

Pour faire son diagnostic votre cardiologue va tout d'abord vous **inter-**

roger pour connaître vos **antécédents** familiaux et personnels et **l'histoire de votre maladie** : quels sont vos **symptômes**, quand sont ils apparus, dans quelle(s) circonstance(s) se manifestent-ils... ? Il est absolument essentiel de répondre **le plus précisément possible** car la simple description de ces symptômes peut déjà orienter vers une maladie cardiaque particulière. Ainsi une douleur qui serre la poitrine, « en étau » et qui survient uniquement à l'effort et disparaît rapidement après l'arrêt de celui-ci est-elle évocatrice d'une maladie des artères coronaires ou encore l'installation très brutale d'un rythme cardiaque très rapide et régulier et l'arrêt tout aussi brutal de ce trouble évoquent-ils un trouble du rythme très précis....

Après l'interrogatoire vient **l'examen clinique** qui comprend **l'observation** (couleur de la peau, présence d'œdèmes, état veineux, déformation de la cage thoracique, rapidité de la respiration...), **la palpation** (rechercher les pouls aux membres supérieurs et inférieurs, au cou, préciser l'œdème, apprécier le volume du foie et de

Votre cœur est-il vraiment normal ?

la thyroïde, rechercher une vibration thoracique anor-

Il est fréquent d'entendre : « vous pouvez faire une mort subite en quittant le cabinet de votre cardiologue alors qu'il venait de vous affirmer que tout était normal », ou encore : « il a été hospitalisé pour un infarctus quelques heures seulement après une consultation cardiologique qui n'avait rien révélé d'anormal ». Cela est vrai ! certaines pathologies cardiaques ne sont pas décelables lors d'une consultation cardiologique, leur mise en évidence nécessitant des explorations complémentaires parfois complexes qui ne débouchent pas toujours sur un geste thérapeutique (et qui, par conséquent, ne sont pas toujours utiles...).

Alors ? votre cœur est-il vraiment normal comme vous l'a laissé entendre votre cardiologue ?

male...) **et l'auscultation** (écouter le cœur à la recherche d'un souffle ou d'un autre bruit anormal, écouter les artères, écouter les poumons...).

A ce stade de l'examen il est parfois déjà possible d'avancer une hypothèse diagnostique (ainsi la présence d'un souffle cardiaque possédant certaines caractéristiques peut orienter vers une maladie d'une valvule cardiaque).

Mais cet examen clinique doit être complété par des **examens techniques** : la mesure de la tension artérielle, mais aussi, bien sûr, **l'électrocardiogramme**, examen clé qui apporte

une quantité considérable d'informations sur l'état cardiaque (la fréquence, le rythme, la conduction électrique intracardiaque, la présence d'une souffrance « ischémique », d'une séquelle d'infarctus, d'une hypertrophie cavitaire, d'anomalies en rapport avec une pathologie du muscle cardiaque...).

Cet examen, qui enregistre l'activité électrique du cœur sera le plus souvent suivi d'un **échocardiogramme** qui permet une étude anatomique de l'organe. **L'échographie** montre les cavités du cœur,

le muscle cardiaque, les valvules, les gros vaisseaux, elle permet d'en mesurer les dimensions, la cinétique. Le **doppler couleur** montre comment le sang circule à l'intérieur du cœur et des vaisseaux. Le **doppler pulsé / continu** permet de mesurer la vitesse du sang et les gradients de pression trans-valvulaires.

Peut-on affirmer, ce bilan très complet réalisé, s'il n'a montré strictement aucune anomalie, que le cœur est « vraiment normal » ? **Le plus souvent oui**, mais pas toujours, il est en effet parfois nécessaire d'avoir recours à des explorations techniques complémentaires pour l'affirmer.

Voyons cela en passant en revue très schématiquement les situations les plus courantes :

Les maladies valvulaires :

Le cœur est une pompe aspirante refoulante qui comporte 4 cavités, 2 oreillettes et 2 ventricules, et **4 valvules** ; celles-ci sont des clapets qui empêchent le reflux du sang d'une cavité vers une autre : la valvule tricuspide, du ventricule droit vers l'oreillette droite, la valvule pulmonaire de l'artère pulmonaire vers le ventricule droit, la valvule mitrale du ventricule gauche vers l'oreillette gauche et la valvule aortique de l'aorte vers le ventricule gauche.

Certaines maladies sont responsables de modifications d'une ou plusieurs de ces valvules qui peuvent se rétrécir progressivement (on parle de **rétrécissement valvulaire**) ou perdre plus ou moins leur étanchéité (on parle de **insuffisance valvulaire** ou encore de « **fuite** » valvulaire) ; ces anomalies valvulaires, lorsqu'elles deviennent importantes finissent par « fatiguer » le cœur et il faut alors soit réparer soit remplacer la ou les valvules malades.

Les maladies valvulaires sont aisément repérables par le cardiologue et quantifiables grâce à l'écho-doppler ; aucun risque, donc, d'affirmer que le cœur est normal s'il y a un problème sur une valvule (noter que très souvent l'anomalie est mineure et sans conséquence et qu'elle ne nécessite qu'une surveillance de loin en loin)

Les maladies du muscle cardiaque :

ou « **cardiomyopathies** » : elles peuvent être « **hypertrophiques** » (le muscle cardiaque est beaucoup trop épais et la cavité ventriculaire en général petite) ou « **dilatées** » (le muscle cardiaque n'est pas épaissi mais il se contracte très mal et la cavité ventriculaire est dilatée).

Ces maladies ne posent pas de problème de diagnostic : elles sont en règle responsables d'anomalies électrocardiographiques et, bien sûr, échographiques.

Les troubles du rythme et de la conduction cardiaque :

C'est le problème des palpitations et des syncopes.

Les palpitations peuvent correspondre à de la **tachycardie** (cœur trop rapide), parfois banale mais parfois pathologique ou à des **extrasystoles** (des contractions

cardiaques prématurées qui sont souvent parfaitement bénignes) mais elles peuvent ne correspondre à aucune anomalie cardiaque... On peut les rattacher aisément à tel ou tel trouble du rythme si elles sont présentes au moment de la consultation (l'électrocardiogramme permet alors de les étiqueter) mais si elles ne surviennent que de manière paroxystique l'électrocardiogramme peut être strictement normal lors de la consultation. Il est alors nécessaire d'enregistrer un électrocardiogramme de longue durée en ambulatoire par la méthode de **Holter** (4 ou 5 électrodes auto-collantes sur la poitrine reliées par un câble à un petit boîtier électronique qui met en mémoire la totalité de l'électrocardiogramme pendant 24 heures).

Les syncopes peuvent être en rapport avec de la **bradycardie** importante et pathologique (cœur beaucoup trop lent) ou surtout à des pauses cardiaques (en règle supérieures à 3 secondes) ; certaines sont **bénignes** (syncopes vagales) mais d'autres peuvent nécessiter l'implantation d'un **stimulateur** (pacemaker) ; l'électrocardiogramme peut être pathologique lors de la consultation, ce qui permet de faire le diagnostic, mais il est parfois strictement normal. Dans ce cas l'enregistrement d'un « **holter** » peut donner la solution mais il faut parfois avoir recours à des explorations plus complexes en milieu hospitalier pour y arriver.

Les maladies des artères coronaires :

Certains symptômes (douleurs thoraciques) font suspecter une maladie des artères qui nourrissent le cœur (artères coronaires) surtout s'ils surviennent chez un patient porteur de facteurs de risque vasculaire (voir KALON N°1) mais le bilan cardiologique réalisé lors de la consultation peut être strictement normal. Le diagnostic doit absolument être confirmé car l'enjeu est important (risque d'évolution vers un infarctus ; c'est typiquement le cas de figure décrit dans l'encadré de la page 1). Des examens complémentaires doivent être réalisés en milieu hospitalier, à commencer par une **épreuve d'effort** complétée, si besoin, par une **scintigraphie du myocarde** ou une **échocardiographie de stress** ; ces explorations peuvent ensuite déboucher sur la réalisation d'une radiographie des artères coronaires (**coronarographie**, qui nécessite une courte hospitalisation). Cet examen permet de confirmer la maladie en mettant en évidence des **plaques d'athérome** (voir KALON N°15) rétrécissant les artères (voir KALON N°17) de manière plus ou moins marquée ; si ce rétrécissement est important un remodelage de l'artère à l'aide d'un ballonnet (**angioplastie**) peut s'avérer nécessaire. Un rétrécissement modéré relèvera d'un traitement par médicaments (voir KALON N° 19) d'autant plus indispensable qu'une plaque d'athérome, même petite, peut toujours **se rompre** (voir KALON N° 18) et provoquer un infarctus...

Docteur J.F. HOUËL (cardiologue)