

ATTITUDE A ADOPTER DEVANT LA DÉCOUVERTE FORTUITE D'UNE ARYTHMIE CARDIAQUE

P. MELON (1), V. DENIS (2)

RÉSUMÉ : Dans cet article, nous élaborons une approche rationnelle de la prise en charge initiale des arythmies par le médecin généraliste. Nous revoyons brièvement les aspects électrocardiographiques des arythmies.

MOTS-CLÉS : *Arythmies - Antiarythmiques - Palpitations - Bêta-bloqueurs*

**RECOMMENDED APPROACH TOWARDS A FORTUITOUSLY DIAGNOSED
CARDIAC ARRHYTHMIA**

SUMMARY : In the present article, we elaborate a rational approach for the initial management of arrhythmias by the general practitioner. We briefly review the electrocardiographic aspects of arrhythmias.

KEYWORDS : *Arrhythmias - Antiarrhythmic drugs - Palpitations - Beta-blockers*

INTRODUCTION

La découverte d'une arythmie revient souvent au médecin généraliste. Dans cet article, nous élaborons une approche rationnelle de la prise en charge des arythmies par le médecin généraliste sur la base d'un signe clinique simple – la palpation du pouls et/ou l'auscultation des bruits cardiaques – et, si possible, après l'identification sur un tracé électrocardiographique réalisé au chevet du malade (1).

Les circonstances de la découverte d'une arythmie sont variables. Il peut n'y avoir aucun symptôme; le trouble rythmique est alors découvert fortuitement au cours d'un examen clinique, parfois de routine. Dans la majorité des cas, le patient consulte pour un symptôme lié au déclenchement de l'arythmie. Il s'agit de palpitations, de lipothymies, d'une syncope, d'angor, de dyspnée, d'un œdème pulmonaire ou périphérique, d'une fatigue anormale, de troubles cognitifs chez la personne âgée. La prise en charge est conditionnée par la nature du trouble du rythme, ses répercussions hémodynamiques, la pathologie cardiaque sous-jacente éventuelle et le traitement pharmacologique déjà prescrit.

LA FIBRILLATION AURICULAIRE

La fibrillation auriculaire est facilement identifiée par la palpation d'un pouls en permanence irrégulier. Le plus souvent, la fréquence cardiaque est élevée (tachyarythmie) (Fig. 1.a). Néanmoins, le pouls peut être lent dans le cas d'une atteinte de la conduction auriculo-ventriculaire ou de la prise de médicaments qui la ralentissent (Fig. 1.b).

L'électrocardiogramme se caractérise par une absence d'onde P (trémulation de la ligne de base) devant les QRS qui se succèdent de manière irrégulière.

Lorsque l'arythmie est bien tolérée sur le plan hémodynamique, le médecin généraliste peut initier le traitement au domicile dans l'attente d'une consultation chez le cardiologue. Si l'arythmie a démarré peu de temps avant la consultation, il y a 50% de chance qu'elle cède spontanément dans les 24 prochaines heures.

L'objectif du traitement initial est double (Tableau I) :

1. PRÉVENTION DES ACCIDENTS THROMBO-EMBOLIQUES

Une protection rapide et efficace est obtenue par l'utilisation des héparines à faible poids moléculaire en injection sous-cutanée, à dose anticoagulante. Parallèlement, une anticoagulation par anti-vitamine K (Sintrom®) peut être initiée dans les heures qui suivent avec le maintien de l'héparine à bas poids moléculaire durant 2 à 3 jours après l'obtention d'un INR adéquat (entre 2 et 3) (2). L'anticoagulation est maintenue tant que l'arythmie persiste et jusqu'au minimum 4 semaines après son interruption spontanée ou par cardioversion.

2. CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE

Le traitement a pour but de ramener la fréquence de repos aux environs de 80 battements par min. La prescription d'un bêta-bloquant constitue le premier choix. En cas de contre-indication, on utilisera le diltiazem ou le vérapamil. La digoxine représente rarement une première intention de traitement. Elle est le plus souvent administrée en association avec un bêta-bloquant ou un antagoniste calcique.

L'attitude préconisée ci-dessus doit être appliquée en cas d'un épisode inaugural et de chaque récurrence. Bien souvent, dans cette dernière circonstance, l'anticoagulation est maintenue au long cours de même que le traitement permettant de contrôler la fréquence cardiaque (3). Dès lors, si le patient est asymptomatique ou si l'arythmie s'arrête spontanément, il n'est pas

(1) Chef de clinique, Service de Cardiologie, CHU Sart Tilman, Liège.

(2) Médecin généraliste, Tilleur.

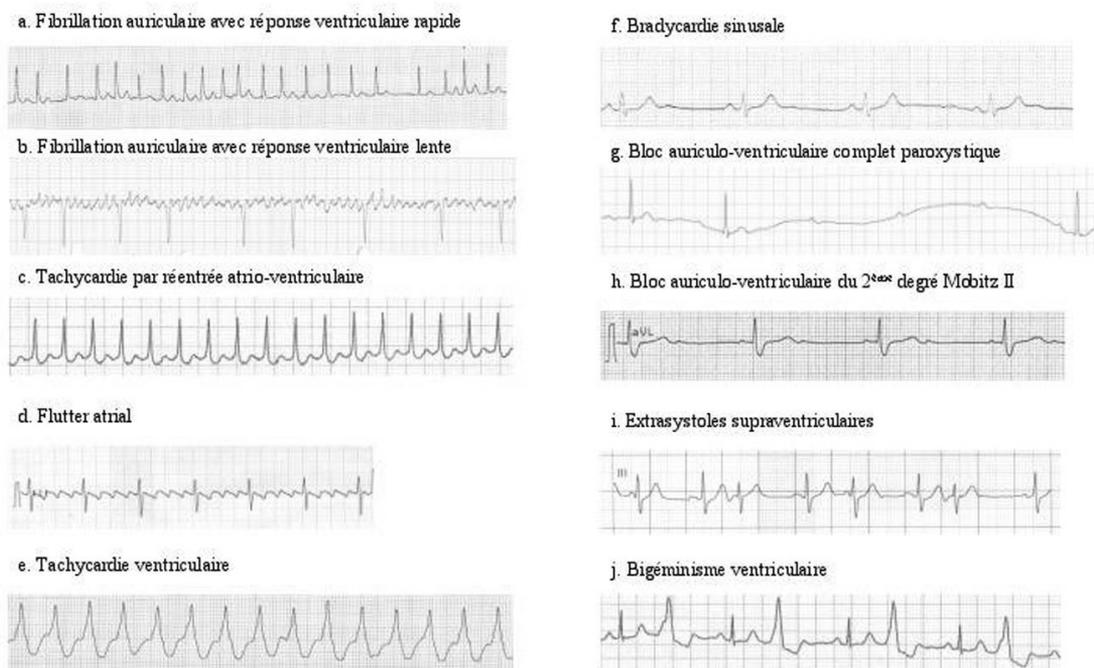


Figure 1 : Aspects électrocardiographiques des arythmies

indispensable de revoir prématurément le cardiologue.

La resinusalisation n'est pas prioritaire dans le traitement de la fibrillation auriculaire. Elle n'est envisagée d'emblée par choc électrique externe que lorsque l'arythmie entraîne une instabilité hémodynamique sévère. Dans le cas contraire, la resinusalisation pharmacologique ou électrique n'est autorisée qu'après une anticoagulation efficace (INR entre 2 et 3) de 4 semaines. Actuellement, cette période peut être raccourcie par l'administration préalable (durant 24h) d'une héparine à bas poids moléculaire avec l'exclusion de la présence de caillots dans l'auricule gauche en pratiquant une échocardiographie transoesophagienne. Dans tous les cas, l'anticoagulation par anti-vitamine K (Sintrom®) est poursuivie durant les 4 semaines qui suivent la cardioversion. La restauration et le maintien du rythme sinusal justifie le plus souvent l'administration d'un antiarythmique prescrit par le cardiologue. La flécaïnide (Tambocor®, Apocard®), la propafénone (Rytmonorm®) et la cibenzoline (Cipralan®) peuvent être prescrites en l'absence d'une cardiopathie. Le sotalol (Sotalex®) est contre-indiqué chez l'insuffisant cardiaque pour lequel l'amiodarone (Cordarone®) reste le traitement de choix.

LES TACHYCARDIES RÉGULIÈRES PAROXYSTIQUES

Les tachycardies régulières paroxystiques sont de deux types : supraventriculaire ou ventriculaire. Leur différenciation nécessite la réalisation d'un électrocardiogramme. Ce dernier n'étant pas toujours disponible, la prise en charge initiale vise à soulager rapidement le patient, le plus souvent anxieux, parfois lipothymique, voire dans certains cas en état d'instabilité hémodynamique; elle se base sur le contexte clinique et les antécédents connus.

TACHYCARDIES SUPRAVENTRICULAIRES

Chez le sujet jeune sans cardiopathie connue, une crise inaugurale de tachycardie rapide avec un pouls rapide et difficilement prenable, généralement bien tolérée sur le plan hémodynamique, s'accompagnant de mouvements cadencés de la cage thoracique et de la perception de battements à la base du cou, correspond le plus probablement à une tachycardie par réentrée atrio-ventriculaire (dite encore «jonctionnelle»). L'administration d'un anxiolytique permet d'atténuer les symptômes et favorise généralement le retour en rythme sinusal lors de l'application des manœuvres vagales (massage sino-carotidien, compression des globes ocu-

TABEAU I : INITIATION DU TRAITEMENT DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE

TRAITEMENT ANTI-THROMBOTIQUE			CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE		
1. Héparines à faible poids moléculaire			1. Bêta-bloquants		
Nadroparine	FRAXODI®	0,1 ml/10 kg 1xJ	Bisoprolol	EMCONCOR® ISOTEN®	5 à 10 mg 1xJ
Enoxaparine	CLEXANE®	0,1 ml/10 kg 2xJ	Aténolol	TENORMIN®	25 à 100 mg 1xJ
Nadroparine	FRAXIPARINE®	0,1 ml/10 kg 2xJ	Métoprolol	SELOKEN® SELOZOK®	50 à 100 mg 2x/J 100 à 200 mg 1x/J
2. Anti-vitamine K			2. Antagonistes calciques		
Acénocoumarol	SINTROM®	2 à 3 mg durant 3 J puis adaptation de la dose selon INR	Vérapamil	ISOPTINE® LODIXAL®	40 à 120 mg 3x/J 120 à 240 mg 1x/J
			3. Glycosides cardiotoniques		
			Digoxine	LANOXIN®	0,25 à 0,375 mg 1x/J

lares, Valsalva, efforts de vomissement). La persistance de l'arythmie justifie la réalisation d'un électrocardiogramme pour confirmer le diagnostic avant de recourir au traitement pharmacologique intraveineux. Une succession régulière et rapide de complexes QRS fins à une fréquence de 140 à 250/min sans mise en évidence d'ondes P, le plus souvent cachées dans les complexes QRS, confirme le diagnostic de tachycardie par réentrée atrio-ventriculaire (Fig 1.c). Dans ce cas, l'injection intraveineuse lente de 5 à 10 mg de vérapamil (Isoptine®), de 5 mg de métoprolol (Seloken®) ou de 0,25 à 0,5 mg de digoxine (Lanoxin®) peut être réalisée sous monitoring continu de l'électrocardiogramme. L'administration de vérapamil est contre-indiquée chez les patients déjà traités par bêta-bloquant, et inversement. La répétition des manœuvres vagales favorise le rétablissement du rythme sinusal.

S'il s'agit d'un épisode inaugural, un traitement préventif ne doit pas être instauré. Il faut rassurer le patient sur la caractère bénin de l'arythmie et lui enseigner les manœuvres vagales qu'il pourra répéter ultérieurement. Une visite programmée sans urgence chez le cardiologue a le même but. Elle permet également de confirmer le mécanisme de l'arythmie s'il y a eu enregistrement d'un électrocardiogramme au moment de la crise. Dans le cas contraire, l'électrocardiogramme réalisé à la consultation sert à exclure la présence, par ailleurs rare, d'un syn-

drome de Wolf Parkinson White, également responsable de tachycardies par réentrée atrio-ventriculaire qui justifie une mise au point complémentaire (4). Si le patient présente de fréquents épisodes de tachycardie, le médecin généraliste peut prescrire un bêta-bloquant, du vérapamil ou (ré)adresser le patient en consultation de rythmologie pour discuter d'un traitement curatif par ablation au moyen de courant de radiofréquence (5).

En cas d'échec des manœuvres vagales pour arrêter la crise de tachycardie, l'électrocardiogramme peut révéler la présence d'un flutter atrial (aspect en dents de scie de l'activité atriale) (Fig.1.d) et très rarement d'une tachycardie atriale. Le traitement du flutter atrial se confond avec celui de la fibrillation auriculaire. La difficulté du contrôle de la fréquence cardiaque sous traitement pharmacologique, avec la persistance de symptômes, justifie parfois le recours précoce à une cardioversion ou à une stimulation endocavitaire rapide («overdrive») pour arrêter l'arythmie. L'ablation en première intention du circuit de flutter par radiofréquence constitue une option thérapeutique raisonnable chez certains patients (5).

TACHYCARDIES VENTRICULAIRES

Une tachycardie à la phase aiguë d'un infarctus, chez un sujet coronarien, avec des antécédents d'infarctus du myocarde ou porteur d'une cardiomyopathie d'origine ischémique ou non-

ischémique avec dysfonction ventriculaire doit inciter à la plus grande prudence. Il s'agit, le plus probablement, d'une tachycardie ventriculaire. Cette suspicion est renforcée si le patient présente des signes de bas débit cardiaque, parfois accompagnés d'une syncope.

Le diagnostic de tachycardie ventriculaire est confirmé par le tracé électrocardiographique qui montre une succession régulière de complexes QRS élargis à une fréquence $> 100/\text{min}$, sans ondes P identifiables (Fig 1.e). Une cardioversion doit être réalisée sans délai. Dans ce cas, l'appel du SMUR ou un transfert médicalisé rapide vers un Service d'Urgences sont indispensables. La mise au point ultérieure aboutit le plus souvent à l'implantation d'un défibrillateur cardiaque.

LA BRADYCARDIE

On parle de bradycardie lorsque la fréquence cardiaque est inférieure à 60 battements par min. Elle peut être physiologique, secondaire à la prise de médicaments ou liée à une dégénérescence des nœuds sinusal ou auriculo-ventriculaire.

Chez le sujet jeune en bonne santé, la bradycardie est physiologique en rapport avec une hypertonie vagale. Cette dernière peut être accentuée par le sport, des nausées et vomissements ou la survenue d'une syncope vagale. Elle disparaît dès la réalisation d'un effort.

La prise de médicaments, leur surdosage parfois accidentel, certaines associations sont responsables d'une bradycardie. Les médicaments incriminés sont les bêta-bloquants, le diltiazem, le vérapamil, la digoxine, le sotalol, l'amiodarone et leurs associations. C'est ici l'occasion de rappeler qu'il ne faut pas associer les bêta-bloquants avec le diltiazem ou l'isoptine. La simple adaptation thérapeutique permet le plus souvent de corriger le trouble du rythme. Si ce dernier persiste, il signe généralement la présence d'une dégénérescence du tissu de conduction et peut conduire à l'implantation d'un stimulateur cardiaque. Une bradycardie sévère ($\leq 30/\text{min}$) ou symptomatique (hypotension, fatigue, lipothymie, angor, syncope, confusion) justifie d'adresser sans délai le patient au cardiologue. Il peut s'agir d'une simple bradycardie sinusale (Fig 1.f) mais le plus souvent la raison en est un bloc auriculo-ventriculaire de haut degré (Fig 1.g-h).

LES EXTRASYSTOLES

L'extrasystole est généralement ressentie comme un battement prématuré qui peut se répé-

ter à intervalles réguliers dans le rythme cardiaque. Parfois, l'extrasystole procure une sensation d'arrêt cardiaque bref correspondant à la pause compensatoire qu'elle engendre. Dans une majorité de cas, l'extrasystole reste asymptomatique et n'est repérée qu'à la palpation du pouls ou lors de l'auscultation cardiaque. L'électrocardiogramme permet de distinguer les extrasystoles supraventriculaires et ventriculaires.

LES EXTRASYSTOLES SUPRAVENTRICULAIRES

Elles trouvent leur origine dans l'oreillette en dehors du nœud sinusal ou au niveau de la jonction atrio-ventriculaire («extrasystole jonctionnelle»). Dans le premier cas, l'électrocardiogramme révèle la présence d'une onde P dont la morphologie est différente de l'onde P provenant du nœud sinusal. Si elle est conduite dans le ventricule, elle s'accompagne d'un complexe QRS fin avec un intervalle PR allongé ou raccourci en fonction de son site d'origine (partie haute ou basse de l'oreillette) (Fig.1.i). Dans le cas d'une extrasystole «jonctionnelle», l'onde P est cachée à l'intérieur d'un complexe QRS fin et prématuré.

Les extrasystoles supraventriculaires sont fréquentes même en l'absence de cardiopathie. Leur fréquence peut être accrue en présence d'une pathologie mitrale (prolapsus, rétrécissement, voire insuffisance), d'un dysfonctionnement du ventricule gauche, quelle qu'en soit l'origine, ou d'une péricardite. La fréquence des extrasystoles supraventriculaires peut également être augmentée s'il existe une maladie pulmonaire chronique ou une insuffisance rénale. Le tabac, l'alcool, le café ou encore l'augmentation de l'activité sympathique favorisent l'émergence d'extrasystoles supraventriculaires.

Elles n'ont pas de caractère malin. Elles ne justifient une visite chez le cardiologue que dans le cas d'une suspicion de cardiopathie sous-jacente ou de la persistance de symptômes invalidants malgré l'instauration d'un traitement.

Les extrasystoles supraventriculaires asymptomatiques ne sont redevables d'aucun traitement. En cas de symptômes invalidants, les bêta-bloquants constituent le premier choix thérapeutique. La digoxine et les antagonistes calciques sont inefficaces. Les antiarythmiques de la classe 1C (flécaïnide, propafénone, cibenzoline), le sotalol et l'amiodarone sont parfois prescrits sur l'avis du cardiologue.

LES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES

Il s'agit de battements ventriculaires prématurés identifiés sur l'électrocardiogramme sous la

forme de complexes QRS élargis isolés. Parfois, ils sont présents de manière répétitive (bigéminisme, trigéminisme) (Fig.1.j). Les extrasystoles ventriculaires ne signent pas obligatoirement la présence d'une cardiopathie. Elles sont parfois associées à une maladie ischémique, une cardiopathie dilatée ou hypertrophique, une insuffisance cardiaque. Dans ces derniers cas, il n'y a pas d'évidence formelle que les extrasystoles constituent un facteur pronostique indépendant de risque de mortalité cardio-vasculaire. Leur disparition sous l'effet d'un traitement ne modifie pas non plus le pronostic. Un traitement pharmacologique n'est prescrit que pour améliorer les symptômes (le plus souvent des palpitations). En présence d'une insuffisance cardiaque, un bigéminisme ou un trigéminisme peut s'accompagner d'une altération du débit cardiaque justifiant également l'instauration d'un traitement. Il se limite à l'emploi des bêta-bloquants et de l'amiodarone, parfois en association. Dans ce cas, le traitement est initié par le cardiologue. Chez le patient sans antécédent cardio-vasculaire identifié, le médecin généraliste peut instaurer un traitement par bêta-bloquant avant d'adresser sans urgence le patient au cardiologue pour mise au point complémentaire.

CONCLUSIONS

Avec le vieillissement de la population, la fibrillation auriculaire est statistiquement l'arythmie à laquelle le praticien est le plus fréquemment confronté. Paradoxalement, sa première mesure thérapeutique ne doit pas consister en la prescription d'un antiarythmique, mais d'une héparine à faible poids moléculaire. Elle est primordiale pour assurer une protection rapide et efficace contre la survenue d'un accident thrombo-embolique cérébral dont les conséquences irréversibles sont le plus souvent dévastatrices. Les bêta-bloquants sont des alliés sûrs (pas d'effet proarythmogène) et efficaces dans la prise en charge initiale de l'ensemble des arythmies, à l'exclusion évidente des bradycardies. L'intervention rapide du cardiologue s'impose lorsque l'arythmie s'accompagne de symptômes alarmants tels l'angor, une syncope ou de signes de décompensation cardiaque qui signent la gravité de l'arythmie et/ou d'une cardiopathie sous-jacente. Une tachycardie ventriculaire, même non soutenue ou bien tolérée, est le plus souvent le révélateur d'une maladie car-

diaque sous-jacente sévère. Elle justifie d'adresser sans délai le patient au cardiologue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mélon P.— Aspects électrocardiographiques des arythmies, in Kulbertus H Ed. *Sémiologie des maladies cardio-vasculaires*. Masson, Paris. 1998, **99**, 105.
2. Mélon P.— Traitement antithrombotique de la fibrillation auriculaire. *Rev Med Liege*, 2000, **55**, 297-301.
3. Lousberg P, Mélon P, Waleffe A, Piérard LA.— Fibrillation auriculaire paroxystique. *Rev Med Liege*, 2004, **59**, 301-306.
4. Mélon P, Lancellotti P, Kulbertus H.— Comment j'étudie...le risque de mort subite dans le syndrome de Wolf Parkinson White. *Rev Med Liege*, 1998, **53**, 218-219.
5. Mélon P.— Comment je traite ...les tachyarythmies par ablation percutanée au moyen des courants de radiofréquence. *Rev Med Liege*, 1999, **54**, 6-11.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. Pierre MELON, Cardiologue, CHU Sart-Tilman, 4000 Liège, Belgique.
pmelon@chu.ulg.ac.be