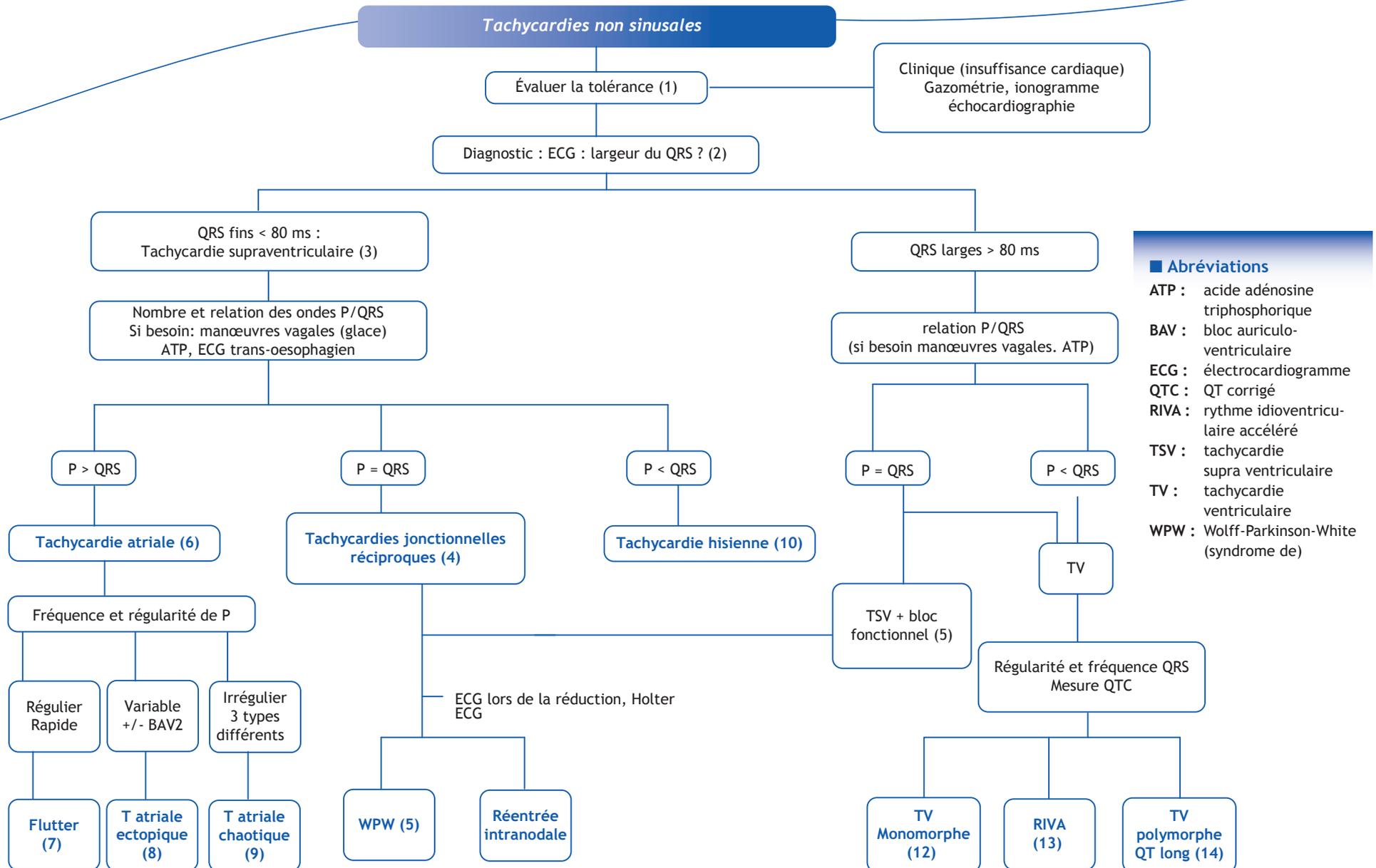


Y. Dulac

Cardiologie pédiatrique, Hôpital des Enfants, 330 avenue de Grande-Bretagne,
31026 Toulouse, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

Les tachycardies non sinusales du nouveau-né et du nourrisson sont caractérisées par la fréquence des tachycardies supra-ventriculaires (TSV) et notamment des tachycardies jonctionnelles. Elles sont fréquemment dépistées dans les premières semaines de vie, souvent en anténatal. Des symptômes d'insuffisance cardiaque voire de collapsus cardiovasculaire sont fréquents (60 % des cas pour les TSV) lors du diagnostic. L'association à des cardiopathies congénitales associées est plus rare (10-15 % des TSV) : maladie d'Ebstein, double discordance, myocardiopathie hypertrophique, défauts septaux.

(1) La tolérance du trouble du rythme sera évaluée cliniquement par la recherche de signes d'insuffisance cardiaque, biologiquement par gazométrie, ionogramme sanguin, BNP et si possible par l'échographie cardiaque qui évaluera le retentissement de la tachycardie sur la fonction myocardique tout en dépistant une éventuelle cardiopathie congénitale associée.

Des traitements symptomatiques avec des mesures de réanimation : ventilation assistée, diurétiques, amines pressives peuvent être nécessaires avant une prise en charge thérapeutique rythmologique spécifique. Un choc électrique externe est rarement nécessaire en urgence.

(2) Chez un patient stabilisé, un diagnostic rythmique le plus précis possible, nécessitera d'analyser la largeur du QRS, la liaison entre les auriculogrammes et les QRS en s'aidant quand on ne peut conclure de manœuvres vagales (application de larges sacs de glace sur le visage), de l'injection de Stryadine (0,5 à 1 mg/kg en IV flash) ou par ECG trans-œsophagien.

(3) Quand les QRS sont fins, la tachycardie est supraventriculaire.

(4) Quand il y a autant d'ondes P' que de QRS, y compris après manœuvres vagales, Stryadine et éventuellement exploration œsophagienne, il s'agit d'une tachycardie jonctionnelle par rythme réciproque qui représente plus de 70 % des TSV du petit nourrisson. Quand elles sont visualisées, les ondes P' sont rétrogrades avec un axe ascendant (négatives en D2 D3 VF). Les QRS peuvent être élargis par un bloc habituellement fonctionnel.

(5) L'enregistrement de l'ECG lors de la réduction de la tachycardie ou l'Holter ECG permettent près d'une fois sur deux, de diagnostiquer un syndrome de Wolff Parkinson White avec la mise en évidence d'une pré-excitation ventriculaire avec un PR court.

En l'absence de réduction stable après manœuvres vagales ou Stryadine, le traitement par voie orale par amiodarone à la dose de charge de 500 mg/m² de surface corporelle, éventuellement associée à de la digoxine permet habituellement la réduction souvent après avoir renouveler les manœuvres vagales ou la Stryadine. Après 10 jours de dose de charge, le traitement d'entretien est poursuivi sous forme d'amiodarone à 250 mg/m² de surface corporelle qui peut être associée à de l'Avlocardyl dans les formes plus résistantes. Le pronostic est bon sans récurrence dans 80 % des cas après l'arrêt du traitement à 1 an.

(6) Quand il y a spontanément ou après manœuvres vagales plus d'ondes P' que de QRS, la tachycardie est atriale.

(7) Une activité auriculaire très rapide avec des ondes P' régulières en « dent de scie », en moyenne autour de 400 bat/min, habituellement associée à un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) du 2^e degré est évocateur d'un flutter auriculaire. La réduction est assurée par un traitement par amiodarone éventuellement associée à de la digoxine.

En cas de mauvaise tolérance, une réduction rapide peut être obtenue par stimulation œsophagienne ou choc électrique externe. Après réduction, un traitement d'entretien par amiodarone ou digoxine de 3 mois peut être poursuivi. Il n'y a habituellement pas de récurrence.

(8) La tachycardie atriale ectopique (ou tachysystolie) a des ondes P' habituellement moins rapides que le flutter, environ 250 bat/min associées ou non à un BAV du 2^e degré. La morphologie et l'axe des ondes P' indiquent leur origine non sinusale. Le traitement fait appel à l'amiodarone, éventuellement associée à de la digoxine, des bêtabloquants ou des anti-arythmiques du groupe 1C. À long terme le pronostic est bon avec une très fréquente disparition du foyer ectopique auriculaire.

(9) Quand le rythme auriculaire est irrégulier avec des ondes P' d'au moins 3 types différents souvent associées à des troubles conductifs, il s'agit d'une tachycardie atriale chaotique qui est habituellement sensible à l'amiodarone ou au anti-arythmique de classe IC. Le pronostic est bon après un traitement d'un an.

(10) Une tachycardie régulière avec QRS fins et moins d'auriculogramme que de QRS (éventuellement après Striadyne) est une tachycardie hisienne (ou tachycardie jonctionnelle ectopique).

Plus exceptionnelle, son pronostic est plus sévère que les autres tachycardies supraventriculaires et nécessite un traitement prolongé. Le traitement initial fait appel à l'amiodarone qui ralentit habituellement la fréquence ventriculaire et fait régresser les symptômes d'insuffisance cardiaque.

(11) Quand les QRS sont larges, l'origine de la tachycardie peut être ventriculaire si l'on a éliminé une tachycardie supraventriculaire avec un trouble conductif, statistiquement plus fréquente, par les manœuvres vagales ou la Striadyne.

(12) Une tachycardie ventriculaire régulière avec dissociation auriculo-ventriculaire, complexes de fusion ou captures évaluant souvent par salves incessantes à une fréquence supérieure de 25 % au rythme sinusal est une tachycardie ventriculaire monomorphe. Elle peut être idiopathique mais le bilan doit éliminer une dyskaliémie, une anomalie de la bêta oxydation des acides gras, une myocardiopathie, une tumeur cardiaque, une intoxication maternelle. Les formes rapides soutenues seront traitées par amiodarone ou bêtabloquants. Les formes mal tolérées seront réduites par sulfate de magnésium voire choc électrique. Le pronostic des formes idiopathiques est excellent.

(13) Les tachycardies ventriculaires lentes ou rythmes idioventriculaires accélérées (RIVA) de fréquence ventriculaire à peine plus rapide que le rythme sinusal avec lequel elles alternent sont d'excellent pronostic et ne nécessitent pas de traitement.

(14) Les tachycardies ventriculaires polymorphes sont principalement des torsades de pointe compliquant un syndrome du QT long associé à une bradycardie sinusale ou un BAV partiel. La prise en charge nécessite l'implantation d'un stimulateur cardiaque associée à des bêtabloquants.

■ Références

Kothari DS, Skinner JR. Neonatal tachycardias: an update. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2006;91:136-44.

Kachaner J, Villain E. Les troubles du rythme cardiaque chez l'enfant. Médecine-Sciences Flammarion. 2006 p. 29-46.

Walsh EP, Saul JP, Triedman JK. Cardiac arrhythmias in children and young adults with congenital heart disease. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia USA 2001. p 95-113.

* Correspondance.

Adresse e-mail : dulac.y@chu-toulouse.fr (Y. Dulac).