

# Les recommandations ESC 2019 sur la prise en charge des patients avec tachycardies supraventriculaires, Quoi de neuf ?

Préparé par Pr Sana OUALI , Service de Cardiologie La RABTA, Tunis

Comparé aux recommandations de 2003, les recommandations de 2019 concernant la prise en charge des patients avec tachycardies supraventriculaires (TSV), ont inclus de nouveaux antiarythmiques non considérés antérieurement. La place, les techniques et les indications de l'ablation par cathéter ont également changé

## Les nouveaux concepts révisés en 2019 concernent :

1. Le traitement médicamenteux des tachycardies sinusales et des tachycardies atriales focales
2. Les options thérapeutiques de cardioversion en urgence et du traitement anticoagulant du flutter atrial
3. Le traitement des tachycardies par réentrée intranodale
4. Le traitement des tachycardies réciproques antidromiques et de la fibrillation atriale préexcitée
5. La prise en charge des patients avec une préexcitation ventriculaire asymptomatique
6. Le diagnostic et le traitement des cardiomyopathies induites par les tachycardies

## Les messages clés des recommandations 2019

Les messages clés des recommandations 2019 sont les suivants :

- Toutes les TSV ne sont pas des arythmies pathologiques chez le sujet jeune
- Les manœuvres vagales et l'adénosine sont les traitements de choix pour le traitement en urgence des TSV et peuvent également fournir des informations diagnostiques importantes.
- Le vérapamil n'est pas recommandé en cas de tachycardie à complexe QRS large d'étiologie inconnue.
- Pensez à utiliser l'ivabradine, le cas échéant, avec un bêtabloquant au cours des tachycardies atriales focales et les tachycardies sinusales inappropriées
- Dans toutes les arythmies ré-entrantes et la plupart des TA focales, l'ablation par cathéter devrait être proposée comme premier choix aux patients, après avoir expliqué en détail les risques et les avantages potentiels.

- Les patients présentant une tachycardie macro-ré-entrante après une chirurgie auriculaire doivent être référés à des centres spécialisés pour l'ablation.
- Dans les TA focales ou macro-ré-entrantes postablation de fibrillation atriale FA, l'ablation doit être différée d'au moins 3 mois après l'ablation de la FA, si possible
- Ablater les réentrées intranodales, typique ou atypique, avec des lésions dans la zone anatomique des extensions nodales, du septum droit ou gauche.
- Les réentrées intranodales, typique ou atypique, peuvent être ablatées avec un très faible risque de bloc AV.
- Ne pas utiliser le sotalol chez les patients ayant des TSV.
- N'utilisez pas de flécaïnide ni de propafénone chez les patients ayant un bloc de branche gauche, une cardiopathie ischémique ou structurelle.
- N'utilisez pas l'amiodarone dans la FA pré-excitée.
- Une patiente sur cinq présentant une pré-excitation asymptomatique développera une arythmie liée à leur VA au cours du suivi.
- Le risque d'arrêt cardiaque / de fibrillation ventriculaire chez un patient présentant une pré-excitation asymptomatique est de 2,4% pour 1 000 années-personnes.
- Le dépistage non invasif peut être utilisé pour la stratification du risque des patients présentant une pré-excitation asymptomatique, mais sa capacité prédictive reste modeste.
- Une évaluation invasive par une exploration électrophysiologique (EEP) est recommandée chez les patients présentant une pré-excitation asymptomatique qui ont une profession à haut risque ou qui sont des athlètes de compétition.
- Si un patient subit une évaluation avec un EEP et s'il présente un VA à risque élevé, il faut procéder à une ablation par cathéter.
- Si possible, évitez tous les médicaments antiarythmiques pendant le premier trimestre de la grossesse. Si des bêta-bloquants sont nécessaires, utilisez uniquement des agents sélectifs des bêta-1 (mais pas l'aténolol).
- Si une ablation est nécessaire pendant la grossesse, utilisez une cartographie non fluoroscopique.
- Envisager la cardiomyopathie rythmique chez les patients présentant une fonction VG réduite et une TSV.
- L'ablation est le traitement de choix des cardiomyopathies rythmiques secondaire à une TSV.
- L'ablation nodale AV avec une stimulation biventriculaire ou un faisceau de His ultérieure ('ablate and pace') doit être envisagée si le SVT ne peut pas être supprimé

## Les changements des recommandations actuelles des TSV comparés à celles de 2003

Dans les nouvelles recommandations 2019, nous notons :

- Un regain de place de l'adénosine et des manœuvres vagales dans le diagnostic des tachycardies à QRS fins et larges et stables sur le plan hémodynamique
- Une perte de place du niveau d'évidence de la flécaïnide et de l'amiodarone dans la prise en charge en urgence et à long terme des TSV
- Un regain de place du niveau d'évidence de l'exploration électrophysiologique chez les patients préexcités et des techniques ablatives dans la prise en charge à long terme des TSV même chez la femme enceinte

	2003	2019
<b>Prise en charge en urgence des tachycardies à QRS fins</b>		
Verapamil et diltiazem	I	IIa
Bétabloquants	IIb	IIa
Amiodarone et digoxine ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>Prise en charge en urgence des tachycardies à QRS larges</b>		
Procainamide	I	IIa
Adenosine	IIb	IIa
Amiodarone	I	IIb
Sotalol et lidocaïne ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>Traitement des tachycardies sinusales inappropriées</b>		
Bétabloquants	I	IIa
Verapamil/diltiazem et l'ablation par cathéter ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>Traitement du syndrome des tachycardies posturales orthostatiques</b>		
Prise de sel et des fluides	IIa	IIb
Les manœuvres de compression, les bétabloquants sélectifs, la fludrocortisone, la clonidine, le méthylphénidate, la fluoxétine,		

l'erythropoietine, l'ergotamine/ octreotide, et la phenobarbitone ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>Traitement des Tachycardies Atriales focales</b>		
<b>En urgence</b>		
Flecainide/propafenone	IIa	IIb
Beta-bloquants	I	IIa
Amiodarone	IIa	IIb
Procainamide, sotalol, and digoxin ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>A long terme</b>		
Beta-bloquants	I	IIa
Verapamil and diltiazem	I	IIa
Amiodarone, sotalol, and disopyramide ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>Traitement du flutter atrial</b>		
<b>En urgence</b>		
Stimulation oesophagienne ou atriale		
Ibutilide	IIa	I
Flecainide/propafenone	II b	III
Verapamil et diltiazem	I	IIa
Beta-bloquants	I	IIa
Digitaliques ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>A long terme</b>		
Dofetilide, sotalol, flecainide, propafenone, procainamide, quinidine, and disopyramide ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>Traitement des réentrées intranodales</b>		
<b>En urgence</b>		
Amiodarone, sotalol, flecainide, and propafenone are not mentioned in the 2019 Guidelines		
<b>A long terme</b>		
Verapamil and diltiazem	I	IIa
Beta-bloquants	I	IIa
Amiodarone, sotalol, flecainide, propafenone, et l'approche 'pill-in-the pocket' ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
Traitement des tachycardies jonctionnelles réciproques		

Flecainide/propafenone	<b>IIa</b>	<b>IIb</b>
Beta-bloquants	<b>IIb</b>	<b>IIa</b>
Amiodarone, sotalol, et l'approche 'pill-in-the pocket' approach ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		
<b>TSV au cours de la grossesse</b>		
Verapamil	<b>IIb</b>	<b>IIa</b>
Catheter ablation	<b>IIb</b>	<b>IIa*</b>
Sotalol, propranolol, quinidine, and procainamide ne sont pas mentionnés dans les Guidelines 2019		

## Les Nouvelles recommandations en 2019

Ivabradine seule ou en association avec les bêtabloquants devrait être considérée chez les patients symptomatiques	<b>IIa</b>
Ibutilide (i.v.) ibutilide peut être considérée en urgence dans la prise en charge des tachycardies atriales focales	<b>IIb</b>
L'ivabradine pour le syndrome de tachycardie posturale orthostatique et l'ivabradine en association avec les betabloquants pour le traitement chronique des tachycardies atriales focale peut être considérée	<b>IIb</b>
Les Patients avec flutter atrial sans FA devraient être considérés pour l'anticoagulation mais le seuil du score thromboembolique n'est pas établi	<b>IIa</b>
Ibutilide (i.v.), ou i.v. or oral (intra-hospitalier) dofetilide IV ou oral sont recommandés pour la cardioversion du flutter atrial	<b>I</b>
La stimulation atriale à haute fréquence est recommandée pour l'arrêt du flutter atrial en présence d'un stimulateur ou défibrillateur implantable	<b>I</b>
L' amiodarone IV n'est pas recommandée pour la fibrillation atriale préexcitée	<b>III</b>
Une exploration électrophysiologique devrait être considérée pour la stratification des préexcitations asymptomatiques	<b>IIa</b>

L'ablation par cathéter est recommandée chez les patients asymptomatiques chez qui l'exploration électrophysiologique avec l'utilisation d'isoprenaline a identifié des propriétés traduisant le haut risque telle qu'une période réfractaire < 250 ms, des voies accessoires multiples et des tachycardies liées à la voie accessoire	<b>I</b>
L'évaluation non invasive des propriétés de conduction de la voie accessoire chez des patients asymptomatiques peut être considérée	<b>IIb</b>
ablation par Cathéter peut être considérée chez les patients asymptomatiques avec une préexcitation avec une voie accessoire à faible risque à l'exploration invasive ou non invasive	<b>IIb</b>
ablation par Cathéter devrait être considérée chez les patients asymptomatique avec une préexcitation et une dysfonction VG liée à l'asynchronisme électrique	<b>IIa</b>
L'ablation du NAV avec une stimulation associée ( ablater et stimuler) biventriculaire ou Hisienne est recommandée si une tachycardie est responsable d'une cardiomyopathie qui ne peut être ablatée ou contrôlée par les médicaments .	<b>I</b>
Durant le premier trimestre de grossesse, il est recommandé d'éviter tous les antiarythmiques, si possible	<b>I</b>
Chez la femme enceinte, les betabloquants cardioselectifs (en dehors de l'atenolol) ou le verapamil pourraient être considérés pour la prévention des TSV chez les patients sans préexcitation	<b>IIa</b>
Chez la femme enceinte, flecainide ou propafenone pourraient être considérés pour la prévention des TSV chez les patients avec préexcitation et sans cardiopathie sous-jacente	<b>IIa</b>