

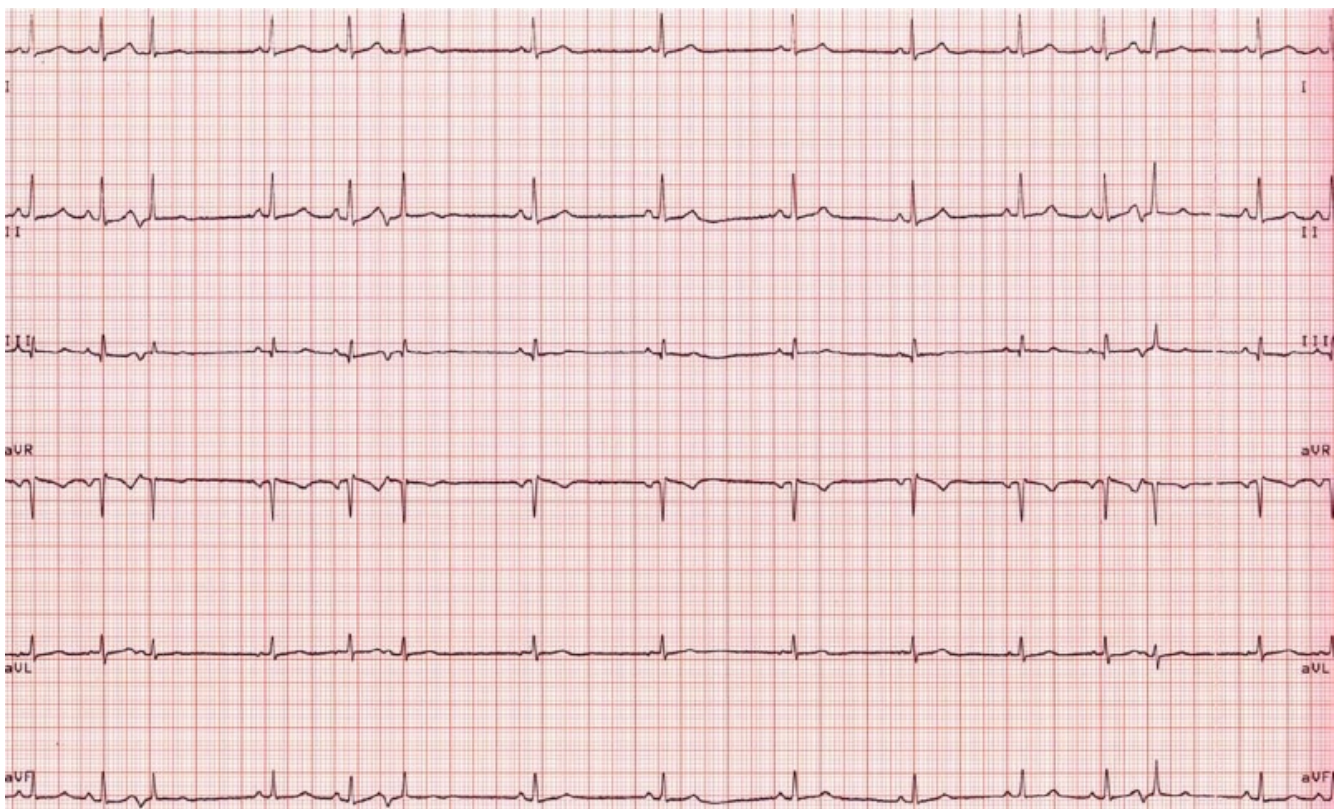
# Une tachycardie réciproque

F. HALIMI, CMC Parly 2, Le Chesnay

Il s'agit du tracé ECG d'une jeune fille de 16 ans qui se plaint de palpitations, essentiellement à l'exercice physique, depuis de nombreuses années. La description clinique des symptômes est fruste, mais c'est lors de l'activité sportive qu'elle est le plus gênée.

L'examen clinique et l'échocardiographie sont sans particularité. Au Holter-ECG, on enregistre de nombreuses prématurités atriales le plus souvent isolées, mais aussi de courtes salves diurnes, régulières autour de 150/min, et quelques accès de tachycardie soutenue.

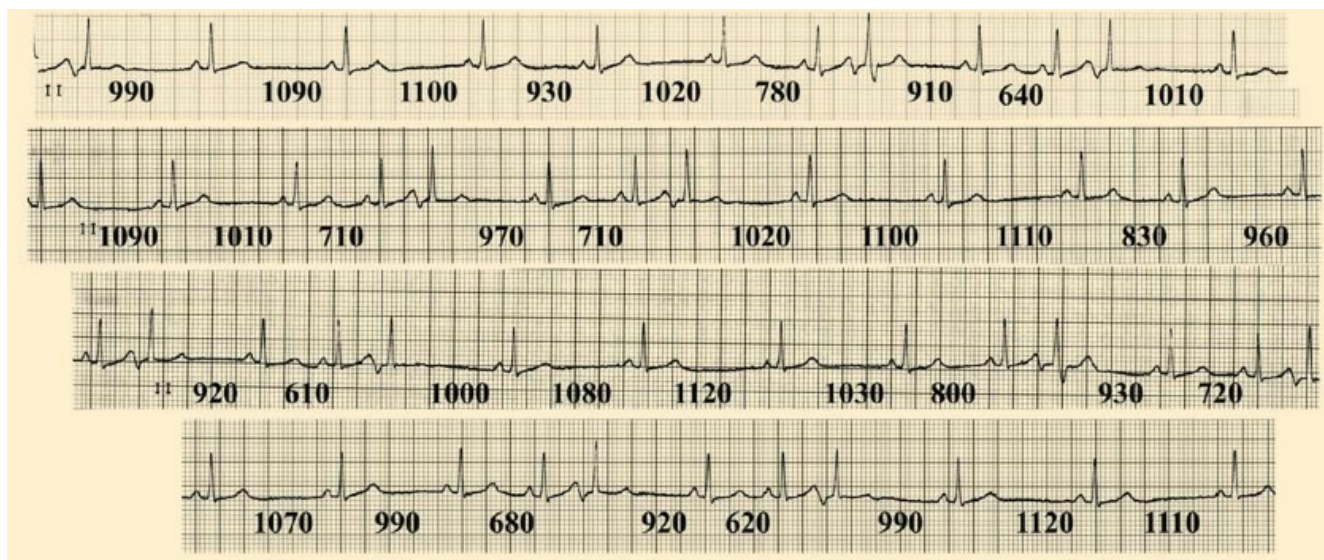
Le tracé 1 correspond à l'ECG de base. Sur fond de rythme sinusal, on voit trois « prématurités atriales » conduites aux ventricules. Le couplage (RP') semble constant, et la polarité de l'onde P' est négative dans les dérivations inférieures et positive en D1 et aVI traduisant une primo-activation de la partie basse de l'oreillette droite. On n'est pas surpris d'observer une importante variabilité de la fréquence sinusale chez une adolescente de 16 ans. En revanche, le rapport étroit qui semble exister entre « l'extrasystole » et le cycle RR qui la précède est plus singulier. Et si ces « extrasystoles » étaient en fait des échos atriaux conduits aux ventricules uniquement pour les cycles RR les plus courts ? Ce tracé est, en effet, très évocateur d'une PJRT (*Permanent Junctional Reciprocating Tachycardia*) ou « tachycardie de Coumel ».



**Tracé 1.** Enregistrement de l'arythmie sur les dérivations standards.

La physiopathologie est celle d'une voie accessoire cachée (c'est-à-dire invisible sur l'ECG de surface car ne conduisant que dans le sens rétrograde), postéro-septale droite le plus souvent (mais pas exclusivement), à conduction rétrograde décrémenteuse (d'où le RP' long). Cette réentrée, limitée dans le cas présent à des échos atriaux uniques conduits aux ventricules, est dépendante de la diminution du cycle RR précédent (par exemple

une simple accélération de la cadence sinusale), comme l'a bien décrit Patrick Attuel (tracé 2). Les accès de tachycardie réciproque sont favorisés par l'activité physique du fait de l'accélération sinusale et par l'effet facilitateur des catécholamines.



**Tracé 2.** Sur ce D2 long, on voit bien que c'est l'accélération de la cadence sinusale, et donc le raccourcissement du cycle RR, qui détermine la survenue de l'écho (ce qui n'aurait pas lieu d'être s'il s'agissait d'une extrasystolie atriale de la région de l'ostium du sinus coronaire).

Le traitement des formes symptomatiques, a fortiori lorsqu'elles sont compliquées d'insuffisance cardiaque (tachycardies permanentes de l'enfant), repose sur l'ablation par radiofréquence de la voie accessoire. Le repérage se fait sur la primo-dépolarisation auriculaire à l'anneau, le plus souvent dans la région de l'ostium du sinus coronaire, en cours de tachycardie ou bien, comme dans le cas présent, sur de simples échos atriaux. La guérison définitive a été obtenue chez la patiente en une seule application de radiofréquence. En pratique, il n'est pas rare de mettre en évidence ce type de tachycardie réciproque chez des adultes aux antécédents de palpitations anciennes.