

Cardioversion

La cardioversion est la conversion du rythme cardiaque, qui passe de la fibrillation auriculaire (ou flottement atrial) au rythme normal, connu sous le nom de rythme du sinus. La cardioversion électrique est également connue comme la cardioversion à courant continu (CVCC).

Cardioversion électrique

Cela peut faire peur de prime abord, mais il s'agit d'une technique très simple dans son principe et c'est un traitement hautement efficace chez les patients soigneusement sélectionnés. L'idée est d'utiliser une décharge électrique pour faire marcher le cœur tout entier immédiatement. Cela empêche la persistance de la fibrillation auriculaire. Après le choc, le battement du cœur normal (rythme du sinus) pourra se remettre en place.

La cardioversion en elle-même implique de brancher le patient à un moniteur ECG qui est relié au cardiovertteur / défibrillateur. Une injection d'anesthésique à demi-vie courte est pratiquée ou un sédatif puissant est administré. Le patient est alors endormi et/ou totalement indifférent au processus en cours.

Risques impliqués :

- Rythme cardiaque trop lent (bradycardie) : généralement très passager et tout au plus nécessitant un traitement à base d'un médicament par intraveineuse (atropine) ou d'un pacing cardiaque temporaire (stimulation cardiaque électrique pour relancer les battements du cœur).
- Rythme cardiaque trop rapide (tel que la tachycardie ventriculaire) qui requiert un choc complémentaire avant que le patient ne reprenne conscience.
- AVC : très peu commun si le patient est anti-coagulé entièrement avant le processus.
- Brûlures de la peau ou irritations cutanées causées par les électrodes (patches) : peu fréquentes avec les électrodes à patches modernes mais peuvent se produire plus souvent avec les anciennes palettes-électrodes en métal.

- Retour prématuré du rythme normal à la fibrillation auriculaire : peut exiger un autre choc (toujours sous anesthésie/sédation).

- Risques anesthésiques généraux : rares chez les personnes de taille normale sans autres problèmes médicaux.

Les patches ou les plaquettes-électrodes sont placés à l'arrière et à l'avant de la poitrine, ou sur les coins supérieur droit et inférieur gauche de la poitrine. Le cardiovertteur/défibrillateur est chargé et placé pour fournir un choc simultanément avec le battement de cœur suivant. Souvent le premier choc est réussi mais, parfois, plusieurs chocs avec des niveaux d'énergie croissants ou avec différentes positions de patch d'électrode sont nécessaires pour convertir le rythme.

Le rythme normal est reconstitué chez environ 90% de patients mais un petit pourcentage d'entre eux repassent immédiatement en fibrillation auriculaire. Au cours des jours suivants, 10% - 20% des patients retombent en arythmie mais cela peut être réduit si nécessaire en demandant au patient de prendre un médicament anti-arythmique.

Après le processus, le patient se réveille en +/- une minute ou et, bien que sonné pendant un moment, il regagne rapidement toutes ses facultés et sera prêt à rentrer chez lui après quelques heures. L'ECG est surveillé jusqu'à ce que le patient ait entièrement récupéré, un ECG à 12 dérivations est enregistré et on permet alors au patient de se lever et de se déplacer. Un ami ou une connaissance doit venir à l'hôpital avec le patient car celui-ci ne pourra pas conduire pendant les 24 heures suivant le processus et devra par conséquent être raccompagné chez lui. Quelqu'un doit également rester avec lui la nuit après le processus au cas où il y aurait une complication tardive.

Auteur : Professeur A John Camm, EP
 Avec le soutien du Dr. Matthew Fay, GP et de
 Mme Jayne Mudd, infirmière spécialisée dans l'arythmie

Date de publication : Octobre 2010

Pour de plus amples informations, contacter l'Atrial Fibrillation Association
 Administrateurs : Professeur A John Camm, Professeur Richard Schilling,
 Mme Jayne Mudd, infirmière spécialisée dans l'arythmie
 ©2010 Organisme de charité enregistré N° 1122442