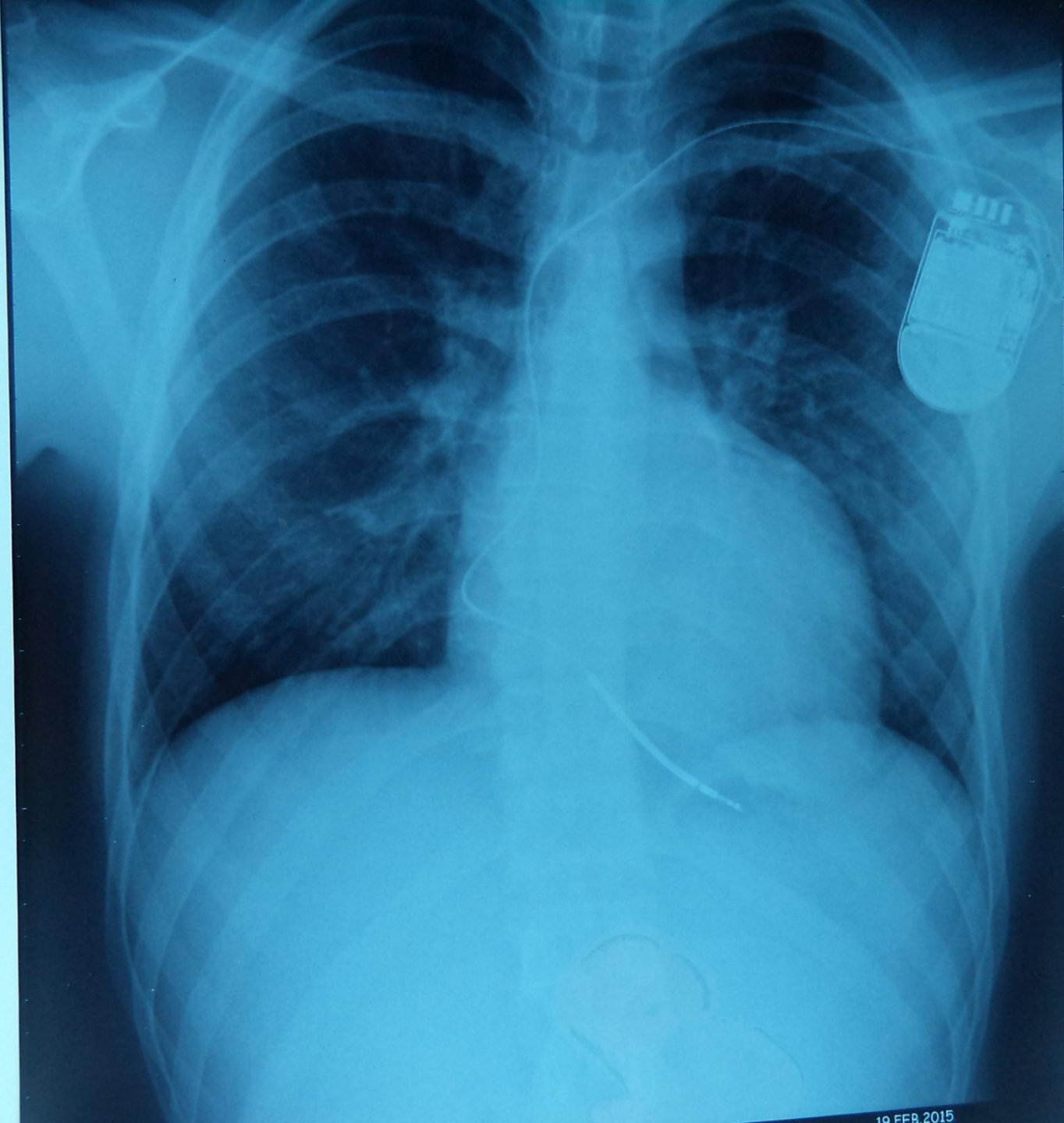
Copie d'écran

15/11/2014



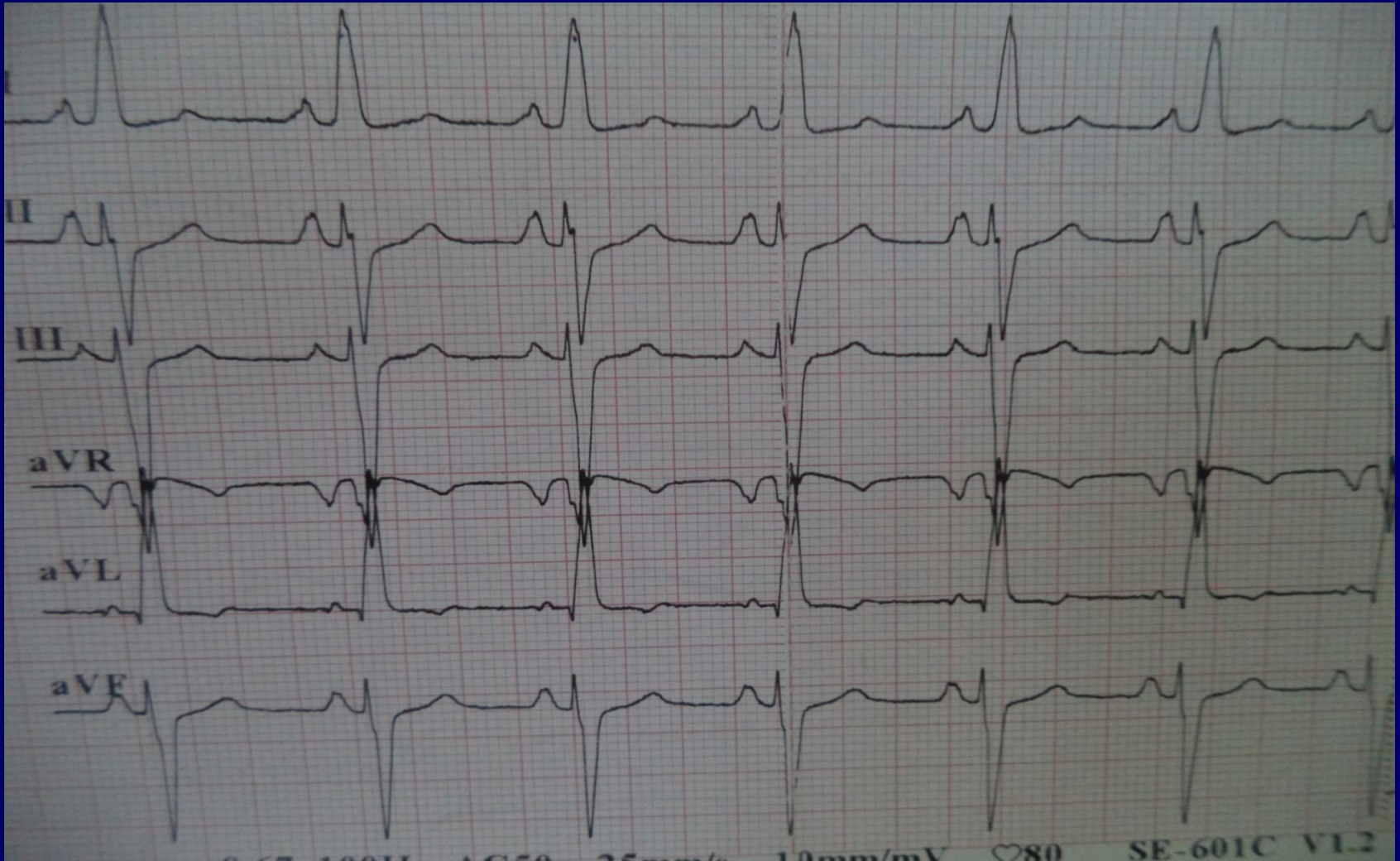


- Quel est le diagnostic à retenir chez ce patient ?
- Quel est le risque de mort subite ?
- Quelles sont les modalités de prise en charge ?



19 FEB 2015

# ECG





# ECG

