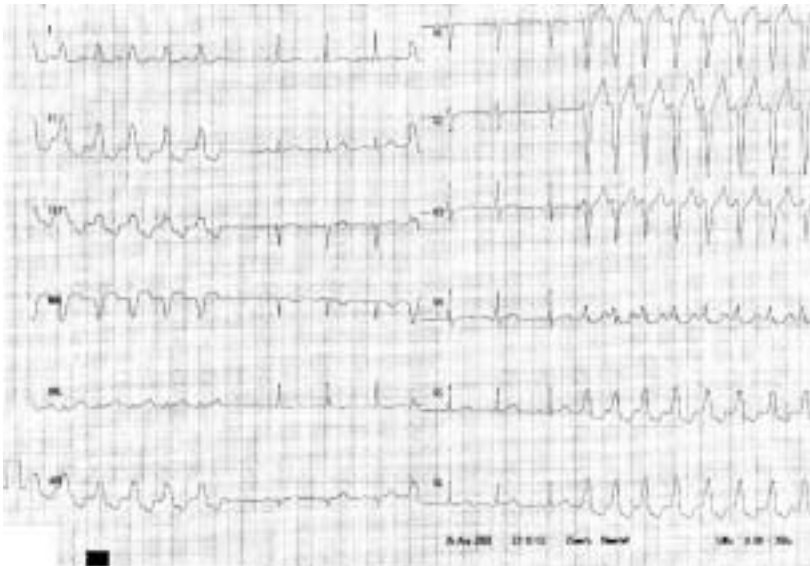


Juan Sztajzel

Tachycardie ventriculaire infundibulaire

Il s'agit d'un patient de 54 ans, fumeur, hospitalisé en urgence pour des palpitations avec oppression rétrosternale. Son pouls était rapide, à une fréquence entre 90 et 120/minute. La tension artérielle était normale, ainsi que le reste de l'examen physique. Les enzymes cardiaques étaient dans la norme. L'ECG à l'admission était le suivant:



Interprétation

On observe des salves d'une tachycardie régulière à QRS large (>140 msec) à une fréquence de 120/minute, entrecoupées du rythme sinusal régulier du patient, sans signes d'ischémie, présence d'ondes T aplaties et biphasiques en V2 et V3. La tachycardie a un aspect de bloc de branche gauche (BBG), les complexes QRS sont de prédominance négative de V1 à V4, la transition se faisant en V4 (Rs). L'axe est frontal autour de 60°.

Ces données évoquent une tachycardie ventriculaire (TV) en salves provenant de l'infundibulum du ventricule droit (VD). Le diagnostic différentiel peut se poser avec une TV due à une dysplasie arythmogène du VD ou aussi avec une tachycardie survenant dans le

cadre d'une voie accessoire. Cette dernière peut être raisonnablement exclue sur la base des points suivants: il y a une conduction rétrograde après chaque QRS large, mais les accès à QRS larges ne démarrent pas sur une extrasystole auriculaire, l'aspect du QRS en précordiales n'évoque pas une aberration de conduction et la distribution en salves des QRS larges, monomorphes, parle en premier lieu pour une arythmie d'origine ventriculaire plutôt que supra-ventriculaire.

Etant donné que le patient se plaignait aussi d'oppression rétrosternale, et vu son tabagisme, une coronarographie a été pratiquée qui s'est avérée être normale. Le patient a subi par la suite une ablation par radiofréquence du foyer arythmogène au niveau de l'infundibulum du VD (côté paroi libre).

La TV infundibulaire droite se présente chez des patients avec un coeur sain et son pronostic est bon. Cette TV apparaît le plus souvent sous forme de salves non soutenues et est due à une activité focale déclenchée. A l'ECG, on trouve, en général, un aspect de retard gauche avec axe vertical. Sur le plan thérapeutique, on peut donner des bêtabloquants, ou pratiquer une ablation par radiofréquence.

Références

- 1 Lerman BB, Stein KM, Markowitz SM. Idiopathic right ventricular outflow tract tachycardia: a clinical approach. *PACE* 1996;19:2120-37.
- 2 Wellens HJJ. Ventricular tachycardia: diagnosis of broad QRS complex tachycardia. *Heart* 2001;86:579-85.

Correspondance:
Dr Juan Sztajzel
Cardiologie
HUG
1211 Genève