

Quand proposer une ablation de voie accessoire ?

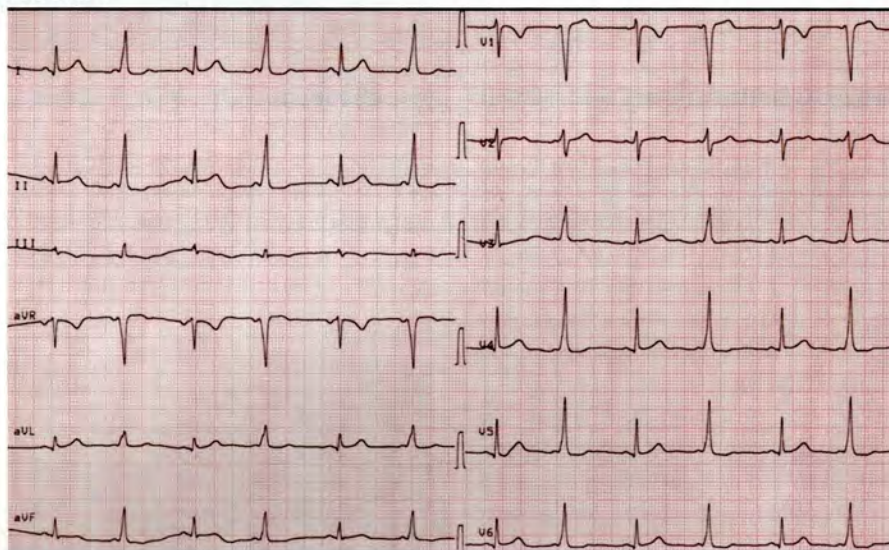
Bénédicte Godin CHRU de Rouen

Une jeune femme de 31 ans, enceinte de 8 mois, consulte aux urgences pour des épisodes de palpitations itératifs. Ces épisodes de palpitations existent depuis plusieurs années mais sont très peu fréquents. Un électrocardiogramme avait été réalisé en 2009 au décours d'un épisode et était normal. Les palpitations sont régulières, rapides, durent plus d'une heure et cèdent spontanément. Elle n'a aucun antécédent médical et en particulier cardiologique. Elle ne prend aucun traitement.

→ L'électrocardiogramme à l'arrivée est représenté en **Figure 1**. Sur cet électrocardiogramme, on constate une alternance de deux types de complexes. Sur le premier complexe à gauche, il existe une onde P avec un intervalle PR mesuré à 120 ms, suivi d'un QRS fin. Sur le complexe suivant, on note une onde P de morphologie identique à la précédente mais avec un intervalle PR court mesuré à 80 ms. Le QRS présente un empâtement de sa partie initiale en faveur d'une préexcitation ventriculaire par une voie accessoire. Le début de l'onde delta est négative en V1, ce qui oriente vers une localisation droite de la voie accessoire.

L'alternance des deux ventriculogrammes, l'un dépolarisé uniquement par les voies de conduction nodo-hissiennes (1^{er} type), l'autre dépolarisé à la fois par les voies nodo-hissiennes et par une voie accessoire (2^e type), nous prouve que la période réfractaire antérograde (des oreillettes aux ventricules) de cette voie accessoire est longue (supérieure à la fréquence sinusale de base, ici mesurée à 75/min soit 800 ms). Cette voie accessoire n'est pas capable de conduire rapidement l'influx électrique des oreillettes vers

FIGURE 1



les ventricules. Elle n'est pas considérée comme dangereuse car sa période réfractaire antérograde est supérieure à 250 ms. On estime qu'en cas de cas de fibrillation auriculaire, il n'y aurait pas de risque de mort subite par fibrillation ventriculaire (secondaire à une conduction rapide des aurologrammes par la voie accessoire).

→ Quelques minutes après son arrivée, la patiente prévient que les palpitations recommencent. Un nouvel électrocardiogramme est réalisé et représenté en **Figure 2**.

Il s'agit d'une tachycardie régulière à QRS fins. La fréquence est mesurée à 190/min.

Une activité atriale est visible en DIII, aVF, avec un intervalle RP' mesuré à 120 ms. Il s'agit d'une tachycardie réciproque utilisant les voies de conduction nodo-hissiennes dans le sens antérograde et la voie accessoire dans le sens rétrograde (orthodromique).

Cette voie accessoire a donc une période réfractaire longue en antérograde, ce qui limite sa dangerosité, mais sa période réfractaire courte en rétrograde lui permet de participer à une tachycardie réciproque orthodromique. Cette patiente étant symptomatique de ces tachycardies, une ablation lui a été proposée en post-partum. ■

FIGURE 2



Ce cas clinique permet de rappeler que le motif principal d'ablation des voies accessoires est leur période réfractaire courte dans le sens antérograde qui expose le patient au risque de fibrillation ventriculaire lors des accès de fibrillation atriale, qui sont conduits dans ces cas rapidement au ventricule. Il montre, par ailleurs, qu'il est possible de proposer une ablation de la voie accessoire devant une conduction rétrograde impliquée dans des tachycardies jonctionnelles invalidantes.