M. GALINIER, A. PATHAK
Pôle Cardiovasculaire et Métabolique
CHU de Rangueil, TOULOUSE.

Faut-il faire un Holter à tous les insuffisants cardiaques à fraction d'éjection préservée ?

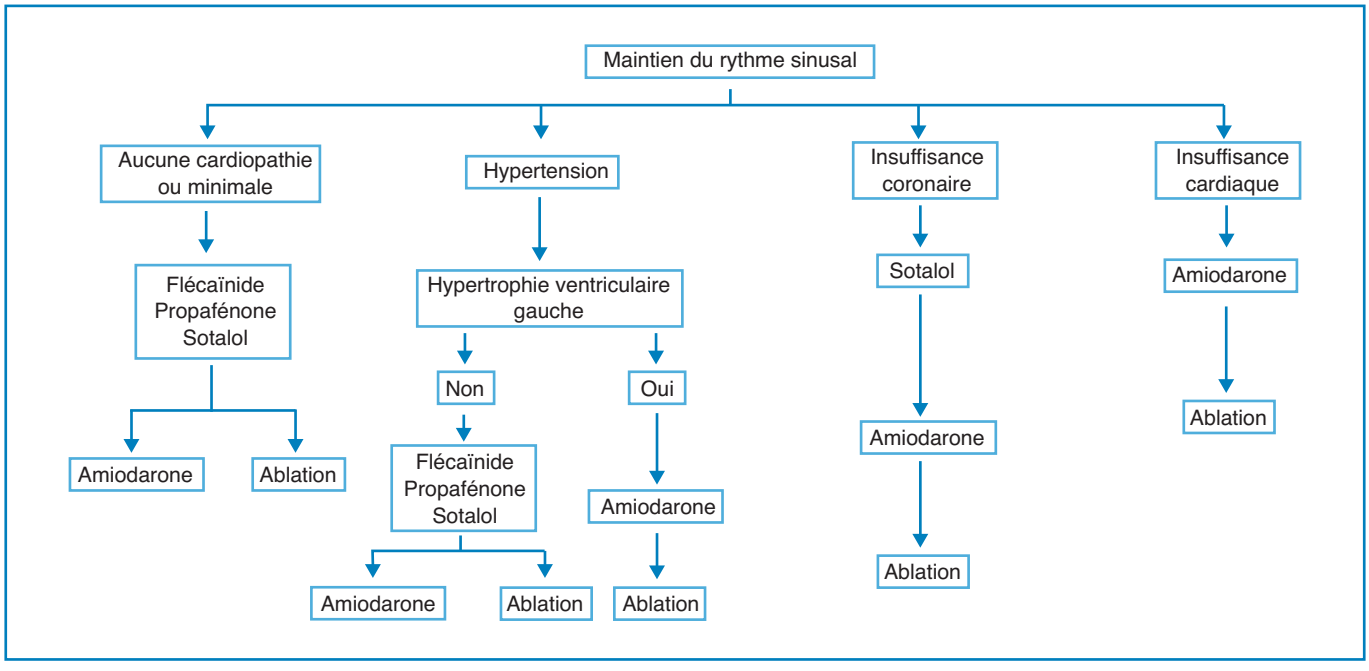
Les troubles du rythme représentent la partie la moins explorée de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP). Pourtant, les arythmies atriales constituent un des principaux facteurs déclenchants des poussées congestives d'ICFEP, et les troubles du rythme ventriculaires pourraient être à l'origine d'un risque accru de mort subite.

Par analogie avec la cardiopathie hypertensive, principale étiologie de l'ICFEP, leurs explorations par l'enregistrement ECG-Holter pourraient avoir un triple intérêt : apprécier les anomalies de la fréquence cardiaque, mettre en évidence des arythmies atriales paroxystiques, rechercher des troubles du rythme ventriculaire potentiellement sévères.

ANOMALIES DE LA FREQUENCE CARDIAQUE

Au cours de l'ICFEP, l'étude de la fréquence cardiaque par l'ECG-Holter apprécie la variabilité sinusale, une altération de la balance sympato-vagale étant associée à un accroissement des événements cardiovasculaires au cours de la cardiopathie hypertensive [1], et peut dépister une incompétence chronotrope.

Devant une symptomatologie chronique, dyspnée ou asthénie d'effort, le plus souvent fruste et minorée chez des patients âgés peu actifs, porteurs d'une pathologie pouvant altérer la fonction diastolique, l'ECG-Holter peut en effet mettre en évidence une incompétence chronotrope qui peut participer aux symptômes de l'ICFEP [2].



Conduite à tenir après réduction d'une arythmie atriale pour maintenir le rythme sinusal au cours de l'ICFEP.

POINTS FORTS

Apport de l'ECG-Holter au cours de l'ICFEP :

- ► Rechercher une incompétence chronotrope devant une symptomatologie d'effort mal élucidée, dyspnée ou asthénie.
- ► Mettre en évidence une arythmie atriale paroxystique devant des palpitations, une syncope, un AVC transitoire ou des épisodes de sub-œdème pulmonaires.
- ► Rechercher un trouble du rythme ventriculaire devant une syncope ou chez les sujets à haut risque de mort subite.

ARYTHMIES ATRIALES

Au cours de l'ICFEP, les troubles du rythme supraventriculaires font courir un double risque : embolique, notamment cérébral, et hémodynamique, la FA étant un des principaux facteurs déclenchants des poussées congestives et pouvant être sur un tel terrain à l'origine de syncope si la fréquence ventriculaire est élevée. Ainsi, chez des hypertendus avec HVG électrique, au cours de l'étude LIFE [3], l'existence d'une FA constitue un facteur de mauvais pronostic, majorant la mortalité cardiovasculaire, les IDM et surtout les AVC (RR : 2,82 ; IC : 2,14-3,72).

Ces arythmies devront être recherchées par l'ECG-Holter devant des palpitations, une syncope, des épisodes de sub-œdèmes pulmonaires spontanément résolutifs, un AVC transitoire. Cependant, l'interprétation de cet examen doit rester prudente et, avant de rattacher les symptômes à l'arythmie atriale, il faut se rappeler la fréquence des troubles du rythme supraventriculaire asymptomatiques chez les patients hypertendus, notamment en présence d'une HVG.

Ainsi, aura surtout de la valeur la mise en évidence d'une FA ou d'un flutter paroxystiques, les extrasystoles supraventriculaires isolées ou en salves étant peu spécifiques.

ARYTHMIES VENTRICULAIRES

Les troubles du rythme ventriculaire pourraient être à l'origine d'un risque accru de mort subite au cours de l'ICFEP, où ils peuvent être générés par plusieurs facteurs, notamment l'HVG et l'ischémie myocardique. Comme dans la cardiomyopathie hypertrophique primitive, la valeur pronostique péjorative des arythmies ventriculaires au cours de l'HTA compliquée d'HVG a été démontrée par l'étude de Framingham à partir d'enregistrements ECG-Holter d'une heure, où l'existence d'ESV fréquentes ou complexes multipliait par 1,8 le risque de décès, et confirmée par notre équipe à partir d'ECG-Holter de 24 heures, où la présence de salves de TV non soutenues (salves d'au moins 3 ESV consécutives à une fréquence supérieure à 120/mn, durant moins de 30 sec) augmentait de 3,5 le risque de décès cardiaque [4].

Dans la pratique quotidienne, ces données ne doivent cependant pas conduire à la généralisation de la pratique de l'ECG-Holter au cours de l'ICFEP. En effet, la valeur prédictive positive de ces arythmies au Holter est faible du fait de leur fréquence, des salves de tachycardie ventriculaire non soutenues étant retrouvées chez 16 % des hypertendus avec HVG. La réalisation d'un enregistrement ECG-Holter au cours de l'ICFEP devra ainsi rester un acte réfléchi, réservé aux patients symptomatiques, en particulier ceux ayant présenté une syncope ou porteurs d'un substrat arythmogène défini par une HVG électrique ou échocardiographique importante.

CONCLUSION

Ainsi, malgré la fréquence des troubles du rythme au cours de l'ICFEP, un ECG-Holter ne devra pas être systématiquement réalisé, mais réservé aux patients symptomatiques ayant présenté des palpitations, des syncopes, ou une symptomatologie, dyspnée ou asthénie, imparfaitement élucidée ou à haut risque de mort subite.

Cette réflexion est d'autant plus nécessaire que son interprétation reste difficile et que ses conséquences thérapeutiques sont encore mal définies. En particulier, en cas d'arythmie atriale sévère, comme dans l'insuffisance cardiaque par altération de la fonction systolique, l'amiodarone est le seul antiarythmique utilisable au cours de l'ICFEP, en dehors bien sûr des bêtabloquants, selon les dernières recommandations des Sociétés savantes [5]. ■

Bibliographie

1. Galinier M *et al*. Hypertrophie ventriculaire gauche et variabilité sinusale au cours de l'hypertension artérielle. *Arch Mal Cœur*, 2001 ; 94 : 790-4.

2. Borlaug BA *et al*. Impaired chronotropic and vasodilator reserves limit exercise capacity in patients with heart failure and a preserved ejection fraction. *Circulation*, 2006 ; 114 : 2 138-47.

3. Wachtell K *et al*. Angiotensin II receptor blockade reduces new-onset atrial fibrillation and subsequent stroke compared to atenolol : the Losartan Intervention For End-point reduction in hypertension (LIFE) study. *J Am Coll Cardiol*, 2005 ; 45 : 712-9.

4. Galinier M *et al*. Prognostic value of arrhythogenic markers in systemic hypertension. *Eur Heart J*, 1997 ; 18 : 1 484-91.

5. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary. *Eur Heart J*, 2006 ; 27 : 1 979-2 030.