

L'intérêt de l'ECG dans les bilans de syncope : un exemple de bloc bifasciculaire évoluant en bloc complet paroxystique

V. Lambeaux¹, A. Manara² et F. Thys²

Services des Urgences, ¹Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies, ²Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

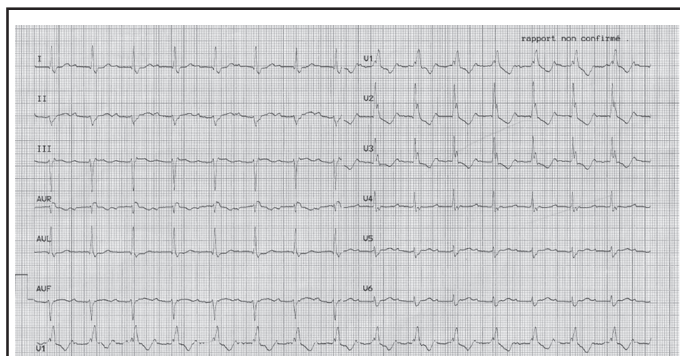
CAS CLINIQUE

Un homme de 56 ans est admis au service des urgences pour chute dans les escaliers et plaie au cuir chevelu.

La cause de la chute semble être une perte de connaissance transitoire. Le patient a été retrouvé à terre, inconscient. Après quelques secondes, le patient est revenu à lui avec une amnésie des faits. L'anamnèse révèle deux épisodes supplémentaires de perte de connaissance en 24 heures, brève, au repos, sans prodromes avec un retour rapide à l'état de conscience. Il n'a ni douleur thoracique, ni perte d'urines, ni dyspnée ou palpitations. Les antécédents personnels comportent un accident de la voie publique dans l'enfance et une hypertension artérielle. Il n'y a ni mort subite dans la famille, ni antécédents de maladie coronaire. Son traitement habituel comporte du péridopril 5 mg/jour.

L'examen clinique révèle un patient en bon état général, sans signe clinique d'anémie ou de déshydratation. Il n'y a pas de morsure de langue. L'examen cardiopulmonaire et neurologique est normal, en particulier, pas de souffle cardiaque ni de signe de décompensation cardiaque. Sur le cuir chevelu, il y a une plaie linéaire de 5 cm.

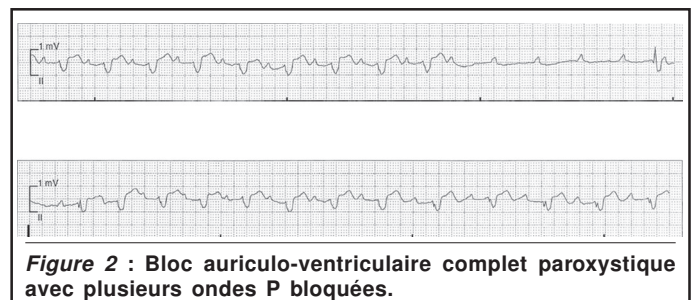
L'analyse sanguine de routine est sans particularité. L'électrocardiogramme (ECG) (figure 1)



montre un rythme sinusal régulier. Il y a un important allongement de la conduction auriculo-ventriculaire (espace PR mesuré à 300 msec), le complexe QRS est large (140 msec) avec un axe hypergauche (au-delà de -30°). Il y a une onde Q initiale en DI, AVL et V2. L'aspect du QRS est celui d'un bloc de branche droit complet.

Le diagnostic ECG est un bloc AV du premier degré associé à un bloc bifasciculaire (bloc de branche droit complet et bloc fasciculaire antérieur gauche). Cette triade est un signal d'alarme qui justifie une surveillance du patient au monitoring voire une exploration électrophysiologique pour différencier un bloc bifasciculaire avec bloc nodal d'un éventuel bloc bifasciculaire avec ralentissement de conduction dans le troisième faisceau.

Lors de la surveillance, le patient va présenter à plusieurs reprises des épisodes de BAV complet paroxystique (figure 2). Ce bloc de conduction auriculo-ventriculaire est responsable de l'hypoperfusion cérébrale globale transitoire et, par conséquent, de la syncope à l'emporte-pièce.



Il s'agit d'une indication de mise en place de pacemaker transitoire par voie transjugulaire avant la pose d'un stimulateur définitif.

DISCUSSION

Ce cas clinique illustre l'importance de l'électrocardiogramme et du monitoring continu dans la prise en charge des pertes de connaissance. Le trouble de conduction sur l'ECG d'admission suggérait

d'emblée une cause rythmologique à la syncope et imposait une surveillance dans un secteur spécialisé.

En salle d'urgence, les syncopes représentent environ 1 % des admissions¹. La syncope se définit comme une perte de connaissance transitoire, brève, à début rapide, dont la cause est une hypoperfusion cérébrale globale. Le retour à un état de conscience normal est spontané. Cette définition exclut les autres causes de perte de connaissance qui ne sont pas liées à une hypoperfusion cérébrale globale (épilepsie, AIT, troubles métaboliques tels que hypoxie ou hypoglycémie, intoxications).

On distingue essentiellement trois types de syncopes :

- les syncopes réflexes (vagales, situationnelles, ou par hypersensibilité du sinus carotidien) ;
- les syncopes sur hypotension orthostatique : hypovolémie, effets secondaires de médicaments, dysfonction du système autonome primaire ou secondaire ;
- les syncopes d'origine cardiaque ou cardiovasculaire. Celle-ci peuvent être secondaire à des arythmies (bradyarythmies, troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, ou tachyarythmies), à des cardiopathies structurelles (valvulopathies, pathologie ischémique, pathologie myocardique ou péricardique) ou à des pathologies vasculaires (embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, dissection aortique, vol vasculaire).

Dans la majorité des cas, les syncopes sont réflexes et bénignes, mais la détection des syncopes de cause cardiaque est capitale car elles sont potentiellement létales. Il s'agit de la deuxième cause en fréquence².

La démarche diagnostique initiale se base sur l'anamnèse, l'examen clinique orienté, l'ECG, la recherche d'hypotension orthostatique et le massage du sinus carotidien si le patient a plus de 40 ans.

A l'anamnèse, il faut préciser les circonstances de survenue et la position, les signes et symptômes au moment de la syncope, les caractéristiques de la perte de connaissance, le retour à l'état de conscience, les antécédents personnels et familiaux et le traitement médicamenteux.

L'examen clinique sera orienté et devra comporter une auscultation cardiaque minutieuse à la recherche d'un souffle ou de signes de décompensation cardiaque mais aussi la recherche de lésion traumatique secondaire. On recherchera l'hypotension orthostatique : mesure de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque couché puis debout pendant 3 minutes. Test positif si symptômes et chute de la TA systolique ≥ 20 mmHg ou TA diastolique ≥ 10 mmHg ou TA systolique < 90 mmHg.).

L'anamnèse et l'examen clinique auront pour but de confirmer le caractère syncopal de la perte de

connaissance, d'orienter vers un diagnostic et d'adapter les examens complémentaires pour dépister les causes potentiellement cardiaques.

Un électrocardiogramme doit faire partie de tout bilan de syncope.

Les anomalies à rechercher sont :

- une bradycardie sinusale sévère (< 40 /min), les pauses sinusales de plus de 3 secondes, les blocs auriculo-ventriculaires du deuxième ou troisième degré ;
- des anomalies de conduction intraventriculaire (QRS $> 0,12$ msec), le bloc bi- ou trifasciculaire ;
- une tachycardie (supra)-ventriculaire ;
- des signes d'ischémie myocardique ou une onde Q de séquelle d'infarctus ;
- une dysfonction de pacemaker ;
- une pré-excitation des complexes QRS et un espace PR court ;
- une hypertrophie ventriculaire gauche suspect de cardiomyopathie hypertrophique ;
- un intervalle QT long (ou court) ;
- un aspect de syndrome de Brugada (sus-décalage de ST de V1 à V3 avec bloc de branche droit), des ondes T négatives dans les précordiales droites et onde epsilon évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit.

L'électrocardiogramme et le monitoring continu sont donc des éléments essentiels dans le bilan des pertes de connaissances. Chez notre patient, l'absence de prodrome, le caractère brutal de la syncope avec amnésie des faits et la présence de blessures secondaires (plaie au cuir chevelu) étaient des éléments cliniques qui devaient susciter un bilan et une surveillance plus étroites afin de confirmer l'origine cardiaque aux syncopes.

Conflits d'intérêt : néant

REFERENCES

1. Blanc JJ, L'her C, Gosselin G *et al.* : Prospective evaluation of an educational programme for physicians involved in the management of syncope. *Europace* 2005 ; 7 : 400-6
2. Moya A, Sutton R, Ammirati F *et al.* : Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J* 2009 ; 30 : 2631-71

Correspondance et tirés à part :

A. MANARA
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Services des Urgences
Avenue Hippocrate 10
1200 Bruxelles
E-mail : alessandro.manara@uclouvain.be

Travail reçu le 1^{er} août 2013 ; accepté dans sa version définitive le 25 octobre 2013.