



X. COPIE, G. LASCAULT, O. PAZIAUD, O. PIOT
Centre Cardiologique du Nord, SAINT-DENIS.

De la rythmologie sur un fil

■ OBSERVATION

M. C. a 39 ans lors de son infarctus qui le laisse avec une large séquelle antérieure et une dysfonction ventriculaire gauche (fraction d'éjection estimée à 30 %). Il n'a cependant pas d'insuffisance cardiaque et mène une vie acceptable malgré un reclassement professionnel. Six mois après la date de l'infarctus, il fait une syncope alors qu'il est seul chez lui. Il reprend rapidement ses esprits, mais se sent mal. Il appelle donc le SAMU et a la présence d'esprit d'ouvrir la porte d'entrée et d'attendre.

Quand le SMUR arrive, M. C. est inconscient. Sur le scope, il est en fibrillation ventriculaire. Un choc électrique externe délivré immédiatement permet une récupération rapide, sans séquelle.

A la suite de cette fibrillation ventriculaire récupérée, on retient l'indication d'implantation d'un défibrillateur. Il n'y avait pas d'élément pour une récurrence d'infarctus, et la coronarographie ne montrait pas d'évolution (occlusion chronique de l'IVA proximale). L'évolution est émaillée de récurrences de fibrillation ventriculaire, toutes bien détectées et réduites par le défibrillateur. En moyenne, le patient présente 3 à 4 épisodes de fibrillation ventriculaire par an.

Cependant, plus de 4 ans après l'implantation, le patient nous contacte par téléphone pour signaler qu'il a reçu un nouveau choc mais qu'il n'a pas récupéré la conscience aussi rapidement qu'à l'habitude.

Le défibrillateur est interrogé (*fig. 1*).

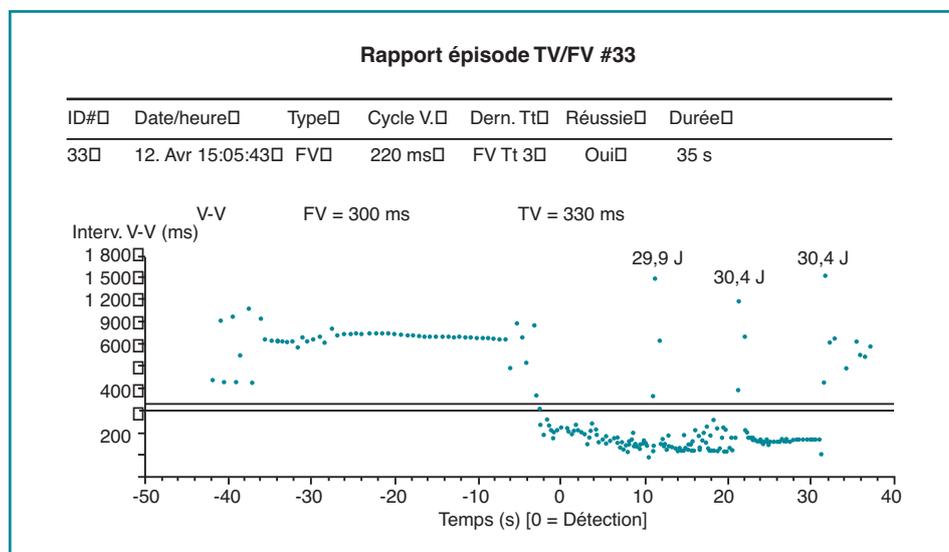


Fig. 1 : Synopsis de l'intervention du défibrillateur. Lors de l'interrogation, on obtient l'évolution de la fréquence cardiaque précédant l'événement rythmique, la fréquence cardiaque de cet événement, les interventions effectuées, et l'évolution de la fréquence cardiaque après l'événement. Comme il s'agit d'un défibrillateur, l'analyse est en cycles. Ici, on constate que le patient avait un cycle RR aux alentours de 600 ms avant la tachycardie (soit une fréquence cardiaque de 100/min), et que les cycles de la tachycardie sont inférieurs à 200 ms (soit plus de 300/min). L'élément marquant de cette interrogation sont les 3 interventions effectuées en zone de tachycardie, un choc à 29,9 joules, puis 2 chocs à 30,4 Joules. En fait, ces 2 premiers chocs à énergie maximale sont inefficaces, et le patient reste en troubles du rythme très rapides, et ce n'est que le 3^e choc qui permet l'arrêt de la tachy-

