

Fig. 2: Reproduction de la TV clinique par stimulation.

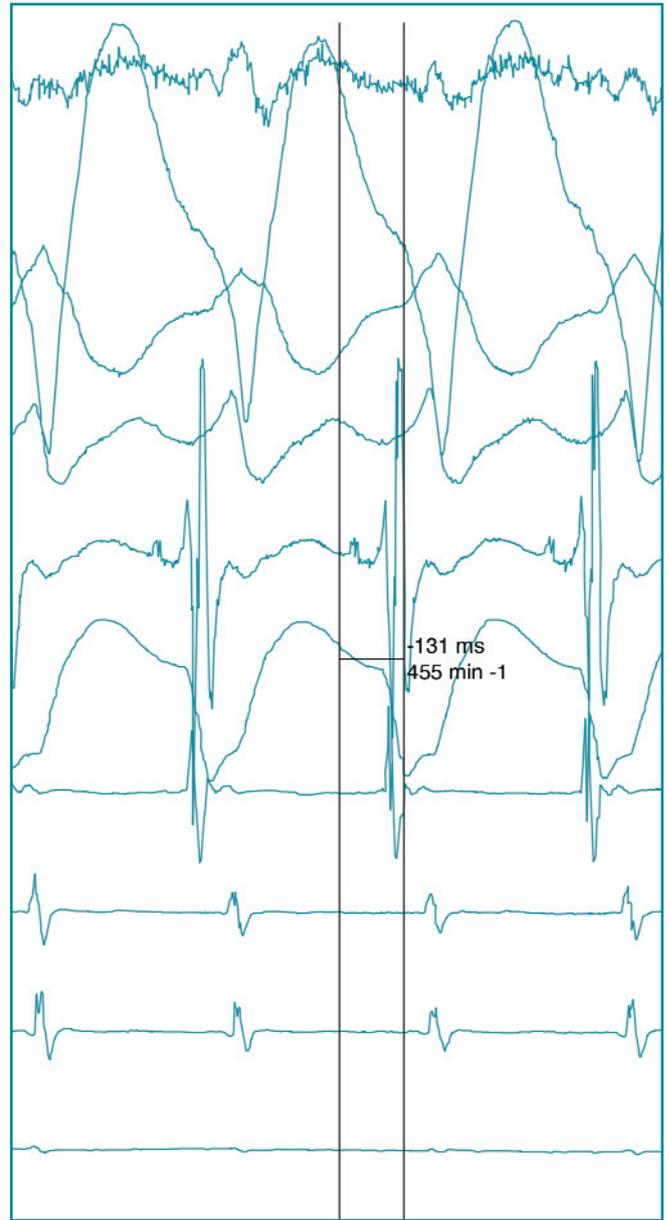


Fig. 3: Repérage d'un potentiel diastolique cible de l'ablation.

## ■ DISCUSSION

De quels moyens disposons-nous à l'heure actuelle pour traiter les tachycardies ventriculaires chez les patients déjà porteurs d'un défibrillateur implantable ?

### 1. – Le traitement médicamenteux

Les bêtabloquants sont le traitement de choix pour éviter la récurrence des troubles du rythme ventriculaire. Malheureusement, il faut tenir compte de la mauvaise

tolérance et des contre-indications qui peuvent empêcher la bonne conduite de ces traitements. L'alternative thérapeutique reste donc l'amiodarone avec ses nombreux effets indésirables au long cours, notamment chez les patients jeunes.

### 2. – Les séquences antitachycardiques du DAI

Il existe deux types d'ATP (Antitachycardia Pacing):

- les bursts : stimulation ventriculaire à fréquence fixe,
- les ramps : stimulation ventriculaire à fréquence croissante.

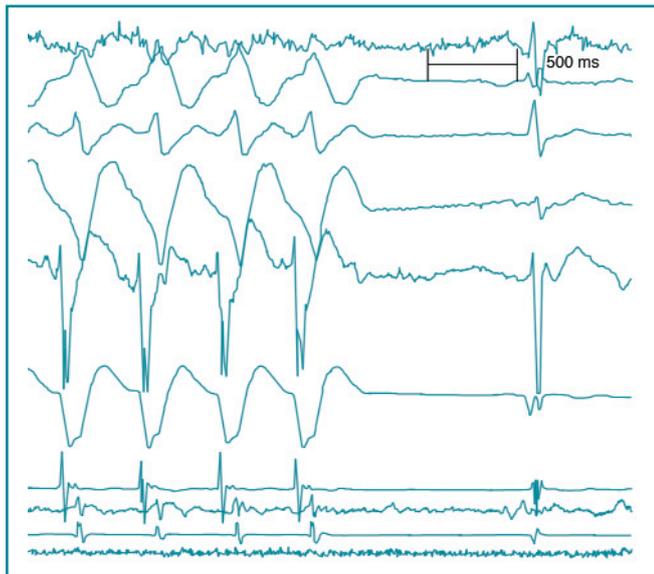


Fig. 4 : Arrêt de la TV par l'ablation.

Malheureusement, comme le montre cette observation, celles-ci ne sont pas toujours efficaces.

### 3. – L'ablation par radiofréquence

La technique d'ablation par radiofréquence nécessite tout d'abord d'identifier le point d'émergence de la tachycardie. Pour ce faire, on déclenche la tachycardie par stimulation ventriculaire ou on réalise une topostimulation : on stimule par voie endocavitaires au cycle de l'arythmie clinique afin d'obtenir des électrogrammes ventriculaires identiques à ceux de la tachycardie dans les douze dérivations de l'électrocardiogramme de surface. Il s'agit ensuite de repérer la primo-activation définie par l'identification du ventriculogramme le plus précoce ; les critères d'entraînement usuels, entraînement caché et analyse du cycle de retour (post-pacing intervalle),

permettent de savoir si l'on se situe sur le circuit de réentrée. Un paramètre important permettant une aide supplémentaire au succès de la technique est la recherche d'un potentiel diastolique lent précédant le ventriculogramme (50 à 90 ms).

Les chances de succès sont estimées de 70 à 80 % selon les auteurs. Les limites de cette technique sont : le déplacement du cathéter durant la procédure, la difficulté d'orientation spatiale, une interprétation erronée des temps d'activation, la nécessité d'induire une tachycardie stable et prolongée bien tolérée par le patient. A noter dans notre exemple la survenue, à l'occasion d'un tir par radiofréquence, d'une tachycardie ventriculaire rapide à 220/mn syncopale ayant nécessité la réalisation d'un choc électrique externe à 200 joules. Les indications portent actuellement essentiellement sur les tachycardies incessantes et résistantes au traitement médical et aux séquences antitachycardiques du défibrillateur ; il s'agit donc essentiellement d'un traitement des tachycardies ventriculaires.

La prise en charge des tachycardies ventriculaires reste pluridisciplinaire, comprenant les médicaments anti-arythmiques, la mise en place d'un défibrillateur automatique implantable ainsi que la programmation des thérapies antitachycardiques, et enfin la place importante de l'électrophysiologie et des techniques d'ablation. ■

### Bibliographie

1. BOGUN F, GOOD E, REICH S *et al.* Isolated potentials during sinus rhythm and pace-mapping within scar as guides for ablation of post-infarction ventricular tachycardia. *J Am Coll Cardiol*, 2006 ; 47 : 2013-9.
2. WILLEMS S, BORGGREFFE M, SHENASA M *et al.* Radiofrequency catheter ablation following implantation of an automatic cardioverter defibrillator. *Pacing Clin Electrophysiol*, 1993 ; 16 : 1683-92.
3. FONTAINE G, FRANCK R, GALLAIS Y. Radiofrequency catheter ablation of ventricular tachycardia. *Arch Mal Cœur Vaiss*, 1996 ; 89 Spec. N° 1 : 99-107.