



Troubles du rythme de l'enfant

Cardiac arrhythmias in infants and children

V. Lucet *, I. Denjoy

Unité de rythmologie pédiatrique, château des Côtes, 78350 Les Loges-en-Josas, France

MOTS CLÉS

Arythmies ;
Tachycardie
supraventriculaire ;
Tachycardie
ventriculaire ;
Bloc
auriculoventriculaire ;
Mort subite ;
QT long ;
Hyperréactivité vagale

Résumé L'âge comporte ses spécificités rythmologiques : chez le nouveau-né et le nourrisson, les flutters ont une fréquence particulièrement rapide (400/min). Après réduction, ils guérissent sans récurrence après l'âge de 1 an. Les tachycardies atriales chaotiques s'accompagnent de foyers auriculaires multiples, de brefs lambeaux de flutter ou de fibrillation. Elles guérissent définitivement en quelques mois. Les tachycardies hisiennes sont graves, mais leur fréquence propre se ralentit progressivement sous amiodarone en quelques années. Les rythmes réciproques paroxystiques du nourrisson ont une fréquence élevée (300/min). La décompensation cardiaque est rapide en l'absence de traitement. La plupart d'entre eux guérissent avant l'âge de 1 an. Les syndromes de préexcitations ventriculaires doivent être explorés avant la puberté en vue de l'ablation des voies accessoires à période réfractaire courte. Les arythmies chroniques primitives de l'enfant exposent au risque de myocardiopathie rythmique secondaire : qu'il s'agisse de rythme réciproque permanent (à RP' long), de tachycardie atriale chronique ou de forme plus rare de tachycardie ventriculaire, leur pronostic lointain est globalement favorable au prix d'un traitement médical prolongé, poursuivi jusqu'à la guérison spontanée ou l'ablation du trouble du rythme par radiofréquence. Les arythmies ventriculaires paroxystiques sont graves et exposent au risque de mort subite : qu'il s'agisse des syndromes du QT long, des tachycardies ventriculaires catécholergiques ou du syndrome de Brugada, ces arythmies ont bénéficié des progrès récents de la biologie moléculaire et d'une meilleure compréhension des pathologies des canaux ioniques. L'enquête génétique familiale s'impose après la découverte d'un cas index. La prévention de la mort subite repose essentiellement sur les β -bloquants et le défibrillateur implantable. Le pronostic de blocs auriculoventriculaires complets congénitaux s'est considérablement amélioré avec la mise en place préventive d'un stimulateur cardiaque. L'hyperréactivité vagale et ses liens possibles avec la mort subite du nourrisson font l'objet de débats.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Arrhythmia in children;
Supra-ventricular
tachycardia;
Hereditary ventricular
arrhythmias;
Long QT syndrome;
Polymorphic ventricular
tachycardia;

Abstract Age is an important factor in rhythmology. In newborns and neonates, the rate of atrial flutter is high, at 400 bpm. Following the conversion, there are usually no recurrences after the age of one year. Polymorphic atrial tachycardia is defined by the combination of atrial salvos of different morphologies and non sustained episodes of atrial fibrillation and flutter. Recovery may be achieved after few months. Junctional ectopic tachycardia is a severe arrhythmia which progressively slows down after a few years of amiodarone therapy. Paroxysmal supra-ventricular tachycardia in infants has a high rate and frequently induces congestive heart failure if not treated. In most cases, recovery is achieved before the age of 1 year. Electrophysiological testing of a Wolff Parkinson White

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vincent.lucet@centredescotes.com (V. Lucet).

Brugada syndrome;
Vagal overactivity;
Sudden infant death

pattern may be a valuable tool, before the age of twelve. Prophylactic radiofrequency ablation of accessory-pathway with shorter refractory periods is advisable. Primary chronic arrhythmias, such as permanent junctional reciprocating tachycardia, chronic atrial tachycardia, or some forms of ventricular tachycardia, can be complicated by tachycardia-induced cardiomyopathies in children. Long-term prognosis is favourable provided long term medical therapy is undertaken, or ablation. Many paroxysmal ventricular arrhythmias have a poor prognosis due to the risk of sudden death. Molecular biology has allowed improving the knowledge and pathophysiology of hereditary ventricular arrhythmias such as long QT syndrome, Polymorphic Ventricular Tachycardia and Brugada syndrome. In case a child is affected by one of these syndromes, all family members should be tested both clinically and genetically. Prognosis of congenital complete atrio-ventricular block and paroxysmal vagal overactivity is discussed.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les troubles du rythme de l'enfant nécessitent une prise en charge particulière, car bien des points les distinguent des arythmies de l'adulte. Cette spécificité tient à la nature des hétérotopies, notamment chez le nourrisson, mais aussi au contraste habituel entre une présentation initiale souvent sévère et un pronostic à long terme habituellement favorable. Dans ce contexte, le développement récent des techniques ablatives offre une possibilité de traitement radicale de bon nombre d'arythmies, avec un risque faible, chez le grand enfant. Cependant, l'espoir d'une guérison spontanée de la plupart des tachycardies supraventriculaires et l'efficacité remarquable de l'amiodarone permettent souvent de temporiser. Les arythmies les plus graves, sources potentielles de mort subite, ont bénéficié ces dernières années des progrès de la génétique moléculaire et d'une meilleure compréhension de la pathologie des canaux ioniques. Le démembrement en cours du syndrome du QT long, des tachycardies ventriculaires polymorphes catécholergiques et du syndrome de Brugada laissent espérer un meilleur dépistage des formes familiales, ainsi qu'une prévention renforcée du risque de mort subite par les β -bloquants et les défibrillateurs implantables. Enfin, la prise en charge des bradycardies (vagues ou par bloc auriculoventriculaire) est mieux codifiée, avec des indications plus larges de stimulateur cardiaque.

Tachycardies néonatales

Flutter néonataux

Les flutters néonataux constituent une entité très spécifique à cette période de la vie, caractérisée, le plus souvent, par l'absence de cardiopathie sous-jacente et un excellent pronostic final une fois

passée la période critique initiale.¹ Ce trouble du rythme du nouveau-né est rare. Il constitue cependant l'essentiel des tachycardies atriales monomorphes primitives constatées en période néonatale. Classiquement découverts avant l'âge de 3 mois, les flutters sont maintenant diagnostiqués et pris en charge dès la vie fœtale.² In utero, le diagnostic est suspecté à l'échographie sur la constatation d'une fréquence auriculaire élevée, à 400/min avec un bloc fonctionnel 2/1 responsable d'une fréquence ventriculaire d'environ 200/min (Fig. 1). Chez le nouveau-né, le diagnostic électrique est facile, surtout en précordiales droites où les ondes en « dents de scie » du flutter sont les mieux visibles. Des lambeaux de conduction 1/1 sont possibles et visibles sur l'enregistrement de Holter, de même que des lambeaux de bloc auriculoventriculaire fonctionnel de plus haut degré. Une conduction fixée, de type 2/1 peut faire méconnaître le diagnostic mais celui-ci est facilement confirmé par stimulation vagale (compression oculaire, adéno-

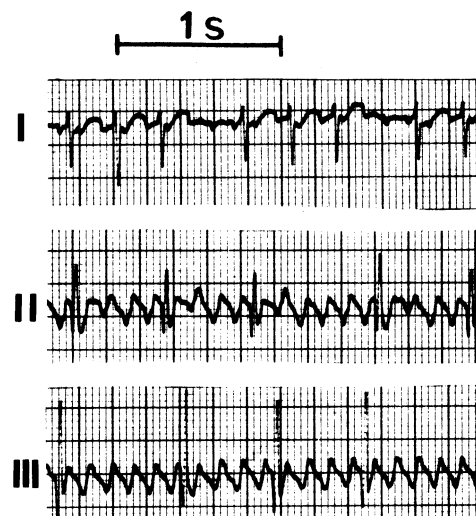


Figure 1 Flutter néonatal chez un nouveau-né de 10 jours : la fréquence auriculaire est à 400/min avec un bloc auriculoventriculaire fonctionnel.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9373025>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9373025>

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