# Suivi d'un traitement par antiarythmique de classe Ic

J.Y. LE HEUZEY
Service de Cardiologie A et Rythmologie,
Hôpital Européen Georges Pompidou,
PARIS.

Les médicaments antiarythmiques constituent une classe dont l'index thérapeutique est étroit, autrement dit le rapport bénéfice/risque faible. Cependant, lorsqu'ils sont prescrits dans le strict respect de leurs contre-indications, leur efficacité est très importante et leur tolérance tout à fait acceptable. Le plus utilisé est le flécaïnide. On peut également utiliser la propafénone ou la cibenzoline.

## RESPECT DES CONTRE-INDICATIONS

Elles sont maintenant parfaitement définies depuis près de 20 ans, date de l'étude CAST. Il faut éviter de les prescrire chez les patients à fraction d'éjection abaissée (***fig. 1***) et ils sont contre-indiqués dans les suites d'infarctus du myocarde. La prudence veut que cette contre-indication soit étendue à l'insuffisance coronaire en général. Ils sont enfin contre-indiqués en cas de troubles conductifs : bloc de branche gauche complet, bloc bifasciculaire, bloc auriculo-ventriculaire des 2e ou 3e degrés, dysfonctionnement sinusal non appareillé.

Pour pouvoir respecter strictement ces contre-indications, il est nécessaire d'effectuer, chez les patients auxquels on prescrit des antiarythmiques de classe I, un échocardiogramme pour vérifier la fraction d'éjection et une épreuve d'effort pour vérifier l'absence de coronaropathie, s'il existe des facteurs de risque pouvant l'évoquer.

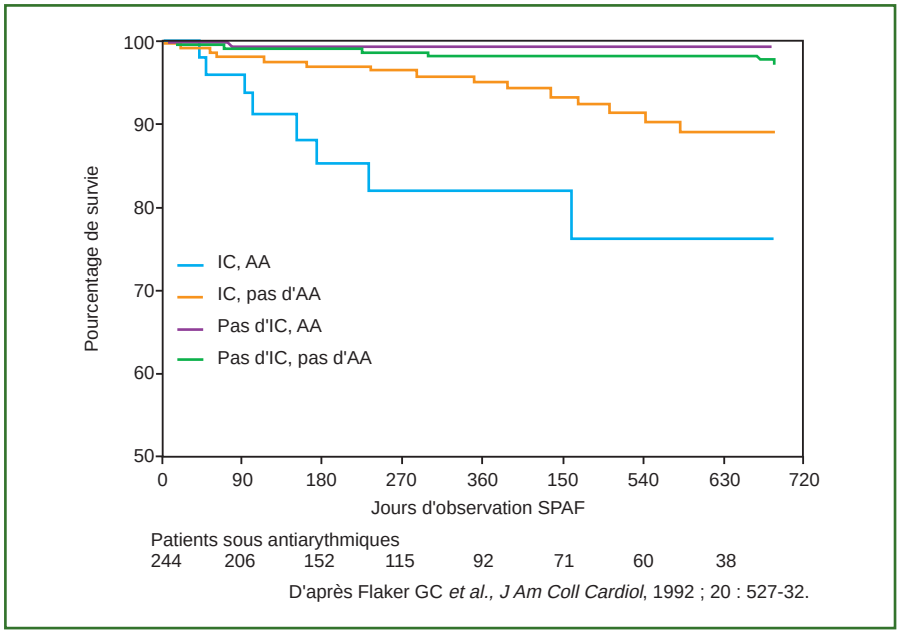


***Fig. 1 :*** *Survie des patients de l'étude SPAF, atteints de fibrillation atriale. De haut en bas : courbe de survie des patients sans insuffisance cardiaque (IC) mais sous antiarythmique (AA) ; sans insuffisance cardiaque et sans antiarythmique ; avec insuffisance cardiaque et sans antiarythmique ; avec insuffisance cardiaque et antiarythmique. Ces courbes montrent clairement que le pronostic des patients ayant à la fois une insuffisance cardiaque et un traitement antiarythmique est défavorable [2].*

Le dernier effet délétère qui peut s'observer est l'existence de la transformation d'une fibrillation atriale en flutter qui pourrait conduire en 1/1, c'est la raison pour laquelle il est actuellement conseillé de prescrire, chaque fois que cela est possible, un ralentisseur nodal type bêtabloquant.

## MODALITES DE SURVEILLANCE

La garantie d'une bonne sécurité d'un traitement antiarythmique de classe Ic repose plus sur un bon choix d'indication que sur la surveillance elle-même. Cependant, il est nécessaire de vérifier que la prescription de l'antiarythmique de classe I n'induit pas un élargissement important des QRS. Dans les mentions légales, il ne figure pas de date précise pour le contrôle électrocardiographique nécessaire. Il convient également de surveiller l'échocardiogramme si l'on a une suspicion de modification notable de la fraction d'éjection.

L'interrogatoire recherchera des crises de palpitations régulières et rapides qui pourraient faire évoquer la possibilité d'un flutter 1/1 (***fig. 2***). Enfin, il est

POINTS FORTS

- La garantie d'une bonne tolérance d'un traitement par un antiarythmique de classe Ic est surtout apportée par un strict respect des contre-indications. Si les garanties sont prises en début de traitement grâce à ce choix raisonné, il y a toutes les chances pour que la tolérance soit satisfaisante et la surveillance simplifiée.
- Il est nécessaire de vérifier la largeur du QRS à l'électrocardiogramme.
- Il est nécessaire de contrôler la fraction d'éjection.
- L'antiarythmique de classe Ic doit être arrêté en cas de fibrillation atriale persistante.
- La prescription au long cours nécessite une réévaluation régulière, avant tout de l'évolution éventuelle de la cardiopathie, qui pourrait modifier les critères de choix initiaux.

nécessaire d'arrêter l'antiarythmique de classe Ic si la fibrillation atriale devient persistante. Le risque de transformation en flutter 1/1 est, en effet, réel et l'antiarythmique a fait la preuve de son inefficacité puisqu'on passe d'une fibrillation paroxystique à une fibrillation persistante.

De même, s'il s'agit d'une rechute après cardioversion sous forme de fibrillation persistante, se posera le problème du choix ultérieur de la stratégie, contrôle du rythme ou contrôle de la fréquence. Enfin, pour la propafénone, il est nécessaire de vérifier que le médicament n'a pas entraîné un bronchospasme, car il possède un discret effet de type bêtabloquant et des aggravations d'asthme ont été rapportées. ■

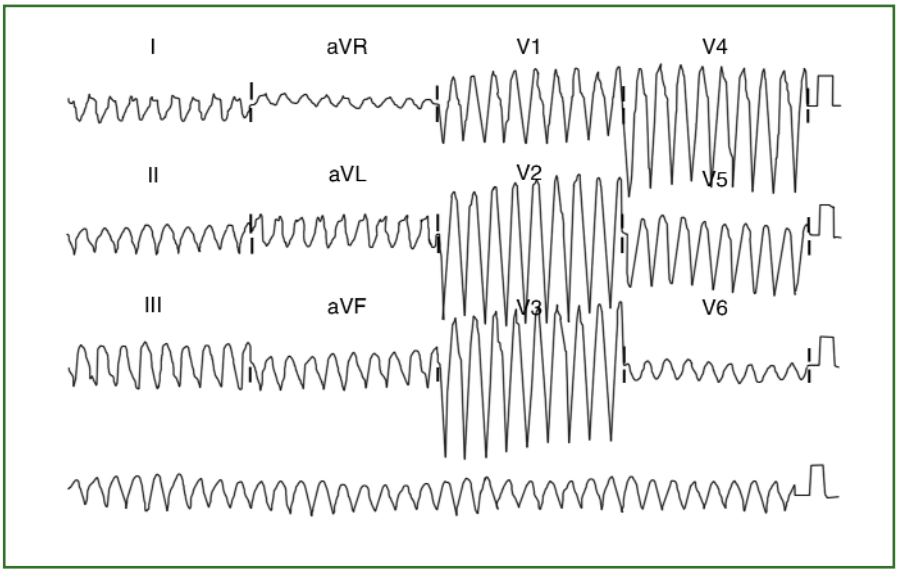


***Fig. 2 :*** *Flutter 1/1. Le diagnostic différentiel est celui de tachycardie ventriculaire.*

## Bibliographie

1. The Cardiac Arrhythmias Suppression Trial (CAST) investigators. Preliminary report : effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. *N Engl J Med*, 1989 ; 321 : 406-12.

2. Flaker GC, Blackshear JL, McBride R, Kronmal RA, Halperin JL, Hart RG. Antiarrhythmic drug therapy on cardiac mortality in atrial fibrillation. The stroke prevention in atrial fibrillation investigators. *J Am Coll Cardiol*, 1992 ; 20 : 527-32.

3. Liard F, Le Heuzey JY, Jaillon P, Lievre M, Danchin N. Flecainide acetate utilisation review among general practitionners and hospital or office-based cardiologists in France. OBEPINE : observational study of flecainide. *Ann Cardiol Angeiol,* 206 ; 55 : 113-22.

4. Le Heuzey JY, Paziaud O, Thibout E, Ait Said M. Prevention of recurrences of atrial fibrillation by cardiologists established in general office practice : data from the FAUVE observatory. *Ann Cardiol Angeiol*, 2004 ; 53 : 250-8.

5. Le Heuzey JY. Troubles du rythme cardiaque. *In :* Bouvenot G, Caulin C. Guide du bon usage du médicament. Médecine Sciences Flammarion 2003, 1 vol., pp. 101-13.

Conflit d'intérêt : Etudes cliniques Meda et Sanofi.