

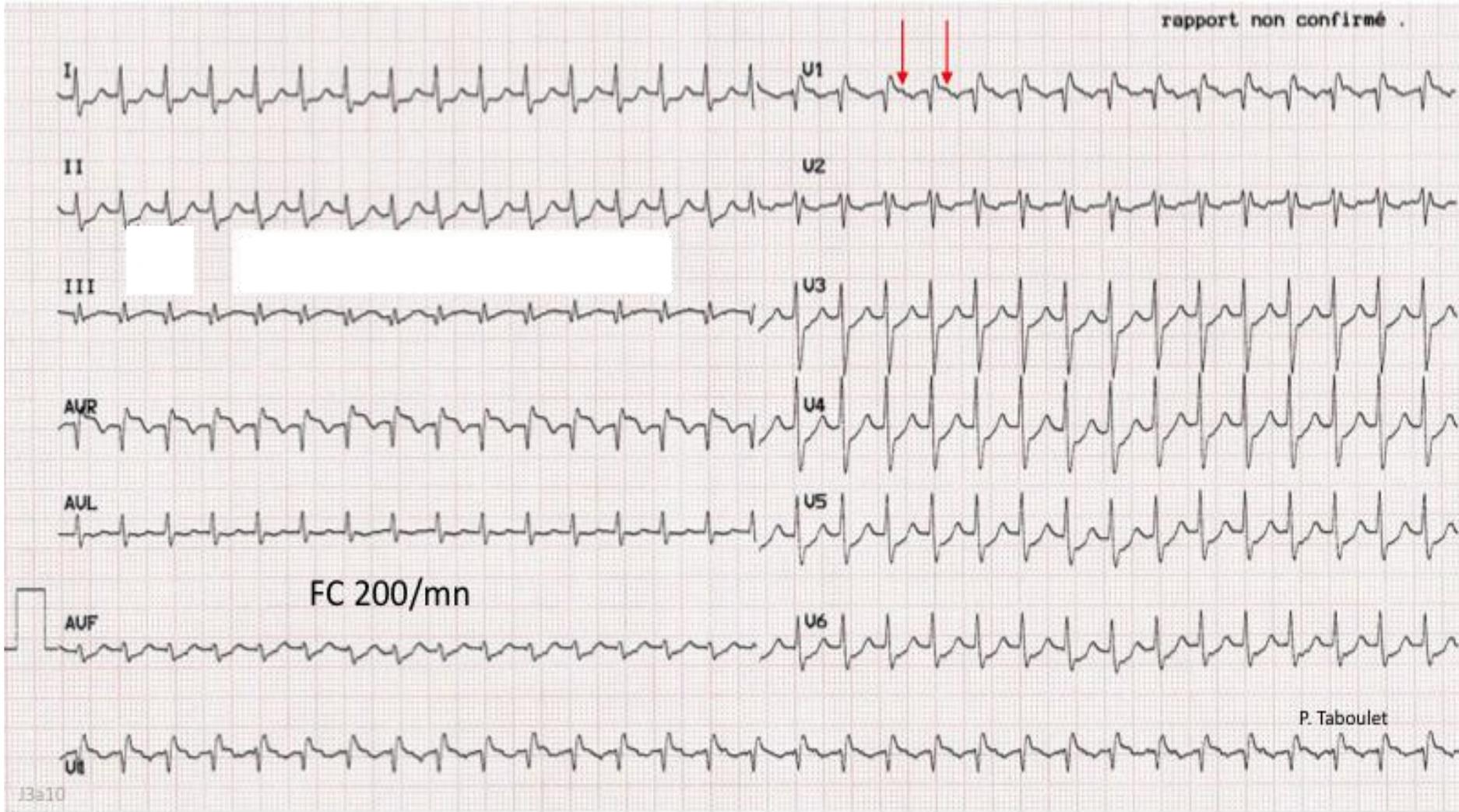
# Palpitations!!

Dr O le Vasseur – Cardiologue – Hôpital Croix Rouse/CH Villefranche sur Saône

Dr B Harbaoui – Cardiologue – Hôpital Croix Rouse

- Jeune femme, 28 ans
- Cs SU pour palpitations de plus en plus fréquentes, début et fin brusque
- 5<sup>ème</sup> mois d'une 2<sup>ème</sup> grossesse

- A la prise en charge
- Constantes IDE, FC 200/min, TA 110/70, saturation en air 97%. Pas de plainte fonctionnelle associée aux palpitations



# Quelle est votre hypothèse diagnostique

---

1 - AC/FA

2 - Tachycardie ventriculaire

3 - Flutter à conduction 2/1

4 - Tachycardie jonctionnelle

# Quelles sont vos options thérapeutiques?

---

1 - Rien car enceinte

2 - Adénosine (Striadyne/Krenosin)

3 - Diltiazem (Tildiem)

4 - Amiodarone (Cordarone)

5 - Manoeuvres vagales

- Tachycardie régulière à QRS fins
  - Elimine une AC/FA
  - Elimine une tachycardie ventriculaire
  - Flutter à conduction 2/1?
  - Tachycardie jonctionnelle (se révélant souvent à l'occasion de la grossesse/ESA fréquentes)
    - Dualité nodale (maladie de Bouveret)
    - Faisant intervenir une voie accessoire à conduction rétrograde

# Dualité nodale

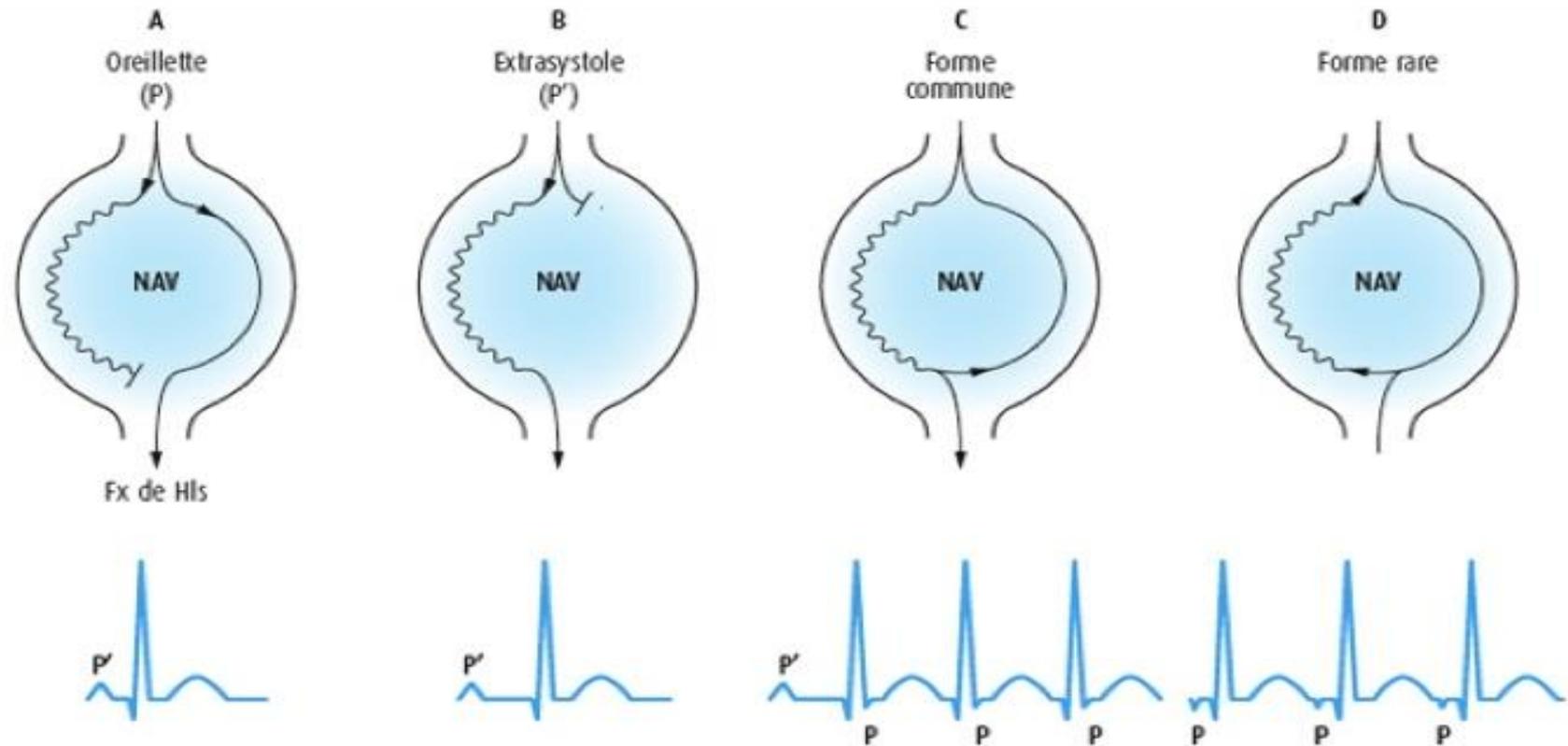
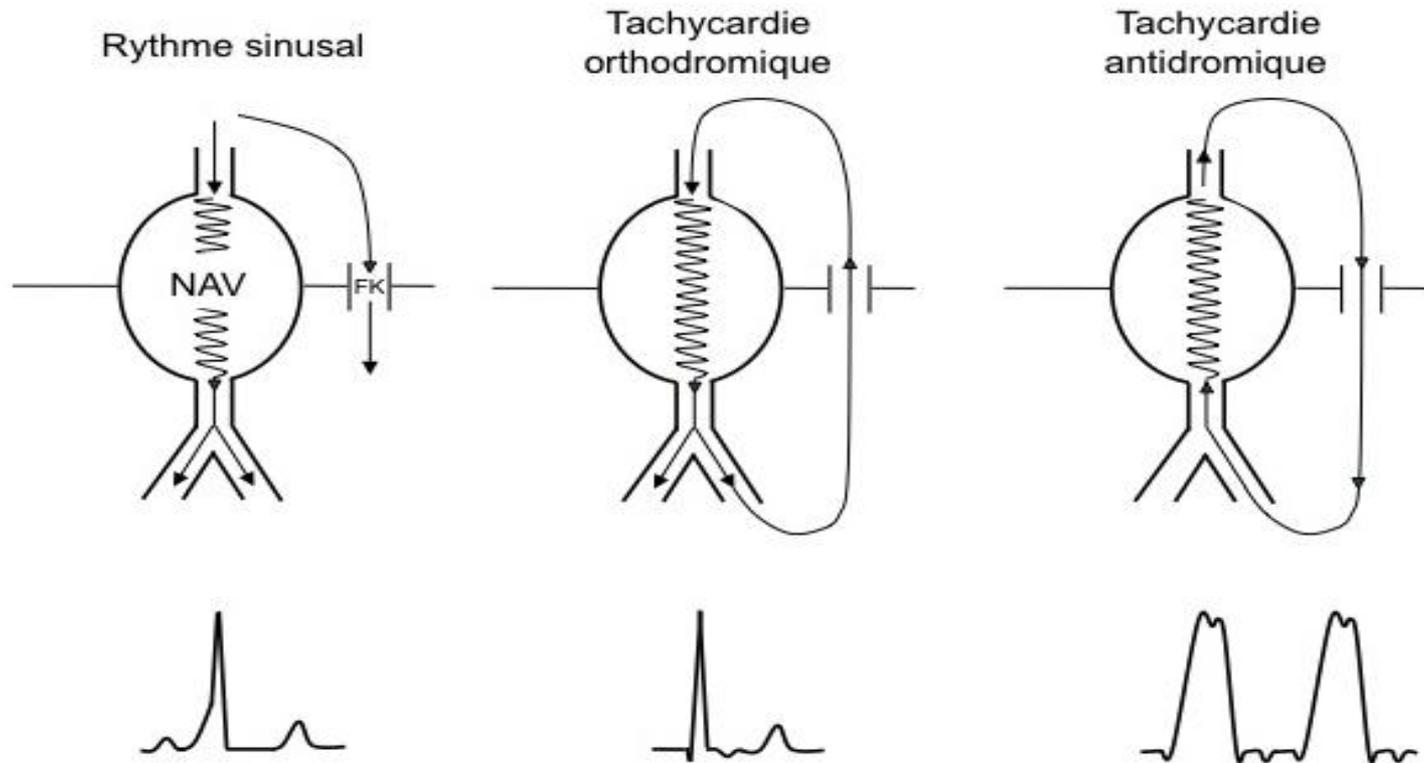


Figure 68. Dualité nodale. A : conduction normale. B : conduction lors d'une ESA. C et D : tachycardie nodale.

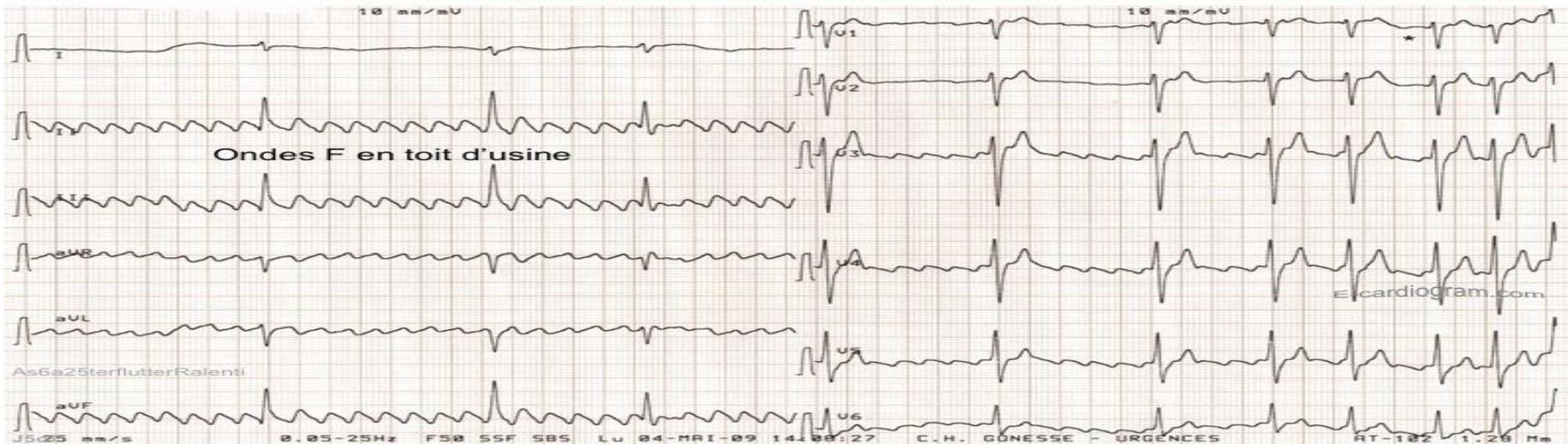
# Syndrome de WPW

## Mécanismes des tachycardies réciproques



- Manœuvres vagales (si échec adénosine)
  - Si flutter, ralentissent la conduction AV et démasque l'activité atriale

## Flutter auriculaire (conduction 8/1 après adénosine)

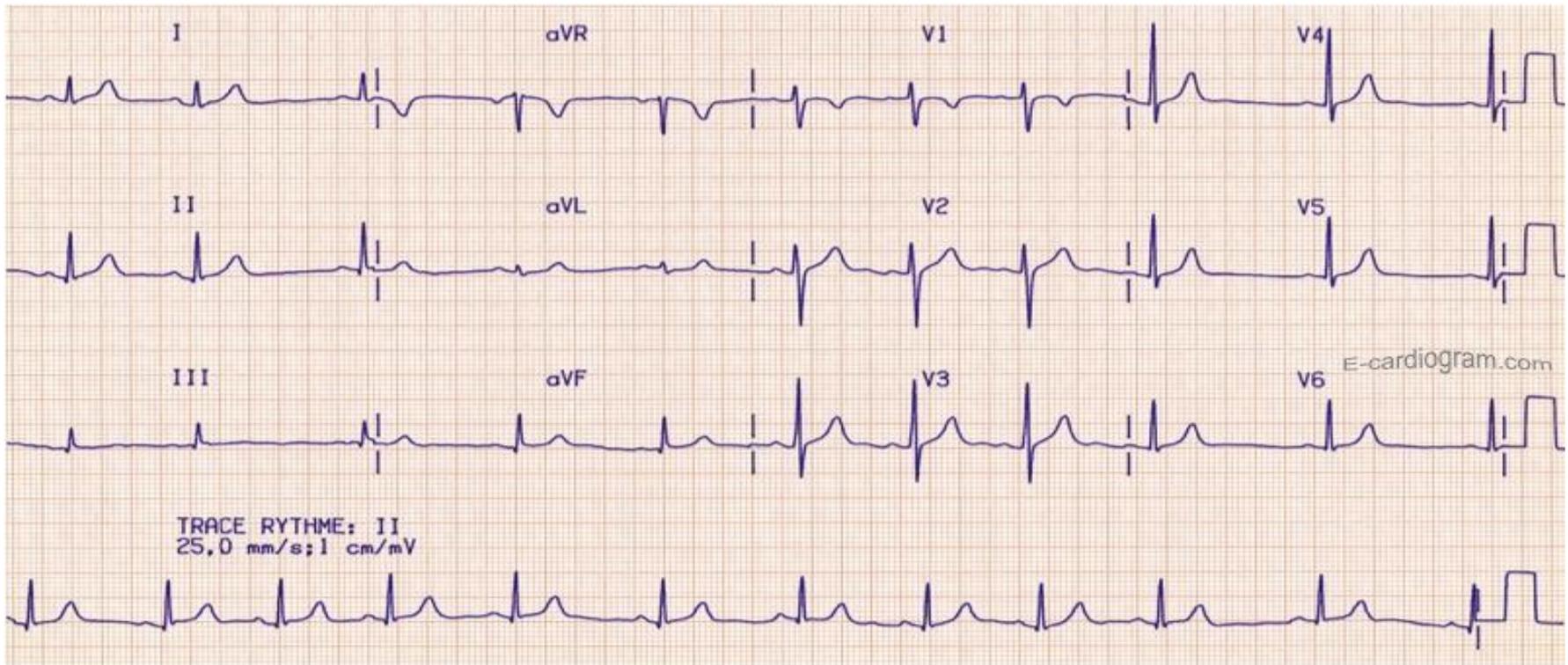


- Si tachycardie jonctionnelle, arrêtent la tachycardie

- Ici, arrêt de la tachycardie

## ECG normal

(femme 28 ans)



# Quelles suites?

1 - Retour à domicile

2 - Hospitalisation

3 - Consultation cardiologique en urgence (jour même)

4 - Consultation cardiologique à distance

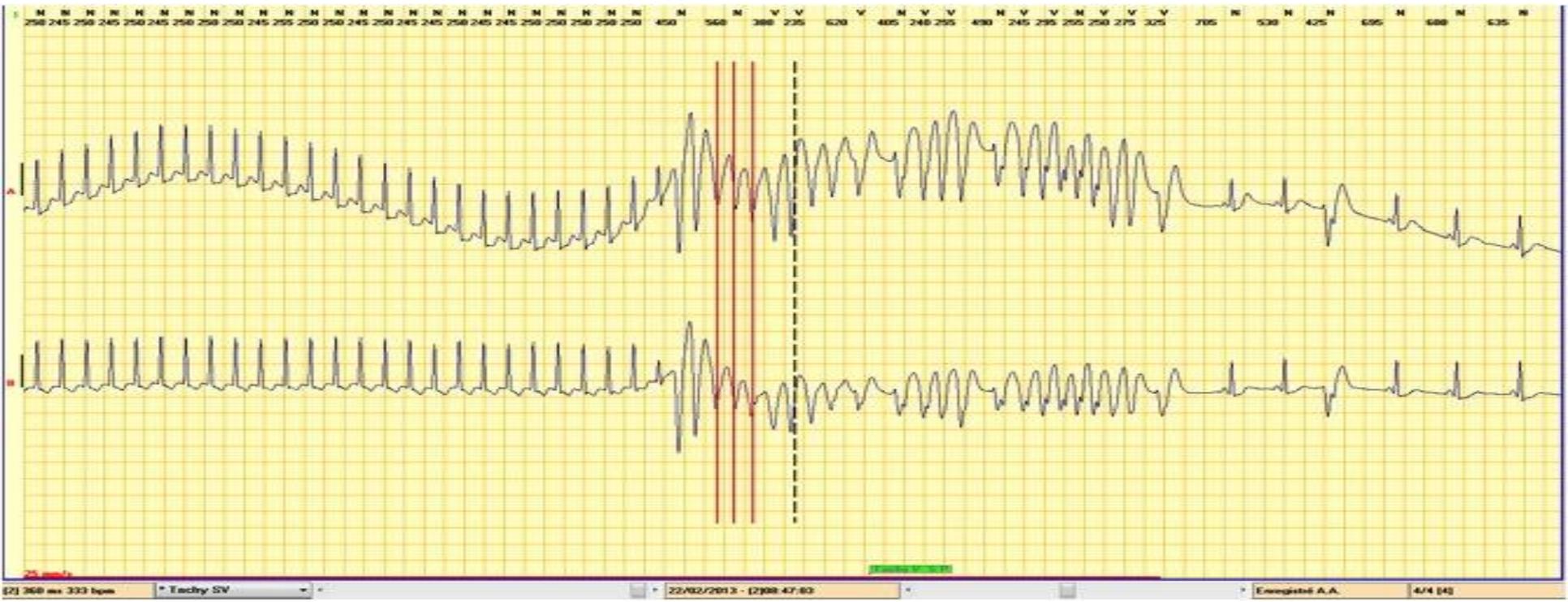
5 – Anti-arythmique car récurrences fréquentes lors de la grossesse

6 - Pas de traitement médical

- Donc à l'issue de la prise en charge aux urgences
  - RAD
  - Pas de traitement médicamenteux (efficacité très faible, bonne tolérance clinique)
  - Consultation cardiologique au décours de l'accouchement pour discussion EEP

# Mais

- Alors que l'IDE s'apprête à découvrir la jeune femme, récidive puis perte de contact (qu'elle avoue comme de plus en plus fréquent a posteriori...)



# C'est toujours une TSV?

---

1 - Oui

2 - Non

# Quelle orientation?

---

1 - RAD

2 - Cardiologie conventionnelle

3 -USIC

- Tracé
  - Tachycardie faisant intervenir une voie accessoire à conduction rétrograde initialement (RP' long)
  - Puis, à la faveur d'un passage en AC/FA, conduction par la même voie accessoire en antérograde
  - Intervalles RR courts

RISQUE DE MORT SUBITE

UNE TACHYCARDIE DE BOUVERET (DUALITE NODALE)  
EST TOUJOURS BIEN TOLEREE CHEZ LE SUJET JEUNE  
SANS CARDIOPATHIE SOUS JACENTE

- HOSPITALISATION USIC
- Introduction traitement anti-arythmique
  - Aucun CI sauf la CORDARONE (préférence FLECAINE/dosage flécaïnémie)

ABLATION FORMELLE DE LA VOIE ACCESSOIRE EN  
POST PARTUM