

VOIE ACCESSOIRE LATÉRALE DROITE SYMPTOMATIQUE

ABLATION CHEZ UN JEUNE DE 28 ANS

Ngongang OC, Timnou BJ, Matanga J, Nzali A, Dzudie A, Ouankou M, Kouakam C, Maury P

Introduction

Les voies accessoires sont souvent découvertes chez des sujets asymptomatiques à l'occasion de dépistage, ou lors de l'évaluation de palpitations ou plus rarement de malaises lors d'accès de tachycardie. La seule sanction étant l'ablation du faisceau de Kent n'était pas disponible jusqu'à récemment où elle a débuté au Centre de Cardiologie interventionnelle de la Clinique Marie O.

Cas clinique :

Nous rapportons ici le cas d'un jeune de 28 ans, aux revenus limités, suivi au CHU de Yaoundé depuis une dizaine d'années plus tôt pour accès de palpitations associées à une asthénie et hypersudation post-critiques.

L'ECG de repos de surface inscrivait un rythme sinusal avec un aspect de pré-excitation latérale droite. A l'échodoppler cardiaque, la structure et la fonction cardiaques étaient normales.

Nous avons positionné par voie fémorale droite une sonde décapolaire sur la paroi latérale de l'oreillette droite et une sonde quadripolaire sur le his.

L'intervalle HV était mesuré à 40 ms. En stimulation atriale, la période réfractaire antérograde était de 288 ms sur conduction non décrementielle, à l'état basal. En stimulation ventriculaire par la sonde hissienne distale la période réfractaire rétrograde était de 220 ms sur une conduction non décrementielle, à l'état basal. En stimulation atriale, il existait une conduction 1 pour 1 par le faisceau accessoire, soit jusqu'à 290 battements par minute.

Le déclenchement de plusieurs tachycardies orthodromiques a été noté, avec bonne corrélation clinique reconnue par le patient et facilement interrompues par overdrive.

Le « Mapping » en rythme sinusal a été fait par Abord fémoral droit. Le site efficace était latéral droit en regard de l'anneau tricuspide peu stable, mais avec bons critères définis par une fusion AV, un électrocardiogramme endocavitaire précoce par rapport à l'ECG de surface 25 millisecondes, et un QS unipolaire, puis délivrance d'un tir à 35 watts avec cathéter 4 mm non irrigué permettant la disparition permanente de la pré-excitation au bout de 3 secondes de tir. En stimulation ventriculaire droite l'oreillette était dissociée, donc disparition de la conduction rétrograde par la voie accessoire.

Pas de récurrence de la pré-excitation après 15 minutes d'attente.

Conclusion :

La cure radicale d'une pré-excitation grâce à l'ablation par radiofréquence permet d'éviter la survenue de crises tachycardiques potentiellement invalidantes.

Mots clés :

Pré-excitation, palpitations, crises tachycardiques invalidantes, ablation par radiofréquence.