



ADARPEF 2026 — Caen

OUPS, MON PATIENT NON CARDIAQUE A UNE ARYTHMIE : QUE FAIRE ?

Dr Elise Langouet

Anesthésie réanimation des cardiopathies congénitales — CHU de Bordeaux
INSERM 1045 – Imagerie ultrasonore ultrarapide — IHU LIRYC Bordeaux





EPIDEMIOLOGIE DES ARYTHMIES DE L'ENFANT





Epidémiologie – les troubles du rythme en (anesthésie) pédiatrie

- **Tachycardie supra-ventriculaire : 90%** des arythmies en pédiatrie
- Tachycardie supra ventriculaire (TSV) **1 / 250-1000 enfants**
 - **Réentrée (90%)**
 - **Automatique**

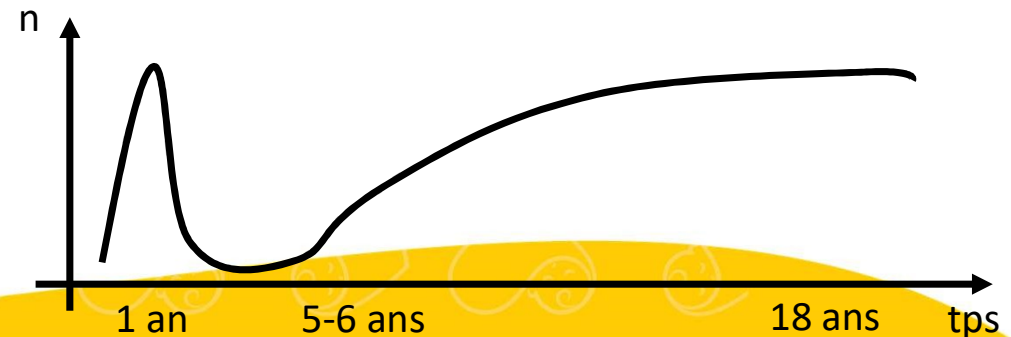
Salerno and al. 2009, Wu and al. 2016, Kuntz and al. 2024

Tachycardie atriale ectopique (nourrisson)

Voies accessoires (enfants)

Réentrée intra-nodale (ado)

**FDR : génétique, inflammation,
stimulation atriale (pose cathéter)**



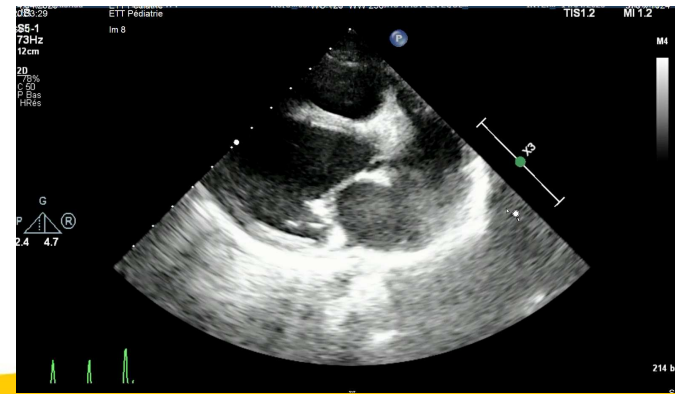
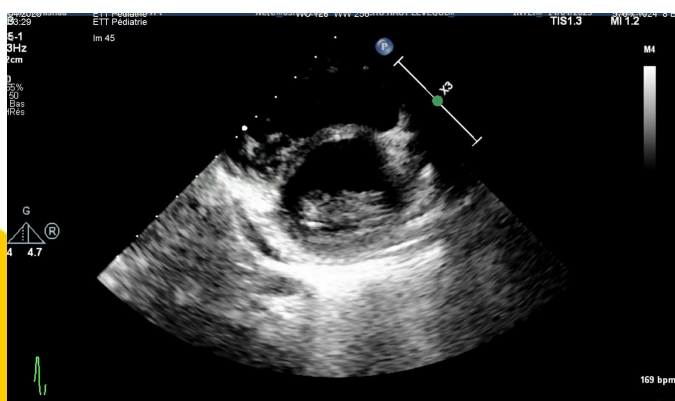
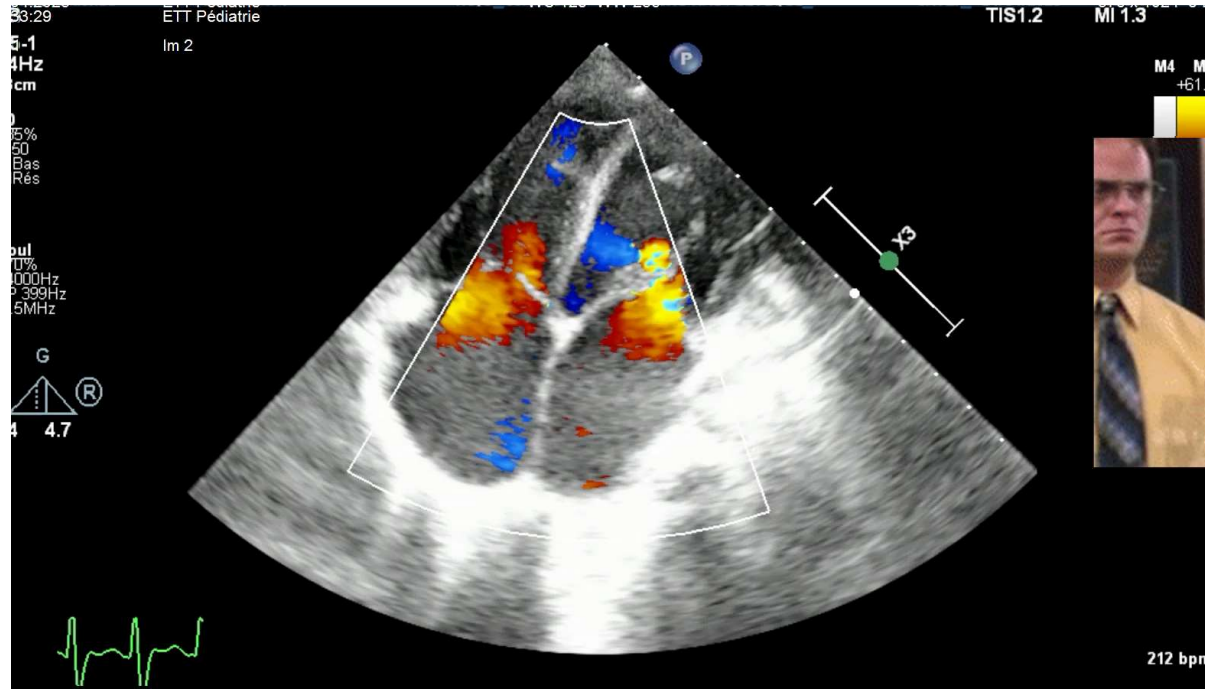


TACHYCARDIE ? ET ALORS ?





7 ans, symptômes digestifs, asthénie, cardiomégalie – cardiopathie rythmique - JET

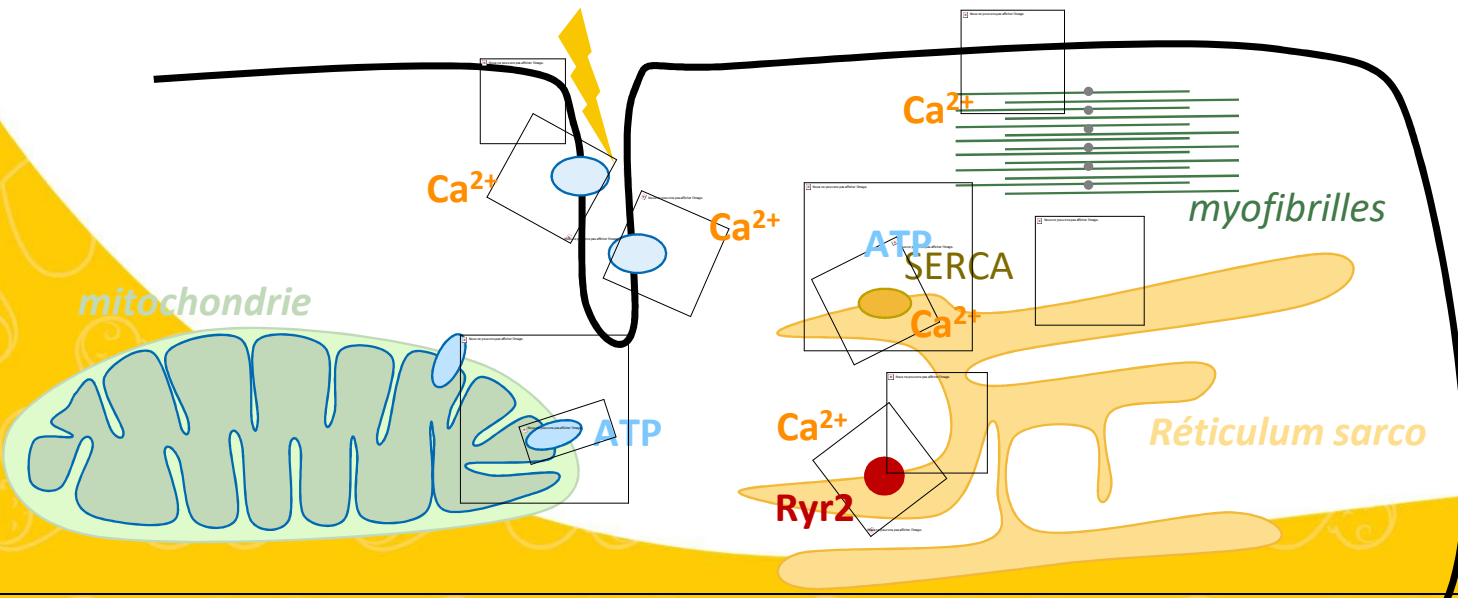




La sidération myocardique

Dépolarisation

- Entrée Ca^{2+} intracellulaire
 - Phénomène Calcium release-Calcium induced par RyR2 (réticulum)
 - Fixation Ca^{2+} / troponine C
 - Contraction
-
- SERCA (pompe Ca^{2+} ATPase) : recapture Ca^{2+} cytoplasmique
 - Mais déficit en ATP car myocarde immature...
 - Surcharge en Calcium cytoplasmique => contracture



a. Adult b. neonatal

Nassar and al. *Circulation Research*, 1987

Contracture

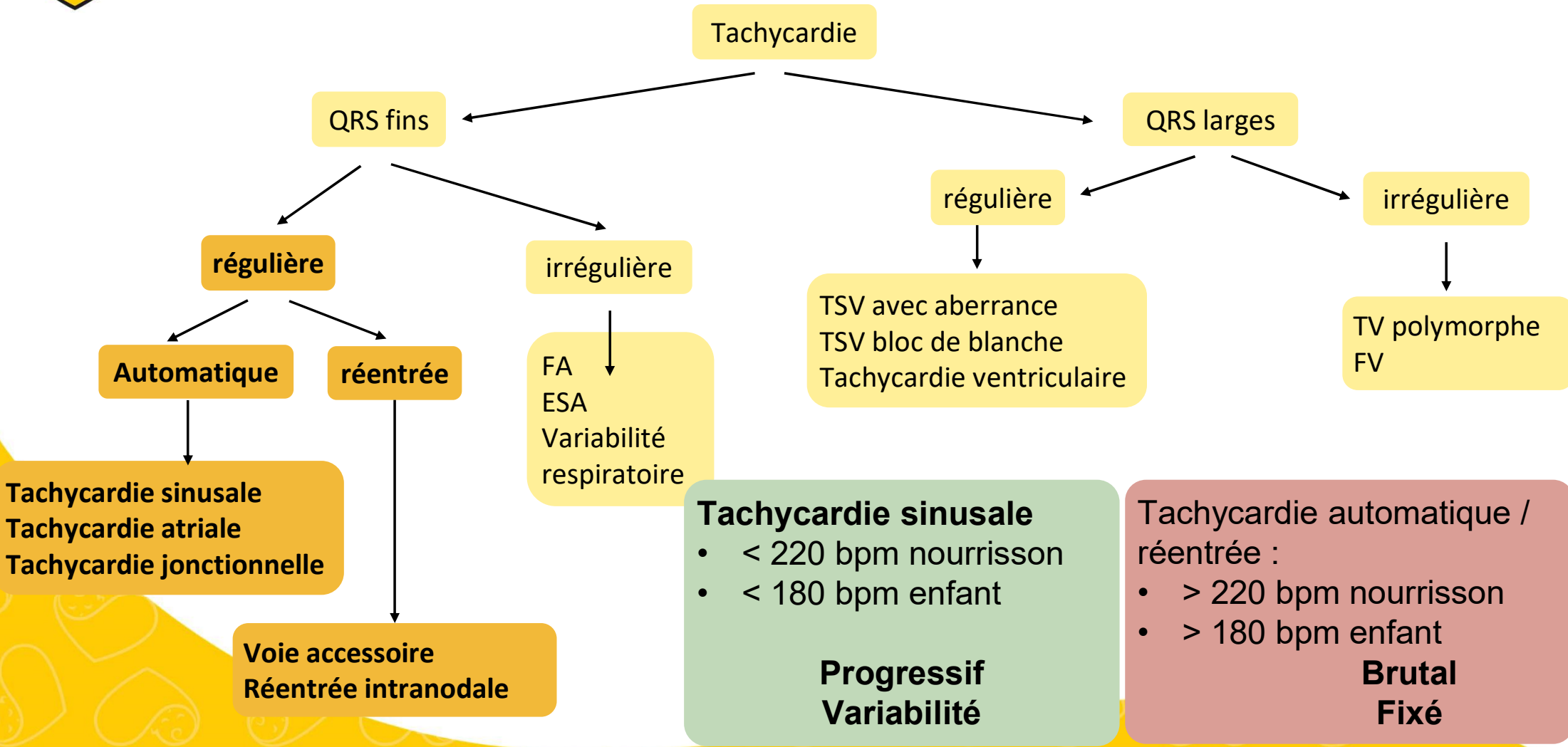


CLASSIFICATION DES ARYTHMIES





Classification des arythmies



Tachycardie sinusale

- < 220 bpm nourrisson
- < 180 bpm enfant

Progressif
Variabilité

Tachycardie automatique / réentrée :

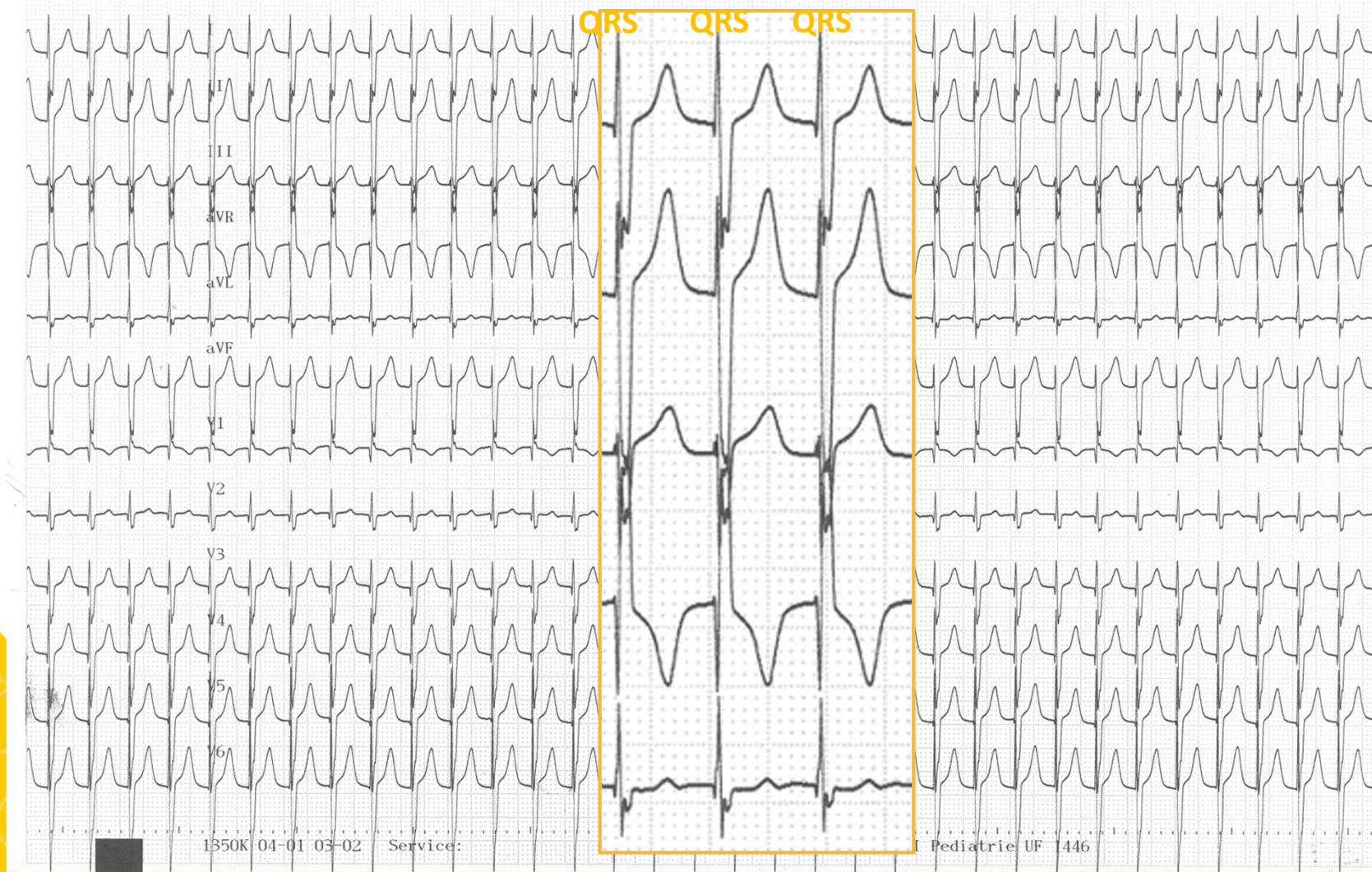
- > 220 bpm nourrisson
- > 180 bpm enfant

Brutal
Fixé



???

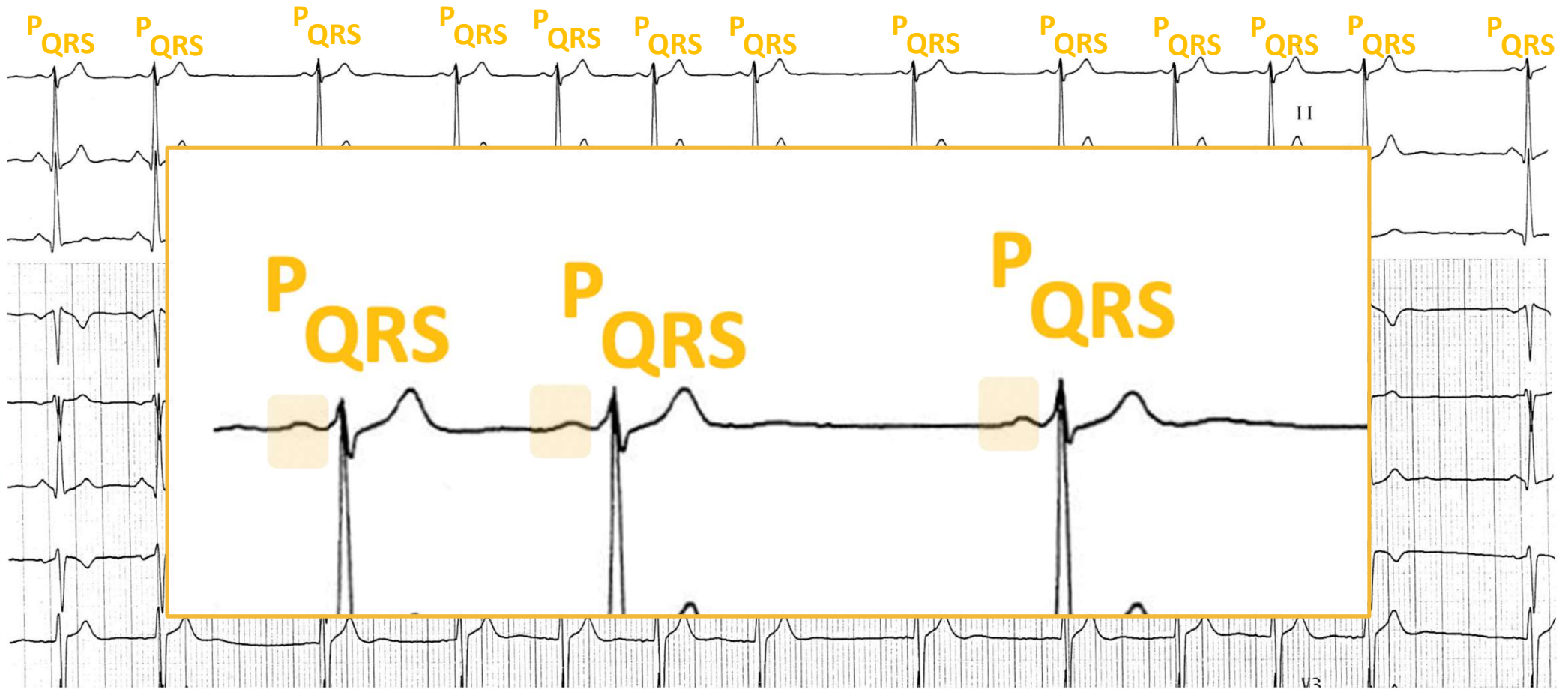
Réentrée intra-nodale : QRS fins, > 200, régulière, pas de P visible (intra QRS)





???

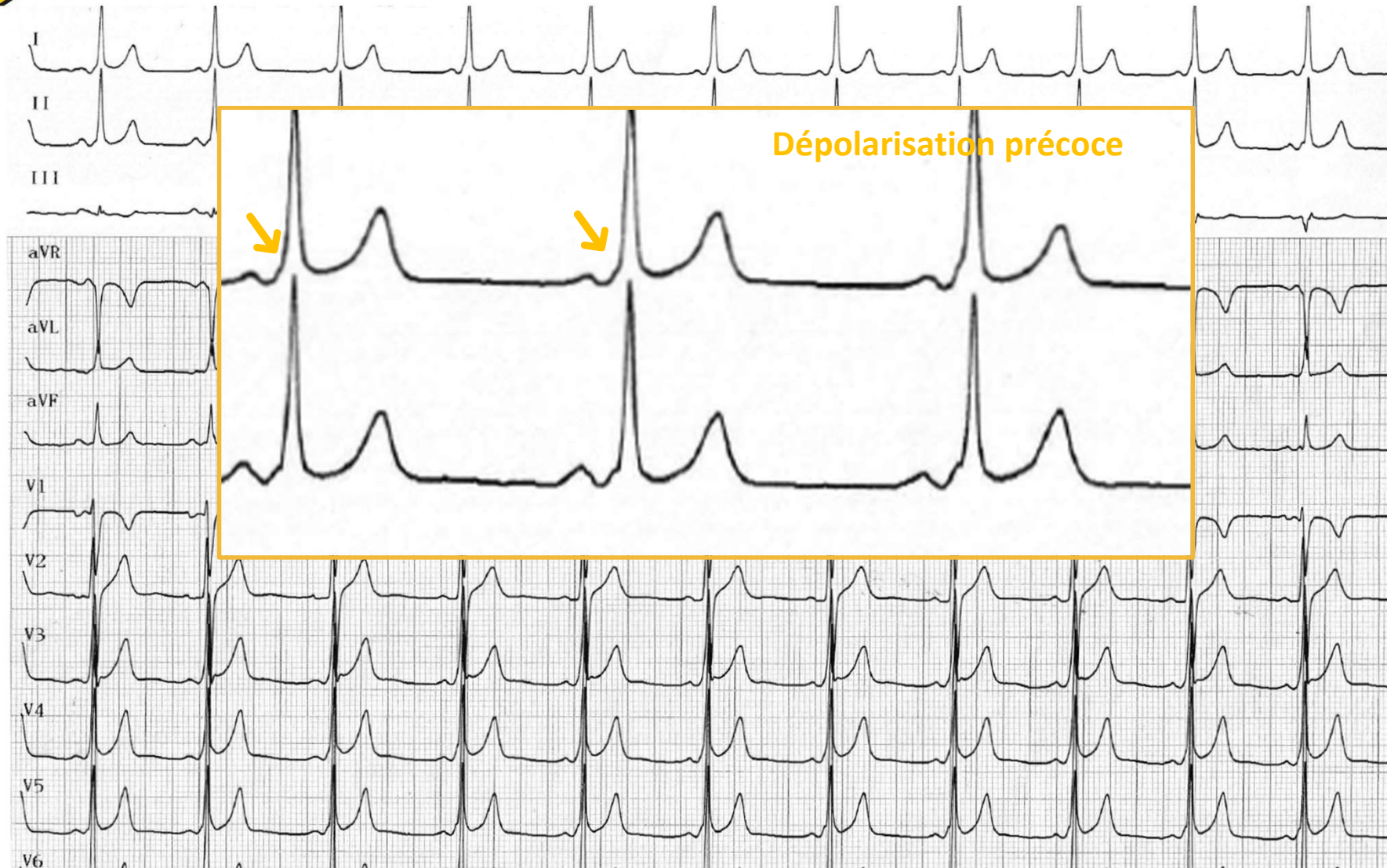
Variabilité respiratoire : P-QRS stable





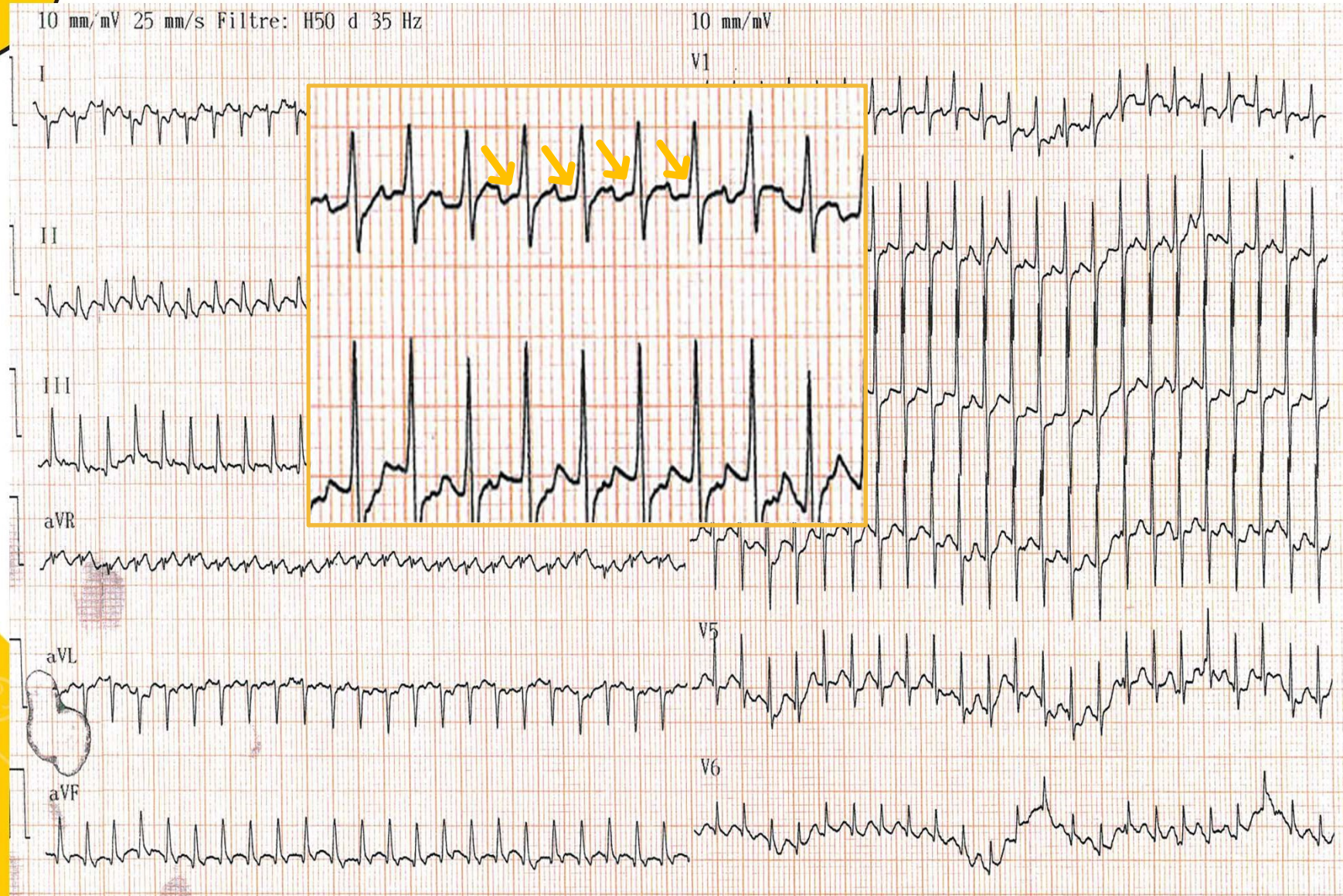
???

Voie accessoire





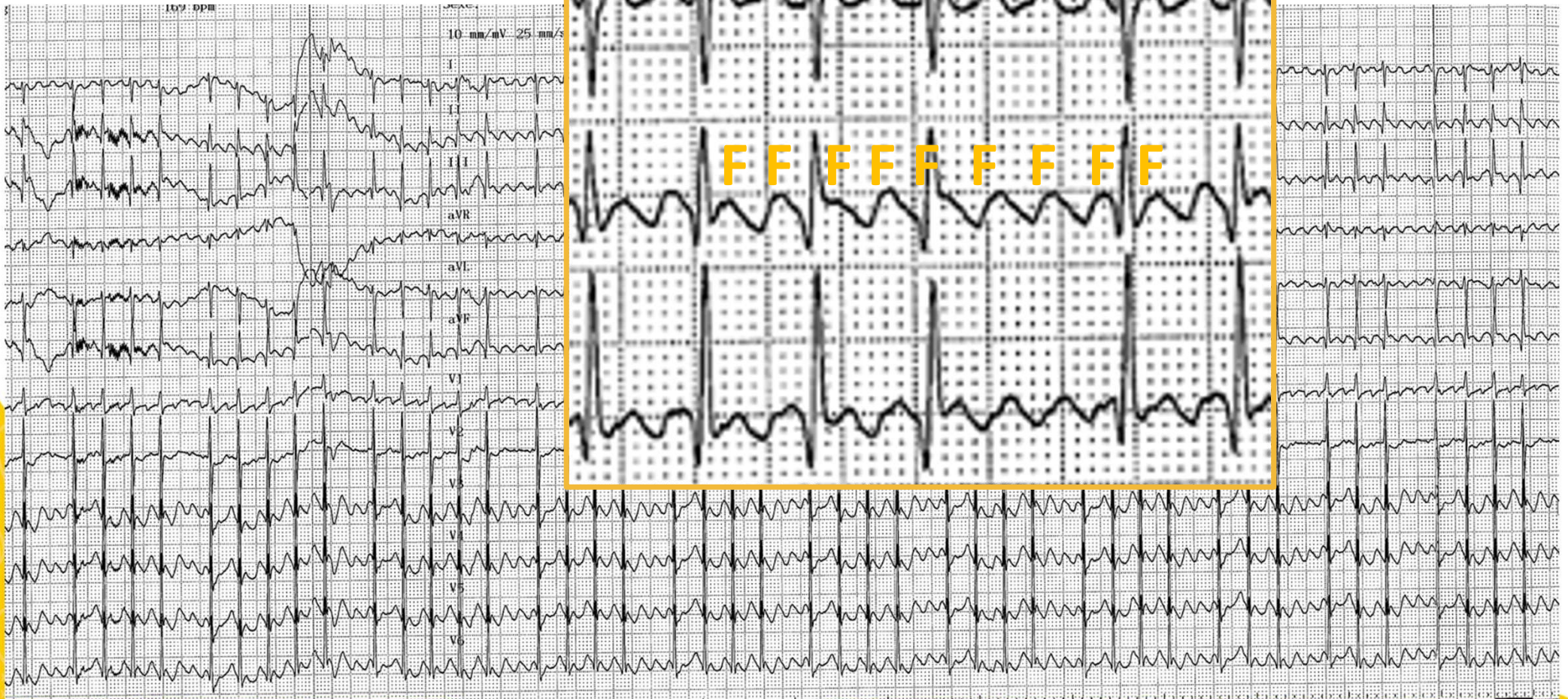
Voie accessoire





???

Flutter





Diagnostic par adénosine

Adénosine – striadyne 0,5-1mg/kg
Adénosine – Krénosin 50µg/kg

- ⚠ Atropine prête (20µg/kg)
- ⚠ ECG branché, impression en continu

Bloqueur du Nœud Atrio-ventriculaire

Aucun effet

Posologie trop basse
Tachycardie ventriculaire
septale haute

Ralentissement

Tachycardie sinusale
Junctional ectopic tachycardia

Réduction

Réentrée intra-nodale
Voie accessoire



PRISE EN CHARGE





Recommandations de prise en charge

Mancœuvre vagale : si réduction, surveillance scopée d'une possible récurrence.

Si échec : Adénosine 0,5 – 1mg/kg (ECG branché/Atropine prête): si réduction, surveillance scopée d'une possible récurrence.

Si récurrence : imprégnation

AMIODARONE 10-15 mg/kg/j en 2 prises

± FLECAINE 2-4 mg/kg/j

± PROPRANOLOL /!\ fonction systolique 0,5-1 mg/kg/j en 4 prises

Si mauvaise tolérance : CEE ± **ECMO**

Au long court:

TSV avant 5 ans : réduction spontanée

TSV > 5 ans : persiste chez > 75% des patients

Traitement d'entretien par Flecaïne, Propranolol, Amiodarone.

Ablation à partir de l'âge de 5 ans et > 15kg. (10 ans, 25kg)