

# TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE

## TACHYCARDIE

= FC > 100/min

### QRS FINS (< 0,11s) IRREGULIERS

#### Clinique

Palpitations survenant par accès avec des battements réguliers ou irréguliers

#### ECG

- Ondes P monomorphes, ≠ de celles observées en cas de rythme sinusal. Entre les ondes P, on observe une ligne isoélectrique
- Fréquence: FA = 120-150/min

#### TACHYCARDIE AURICULAIRE

#### Etiologies:

Le plus souvent idiopathique; plus rare lorsqu'une maladie cardiaque ou pulmonaire préexistant; survient parfois en cas d'intoxication digitalique

#### Clinique:

Palpitations, tachycardie avec battements irréguliers

#### ECG:

- ondes P visibles entre les complexes QRS, aspect typique en dents de scie sans intervalle isoélectrique entre les ondes P de type I; souvent bien visibles en II,III,aVF et V1
- fréquence auriculaire: 250-320/min
- fréquence ventriculaire: conduction variable

#### FLUTTER AURICULAIRE à conduction variable (périodicité de Wenckebach)

#### Etiologies :

- ◆ CV: toute cardiopathie valvulaire (surtout le RM) et artérielle (ex: IDM aiguë)
- ◆ hyperthyroïdie
- ◆ hypoxie, toxiques (ex: surcharge en digitalique)

#### Clinique

Palpitations, tachycardie batt irréguliers, Dyspnée; Complications: thrombo-embolies systémiques, le plus souvent cérébrales

#### ECG

Rythme irrégulier, non sinusal avec ondes QRS d'aspect ⊥, RR irréguliers permet de faire le Δic, absence d'onde P normales avant tout QRS, présence d'onde P' dite de fibrillation

#### ACFA

#### Etiologies :

- ◆ CV: toute cardiopathie valvulaire (surtout RM) et artérielle (ex: IDM aiguë)
- ◆ hyperthyroïdie
- ◆ hypoxie, toxiques (ex: surcharge en digitalique)
- ◆ enfance, adolescence (physiologique)
- ◆ vagolytiques, sympathomimétique, intoxication à la théophilline, alcool
- ◆ infection, hypothermie, hypoglycémie, cœur pulmonaire

#### Traitement

#### ◆ Mesures générales

- Hospitalisation en cardiologie
- Bilan étiologique minimum à la recherche de causes ou facteurs déclenchants: ionogramme sanguin, échocardiographie, bilan thyroïdien
- correction des troubles hydroélectrolytiques, d'une dysthyroïdie, d'une cardiopathie sous jaçante
- traitement anticoagulant efficace : impératif avant toute réduction: héparine iv ou sc en situation aiguë et AVK en traitement de fond (à instaurer 3 semaine avant et maintenu 1-3 mois après le retour au rythme sinusal en absence de cardiopathie.

#### ◆ Réduction

- médicamenteuse: Cordarone (idem que dans ACFA) permet de ralentir la cadence ventriculaire et parfois de dégrader le flutter en AC/FA et de restaurer le rythme sinusal. Si échec, l'imprégnation cordaronique facilite la réduction par CEE
- stimulation auriculaire (en 2<sup>ème</sup> intention si échec à la cordarone)
- CEE: idem que dans AC/FA mais ici on choc avec 50-100J

#### ◆ Si mal toléré :

- hospitalisation enUSIC,
- VVP + SGI 500cc/24h,
- monitoring cardiaque et TA, diurèse
- O<sub>2</sub> (6l/min), ,
- traitement anticoagulant efficace iv,
- CEE sous AG 100-200J et si échec, 300J.
- Ultérieurement, correction des désordres hydroélectrolytiques et traitement d'entretien antiarythmique (Rythmodan LP 1cp à 250 mg x 2/j ou Flécaïne 1 cp à 100 x2/j)
- ◆ Radiofréquence: flutter récidivant malgré un traitement médical bien conduit ou mal toléré; sujet jeune refusant un traitement médicamenteux au long cours; profession à risque

## ACFA

(FC= 100-180/min)

C'est le trouble le plus fréquent. Il peut être très bien toléré.

Définition :	Clinique	Etiologies :
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ rythme irrégulier, non sinusal avec ondes QRS d'aspect <math>\perp</math></li><li>◆ <u>irrégularité de l'espace RR</u> : permet de faire le <math>\Delta ic</math></li><li>◆ absence d'onde P normal avant tout QRS</li><li>◆ présence d'onde P dite de fibrillation</li><li>◆ intérêt de la manoeuvre vagale : blocage de la conduction AV apparition des ondes de fibrillation sur le tracé, plus de QRS pendant un certain temps, puis QRS car échappement (!!! Ne pas appuyer sur un globe oculaire quand décollement de rétine, implant!!)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Palpitations</li><li>◆ Tachycardie</li><li>◆ Dyspnée</li><li>◆ Battements irréguliers</li><li>◆ Complications: thrombo-embolies systémiques, le plus souvent cérébrales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ CV: toute cardiopathie valvulaire (surtout le RM) et artérielle (ex: IDM aiguë)</li><li>◆ hyperthyroïdie</li><li>◆ hypoxie, toxiques (ex: surcharge en digitalique)</li><li>◆ enfance, adolescence (physiologique)</li><li>◆ vagolytiques, sympathomimétique, alcool, intoxication à la théophylline,</li><li>◆ infection, hypothermie, hypoglycémie, cœur pulmonaire</li></ul>

## TRAITEMENT

◆ **anticoagulant** : Il doit être systématique et poursuivi 1 mois au minimum après la réduction

- **Héparine**: 500 UI/kg/j puis relais par

- **AVK:Previscan 1cp à 20 mg/j** à adapter en fct° de l'INR (objectif: IRN entre 2et3)

- **Aspirine** en ttt d'entretien sur cœur sain < 60 ans et si CI aux anticoagulants

◆ **anti-arythmiques si ACFA bien toléré (but : ralentir la cadence ventriculaire afin d'améliorer la tolérance avant de tenter une réduction ultérieurement)**: CI en cas d'hyperthyroïdie ou de syndrome de WPW

- si IC par **dysfonction systolique**:

1<sup>ère</sup> intention **Digoxine 1 amp ivd** à répéter si échec 30 min plus tard = digitalisation et si échec en

2<sup>ème</sup> intention **Cordarone 20 mg/kg**

- si fonction ventriculaire bonne: soit

. **Inhibiteur calcique**

Diltiazem=Tildiem bolus de 25-25 mg iv en 2 min puis 10-15 mg/kg/h ivse ou 1 cp 60 mg x 3/j ou bien

Verapamil = Isoptine bolus de 1-2 amp à 5 mg iv en 2 min puis 3 à 12 mg/kg/h ivse ou 1 cp à 120 x 2/j)

. **β bloquants**: atenolol (Ténormine 1/2 -1 cp à 100 mg/j

et si échec des I calciques ou des β bloquants ⇒ Cordarone

◆ **réduction de l'ACFA = Cardioversion**

ne jamais tenter une réduction en cas d'accident embolique récent. On s'assurera que l'anticoagulation est efficace depuis une durée suffisante ainsi que l'absence de désordre hydroélectrolytiques (hypokaliémie). En absence de facteur de risque embolique et AC/FA datant de moins de 2j: cardioversion après quelques jours d'anticoagulation; existence de facteur de risque embolique ou ACFA depuis plus de 2j: anticoagulation pendant 3 semaines puis cardioversion. L'ETO en montrant l'absence de thrombus pourrait ↓ la durée de l'anticoagulation. Mais si existence de thrombus intra-auriculaire, anticoagulation stricte pendant 4 à 6 semaine, suivi d'un contrôle par ETO avant toute tentative de réduction.

- **cardioversion médicamenteuse**: AA classe III (Amiodarone = cordarone = traitement de choix):

. En USIC = bolus de 1-2 amp à 150 mg (5mg/kg) en iv sur 15-30 min sur vvp de bon calibre puis 5 cp à 200 mgx1/j

. En hospitalisation: dose de charge de 30 mg/kg per os le 1<sup>er</sup> jour suivi d'une 1/2 dose de charge le lendemain puis 3 cp à 200 mgx1/j les j suivants

(chez sujet âgé ou si dysfonct° ventricule gch = dose de charge de 15 mg/kg)

. Protocole ambulatoire en cas de 1<sup>er</sup> accès sur cœur sain: J1 3 cp à 200 mgx1/j puis J10 2<sup>ème</sup> consultation; en cas de non réduction,

poursuivre à 2 cp x 1/j avec RDV d'hospitalisation dans 10 j pour une réduction par CEE. Le traitement anticoagulant est instauré dès le 1<sup>er</sup> j.

On peut aussi utiliser la Flécaïne ou le Rythmodan

- **cardioversion électrique** (CEE) d'emblée à 300 j sous une brève AG. Elle peut être répétée en cas d'inefficacité

◆ **ACFA mal tolérée: cardioversion en urgence**

du fait d'une cadence ventriculaire rapide > 200/min (surtout en cas de syndrome de WPW), d'un angor résistant aux traitements habituels, IC sévère, choc, collapsus et ACR

Bilan sanguin, vvp, héparine 5000 UI en bolus puis perfusion de 500 ui/kg/j ivse puis CEE à 300 j sous une brève AG. A répéter si échec.

◆ TTT médicamenteux préventif des récidives: Antiarythmiques

Sérécór: 1 gel à 300 mgx2/j ou Rythmodan LP 1cp à 250mgx2/j ou Flécaïne 1 cp à 100 mgx2/j ou Rythmol 1cp à 300 mgx2/j ou Sotalex 1 cp à 80 mgx2/j ou Cordarone 1 cp à 200 mg/j (cordarone à ne pas utiliser en 1<sup>ère</sup> intention du fait de la fréquence des effets secondaires extra cardiaques

En pratique:

- si ACFA sur cœur sain: FA vagale: Rythmodan (1), Flécaïne (2), Cordarone (3); FA adrénérurgique: Sotalex (1), Rythmol (2), Flécaïne (3), Sérécór (4);

- si ACFA sur cardiopathie: HTA: Rythmol (1), Sotalex (2), Cordarone (3); Dysfct° VG: Cordarone; WPW: Flécaïne ou Cordarone

Mesures associées:

Hospitalisation en cardiologie et surveillance (clinique, biologique, ECG, holter cardiaque)

Recherche et correction de facteurs favorisants ou déclenchants: correction de troubles hydroélectrolytiques (hypokaliémie et

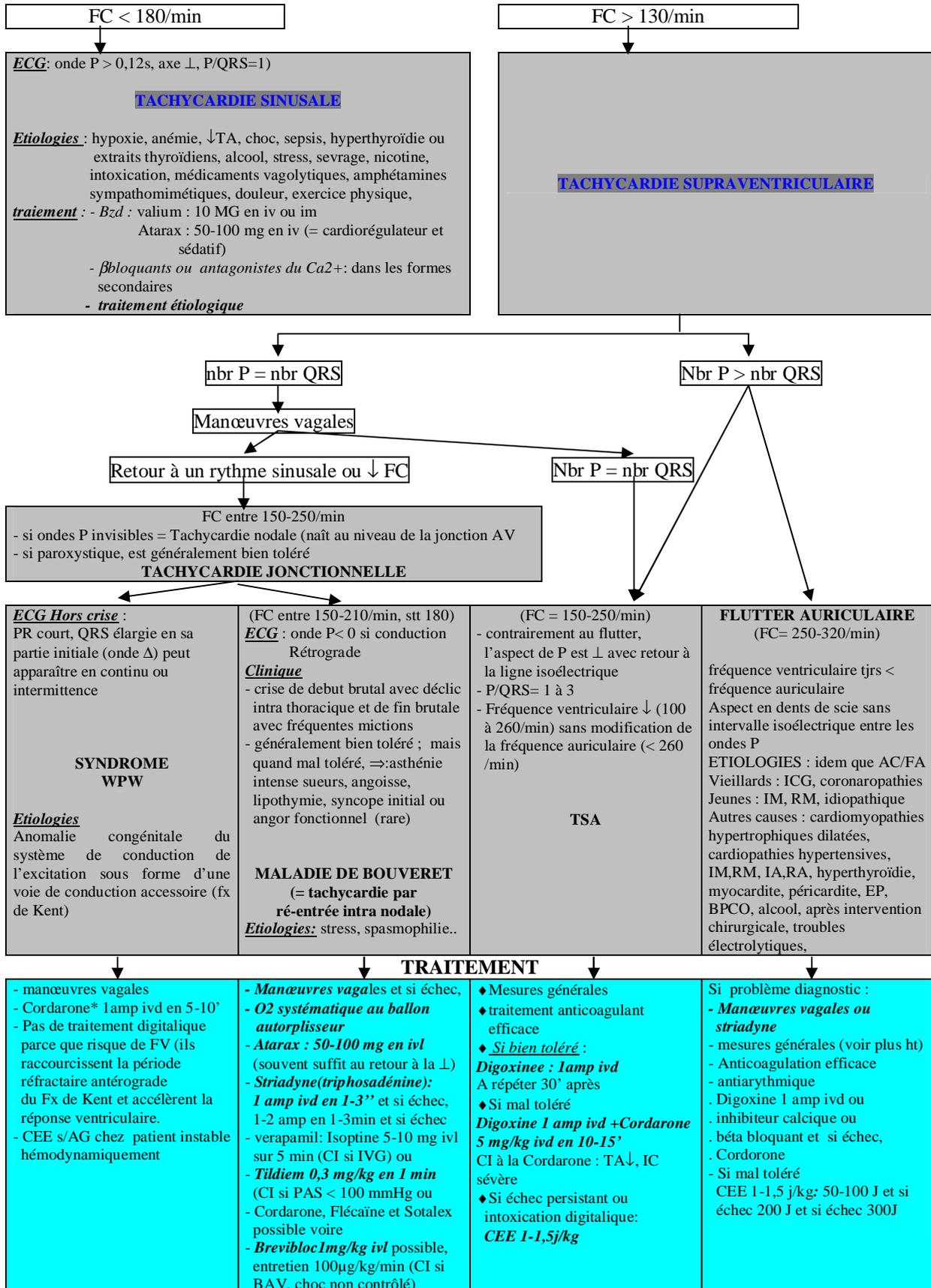
hypomagnésémie, dyscalcémie), dysthyroïdie (hyperthyroïdie), théophylline, hypoxie, fièvre, intoxic alcoolique aiguë, drogues (cocaïne, crack), poussée IC

Bilan clinique et échocardiographique (fonction cardiaque et recherche d'une cardiopathie, cure de valvulopathie, éviter les excitants (thé, tabac, alcool et café)

# TACHYCARDIE

= FC > 100/min

QRS FINS (< 0,11s) REGULIERS



# TACHYCARDIE (FC > 100/min)

