



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

# Troubles du rythme cardiaque au cours de la grossesse et de l'accouchement



*Cardiac arrhythmia during pregnancy and delivery*

Antoine G. Aya<sup>a,\*</sup>, Jean-Emmanuel de La Coussaye<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Nouvelle clinique Bonnefon, 45, avenue Carnot, 30100 Alès, France

<sup>b</sup> CHU groupe hospitalo-universitaire Caremeau, 30029 Nîmes, France

Disponible sur Internet le 14 octobre 2017

## MOTS CLÉS

Tachycardie ;  
Troubles du rythme  
cardiaque ;  
Antiarythmiques ;  
Grossesse

**Résumé** La grossesse favorise l'apparition ou l'aggravation de troubles du rythme cardiaque. Plusieurs facteurs y concourent, dont l'augmentation du volume sanguin circulant, du débit cardiaque, de la fréquence cardiaque, l'hypertrophie ventriculaire inhomogène en réponse à l'augmentation du travail cardiaque et les modifications électrophysiologiques qui en résultent, notamment un allongement de la repolarisation et une augmentation de sa dispersion spatiale. Par ordre de fréquence décroissante les troubles de fréquence et du rythme sont représentés par les tachycardies sinusales, les bradycardies sinusales, les arythmies sinusales, les extrasystoles auriculaires et ventriculaires, les tachycardies supra-ventriculaires paroxystiques, l'arrêt cardiaque, les BAV, la fibrillation ou le flutter auriculaire, et la tachycardie ou la fibrillation ventriculaire. La stratégie diagnostique repose d'une part sur une enquête clinique précise portant tant sur la symptomatologie que sur les circonstances de survenue et les facteurs favorisants éventuels, d'autre part sur l'évaluation électrophysiologique basée sur l'électrocardiographie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guy.aya.pro@hotmail.com](mailto:guy.aya.pro@hotmail.com) (A.G. Aya).

selon ses différentes modalités, et l'échocardiographie. Chez la femme enceinte sans cardiopathie sous-jacente, les troubles du rythme cardiaque sont, en règle générale, bénins. Aussi, rassurer la femme et lui donner des conseils hygiéno-diététiques constituent souvent la prise en charge optimale. Lorsque la symptomatologie est gênante des médicaments peuvent être prescrits. Les bêta-bloquants ont une large place dans ce cas, mais d'autres agents peuvent y être associés. Une approche pluridisciplinaire est essentielle pour assurer le bon déroulement de la grossesse, et le meilleur pronostic possible pour la mère et l'enfant.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Tachycardia;  
Cardiac arrhythmias;  
Antiarrhythmic  
agents;  
Pregnancy

**Summary** Pregnancy may predispose the mother to new-onset arrhythmias or exacerbation of previously known ones. This can be explained by cardiovascular changes occurring during pregnancy, including plasma volume expansion, increase in cardiac output and heart rate, heterogeneous ventricular hypertrophy in response to the increase in cardiac workload, and the resulting electrophysiological consequences, especially prolonged repolarisation and increase in spatial dispersion. Cardiac arrhythmias during pregnancy are of various origins. With decreasing frequency, one can cite sinus tachycardia, sinus bradycardia, sinus arrhythmia, premature atrial or ventricular contractions, paroxysmal supraventricular tachycardia, cardiac arrest, atrioventricular block, atrial fibrillation or flutter, ventricular tachycardia or fibrillation. The diagnosis is based on a detailed history including symptoms, activities at the time of onset, possibly predisposing factors on one hand, and electrophysiological evaluation by all useful modes of electrocardiography, and echocardiography on the other hand. Arrhythmias in the absence of structural heart disease are usually benign. Therefore, reassurance and avoidance of stimulants is sufficient in most of the time. Drug therapy may be required in case of symptomatic troublesome arrhythmias. Betablockers are the first-line agents, but other medications can also be given. A multidisciplinary approach is essential to ensure the best maternal and foetal prognosis, by a comprehensive antepartum, intrapartum, and ongoing postpartum care for the pregnant woman.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les femmes enceintes se plaignent souvent de palpitations qui peuvent être cependant la seule traduction clinique d'un trouble du rythme cardiaque (TdRC), parfois sévère. En pratique, deux situations peuvent être distinguées. La première est la survenue d'une grossesse chez une femme ayant une cardiopathie, opérée ou non, associée à des TdRC. Dans ce cas, les femmes étant suivies et traitées, la survenue de ces TdRC peut être anticipée, et le diagnostic et la prise en charge thérapeutique posent en général peu de problèmes. La seconde situation est la survenue de novo d'un TdRC chez une femme indemne de cardiopathie connue. Cette situation est favorisée par l'augmentation de l'âge des femmes enceintes. Le présent article est consacré au diagnostic et à la prise en charge des TdRC dans cette situation, avec la problématique du potentiel retentissement des mesures thérapeutiques destinées à la mère sur l'état de l'enfant.

## Électrophysiologie cardiaque

L'excitabilité des membranes cellulaires se caractérise par leur capacité à générer un potentiel d'action,

conséquence de subtils transferts ioniques transmembranaires, passifs ou actifs, réalisant un cycle dans le temps, à partir plus souvent d'un état de repos. La conduction est la capacité de transmission du potentiel d'action d'une cellule à l'autre au sein d'un tissu. Toute l'activité électrique cardiaque est générée par le nœud sinusal (ou sino-auriculaire). Le potentiel d'action qui en résulte se propage à l'ensemble du tissu cardiaque pour assurer la contraction myocardique et, partant, la circulation. La propagation de l'onde de dépolarisation se fait selon un schéma très précis [1]. Ainsi, l'onde de dépolarisation se propage d'abord au myocarde auriculaire, puis atteint le nœud auriculo-ventriculaire. Elle est alors ralentie, le temps que la contraction auriculaire participe au remplissage ventriculaire. Ensuite, elle est transmise au tronc puis aux branches du faisceau de His, passe par le réseau de Purkinje, et atteint enfin le myocarde ventriculaire. Elle se propage alors à l'ensemble du tissu ventriculaire à partir de la pointe, initiant alors la contraction ventriculaire. Il faut noter que la voie nodo-hissienne est la seule voie de communication électrique entre les étages auriculaire et ventriculaire, qui sont par ailleurs complètement isolés par un volumineux anneau fibro-graisseux. Cet isolement porte également sur le faisceau de His, quasiment jusqu'à la naissance du réseau de Purkinje. Il est indispensable à la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8557637>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8557637>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)