

RESOLVE

RESeau Cardiologie Urgence



FMC

Les Syncopes Aux Urgences

Dr Émilie NONIN & Dr Laurent FRANCOIS

Hôpital Louis Pradel

Cas Clinique

Croix Rousse, mardi 04 octobre 2011

Acte I

- ◆ De retour d'un excellent repas constitué de restes à la machine automatique de votre hôpital, à 2 h du matin bien entendu, votre interne favori(te) vous parle d'un patient arrivé vers 22 h, et installé depuis peu
- ◆ Il s'agit de Monsieur ROMEO

Acte I

- ◆ Il s'agit d'un homme, pas très joli (pas de chance avec un nom pareil ...) , qui vient amené par sa sœur (il est « vieux garçon ») Il est âgé de 46 ans.
- ◆ Il est ouvrier agricole ... dans une exploitation vinicole bourguignonne (curieusement cela vous intéresse plus...)

Acte I

- ◆ Il vient pour syncope (OK j'ai compris, ...)
- ◆ Mais non pas du tout : il s'agit d'une syncope sans prodrome, avec vraie perte de connaissance (une syncope quoi) d'une durée de 2 minutes.
- ◆ Après cette syncope, il allait très bien et ne voulait pas venir, mais sa sœur l'a convaincu.

Acte I

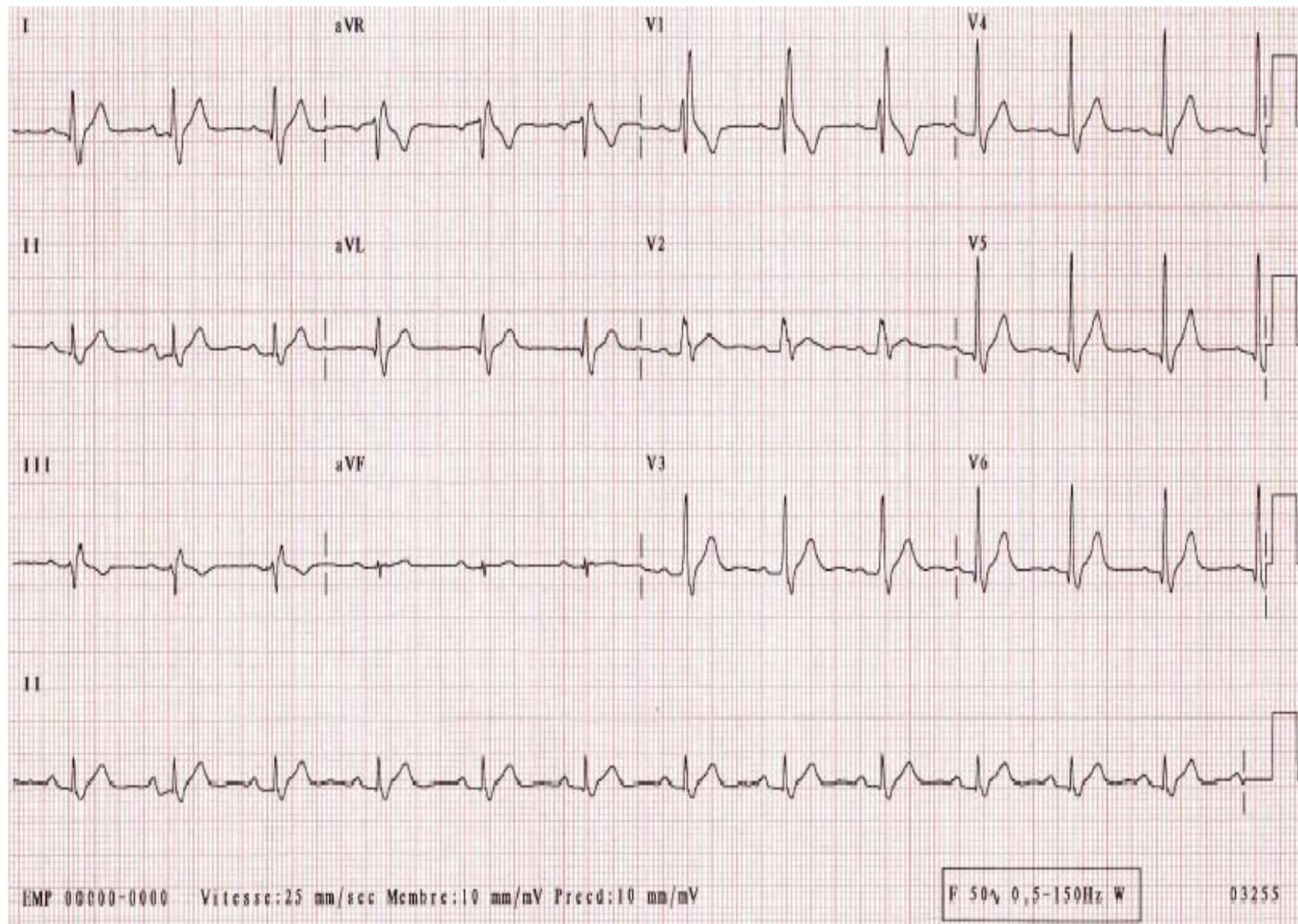
- ◆ Il faut dire que c'est le 4ème malaise en 8 mois, et toujours du même type.
- ◆ Mais il a consulté son médecin traitant alors et il avait une tension artérielle limite, et de l'Avlocardyl® a été prescrit à 40mg matin et soir.

Acte I

- ◆ Sinon, il a un antécédent de chirurgie d'hernie inguinale droite, et de fracture du tibia il y a 20 ans
- ◆ Il fume 1 paquet par jour, et c'est son seul facteur de risque connu
- ◆ Il dit ne pas consommer d'alcool en excès, c'est pas son truc, lui il aime ... les jeux vidéos.

Acte I

- ◆ Cliniquement, il a une TA à 158/82 mmHg, FC à 72 min, FR à 13/min
- ◆ L'examen neuro est bien normal
- ◆ Auscultation cardio pulmonaire aussi
- ◆ Le ventre est bien souple, sans masse palpable
- ◆ Et l'ECG ? Oui, voilà.



STOP, à vous maintenant

- 1 - L'ECG est de mauvaise qualité, il y'a une inversion d'électrode (à 2H du matin...)
- 2 - RS avec une séquelle de nécrose inférieure.
- 3 - RS, séquelle de nécrose inférieure et BBD.
- 4 - RS, BBD et un HBAG.
- 5 - RS, BBD et un axe gauche.

Réponse 4

- ◆ RS, BBDt et HBAG.
- ◆ Il existe également un BAV du 1^{er} degré.
- ◆ On parle de Bloc bifasciculaire.



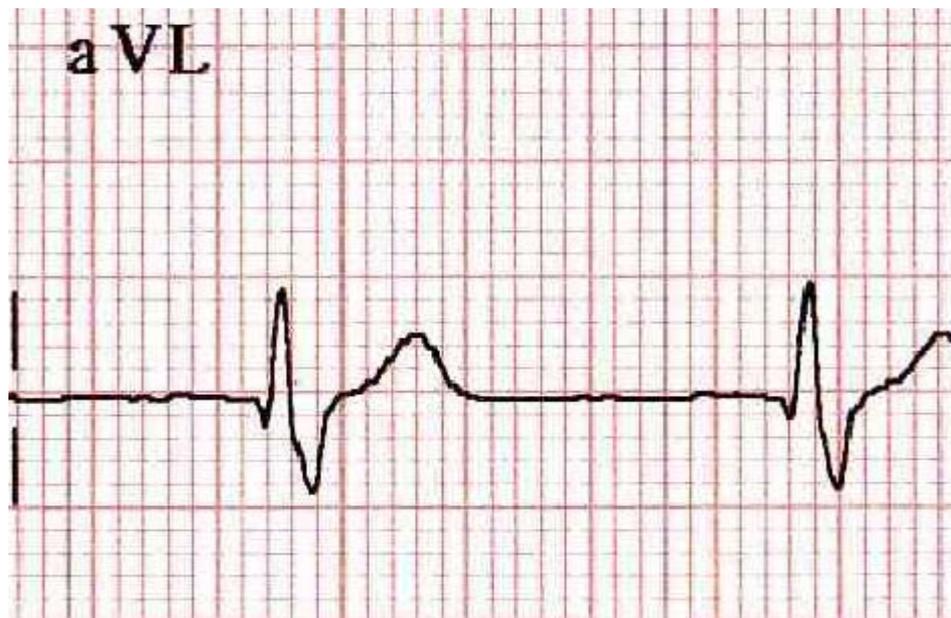
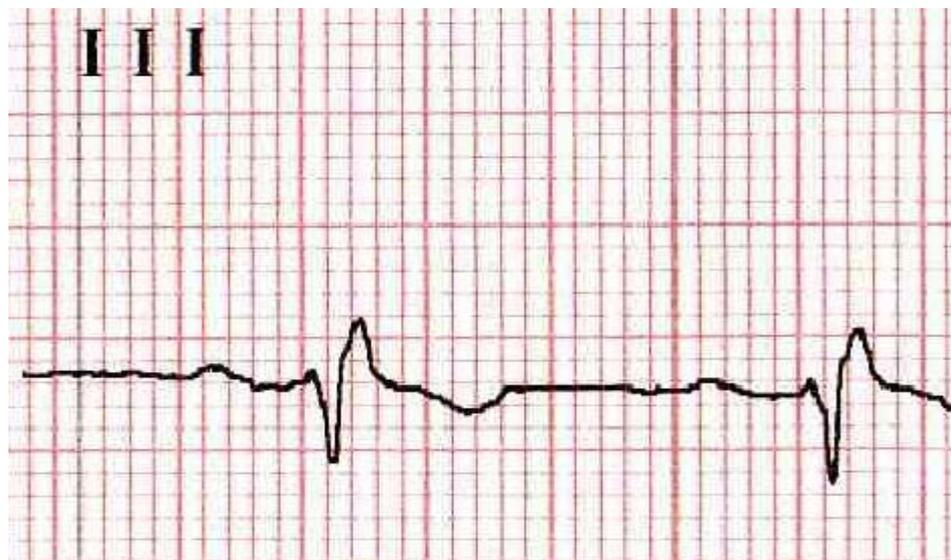
Rappel 1: Bloc Trifasciculaire

- ◆ Définition: interruption (complète ou incomplète, permanente ou en alternance) des trois divisions principales du **faisceau de His** (branche droite, faisceau antérieur gauche, faisceau postérieur gauche).
- ◆ Il s'agit d'un **bloc infra-nodal** de mauvais pronostic.
- ◆ Les expressions ECG sont :
 - l'alternance d'un **bloc de branche droit** complet avec un **bloc de branche gauche** complet (Bloc de branche bilatéral)
 - l'association d'un **bloc de branche droit** complet et d'un **hémibloc antérieur gauche** alternant avec un **hémibloc postérieur gauche**

Rappel 2: HBAG

- Pour mémoire il faut pour parler d'HBAG
 1. une durée de QRS $< 0,12$ s
 2. un **axe hypergauche** au-delà de -30° (jusqu'à -90°)
 3. un aspect qR en DI-VL et rS en inférieur

En effet l'activation initiale du VG (activation du septum) est normale (vers le bas, expliquant le r en inférieur et le petit q en DI VL) puis se fait à partir de l'hémibranche postérieure expliquant un axe supérieur pour le reste du QRS



Acte II

- ◆ Votre analyse de la situation, après avoir vu le patient est la suivante : Oui il s'agit bien d'une syncope à l'emporte pièce
- ◆ L'examen clinique est normal
- ◆ ECG retrouve un bloc bi fasciculaire
- ◆ L'hypothèse d'un alcoolisme est fort peu probable et de toute façon, le malaise présenté n'évoque pas cette étiologie (encore capable d'une bonne analyse à 3 h du matin).

Acte II

- ◆ L'analyse biologique n'apporte pas élément supplémentaire, en particulier troponine, BNP, DDimères.
- ◆ Bien, bien que faire ?
- ◆ Et pourquoi pas une écho FAST cardio ?, vous dit votre interne préféré(e) (mais là à 3h du matin, il/elle commence à énerver)

Question ?

- 1 - Non et puis quoi encore, c'est la nuit...
- 2 - Je ne sais pas faire, alors.....
- 3 - Je n'ai pas l'appareil....
- 4 - Oui, c'est une bonne idée.
- 5 - Mais cela ne sert à rien l'écho FAST, l'examen clinique est normal.

Acte III

- ◆ Courageux, et aimant les défis, vous réalisez une Fast coeur.
- ◆ Cet examen est normal
- ◆ Alors que faire ?

Question

- 1 - Hospitalisation et surveillance en télémétrie. Si RAS demain, retour au domicile.
- 2 - Hospitalisation, télémétrie et dès demain transfert en cardio.
- 3 - Retour à domicile et demande de rendez-vous de holter rapidement avec consultation cardio.
- 4 - Hospitalisation d'emblée en USIC.

QUE NOUS DISENT LES RECOMMANDATIONS ?

Table 11 Risk stratification

Short-term high risk criteria which require prompt hospitalization or intensive evaluation

Severe structural or coronary artery disease (heart failure, low LVEF, or previous myocardial infarction)

Clinical or ECG features suggesting arrhythmic syncope

- Syncope during exertion or supine
- Palpitations at the time of syncope
- Family history of SCD
- Non-sustained VT
- Bifascicular-block (LBBB or RBBB combined with left anterior or left posterior fascicular block) or other intraventricular conduction abnormalities with QRS duration ≥ 120 ms
- Inadequate sinus bradycardia (< 50 bpm) or sinoatrial block in absence of negative chronotropic medications or physical training
- Pre-excited QRS complex
- Prolonged or short QT interval
- RBBB pattern with ST-elevation in leads V1–V3 (Brugada pattern)
- Negative T waves in right precordial leads, epsilon waves, and ventricular late potentials suggestive of ARVC

Important co-morbidities

- Severe anaemia
- Electrolyte disturbance

Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009).

European Heart Journal (2009)

ARVC = arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy; b.p.m. = beats per minute; LBBB = left bundle branch block; LVEF = left ventricular ejection fraction; RBBB = right bundle branch block; SCD = sudden cardiac death; VT = ventricular tachycardia.

Tableau 4. Anomalies de l'ECG suggérant que la syncope est liée à un trouble du rythme ou de la conduction (les anomalies responsables d'une syncope sont rapportées dans le paragraphe « Le diagnostic est certain »)

- Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD associé à un HBAG ou HBPG)
- Autres anomalies de la conduction intraventriculaire (durée QRS $\geq 0,12$ secondes)
- BAV du 2^e degré Mobitz 1, bradycardie sinusale asymptomatique (< 50 /minute), bloc sino-auriculaire
- Arrêt sinusal > 3 secondes en l'absence de médicaments chronotropes négatifs
- Préexcitation des complexes QRS
- Intervalle QTc prolongé
- Intervalle QTc court
- BBD avec sus-décalage du segment ST dans les dérivations V1 à V3 (syndrome de Brugada)
- Ondes T négatives dans les dérivations précordiales droites et onde epsilon évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit
- Ondes Q évoquant un infarctus du myocarde

Pertes de connaissances brèves de l'adulte: prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes.

RECOMMANDATIONS HAS Mai 2008

Tableau 10. Quand faut-il hospitaliser un patient avec une syncope ? (classe 1)**Pour le diagnostic d'une syncope cardiaque :**

- cardiopathie importante connue ou suspectée à l'examen clinique ;
- cardiopathie suspectée à l'interrogatoire ou arguments à l'ECG ;
- anomalies de l'ECG suspectes telles qu'énumérées dans le tableau 4 ;
- syncope survenant à l'effort ;
- histoire familiale de mort subite ;
- patients ayant eu des palpitations avant la syncope ;
- syncopes survenant en décubitus.

Pour le traitement d'une syncope cardiaque certaine :

- arythmies cardiaques ;
- syncopes liées à une ischémie cardiaque.

Pour l'évaluation ou le traitement d'une syncope orthostatique en fonction de l'étiologie suspectée ou avérée.

Pour la prise en charge des pathologies associées ou des traumatismes secondaires sévères.

Pour des raisons liées au contexte médico-social.

Outre les situations cliniques inquiétantes (syncope au décubitus ou pendant l'effort) et les antécédents de mort subite familiale c'est essentiellement les anomalies ECG qui entraînent une hospitalisation .

Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. RECOMMANDATIONS HAS Mai 2008

Acte IV

- ◆ Vos collègues ont fait le choix d'une hospitalisation pour la nuit puis d'un retour a domicile avec un Holter

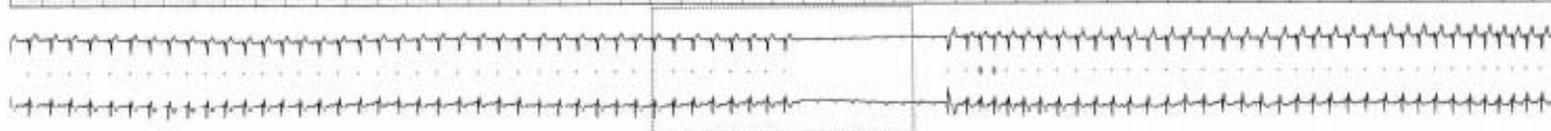
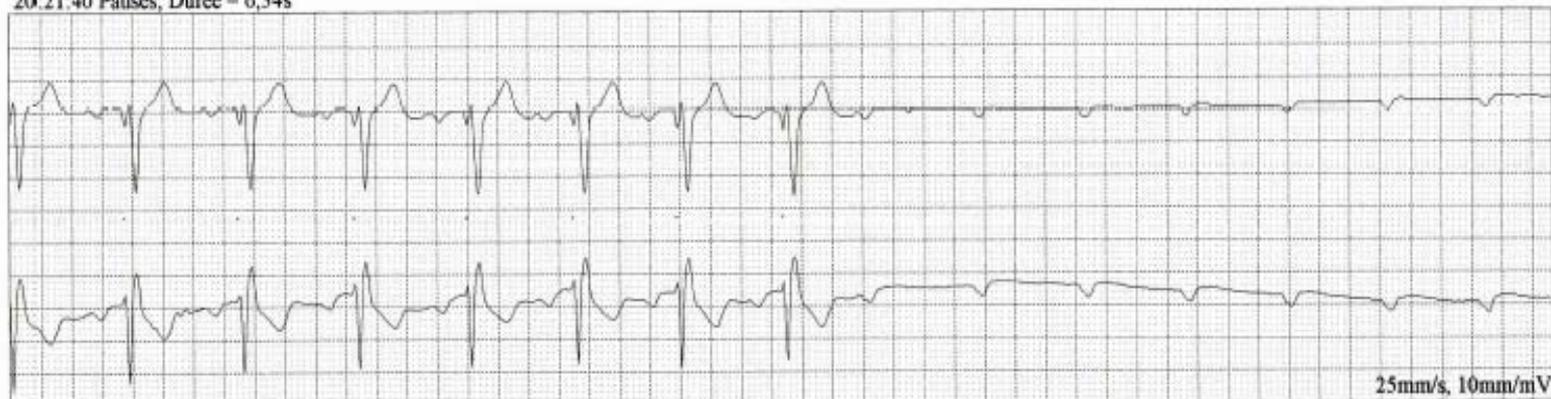
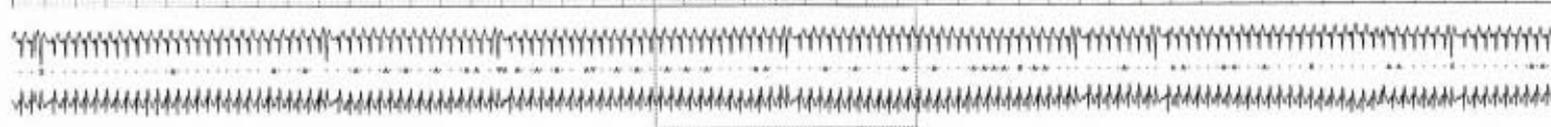
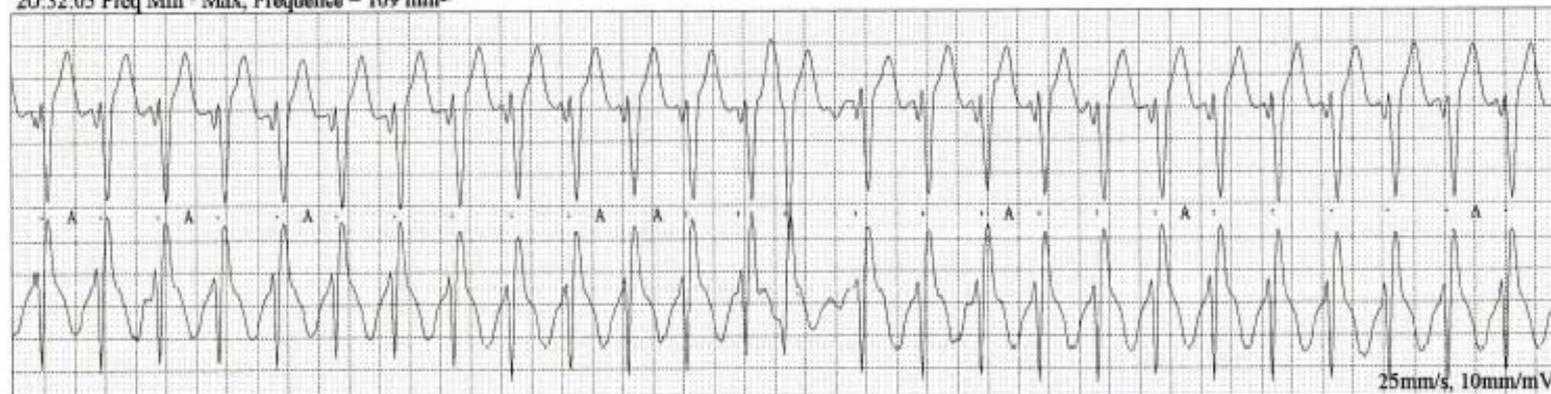
Acte V

- ◆ Deux jours plus tard vous êtes de garde de nouveau
- ◆ Quelle surprise de retrouver à la relève monsieur Roméo !
- ◆ Sa sœur (encore) l'a ramené hier soir vers 22 h pour une nouvelle syncope, mais quelle chance, il avait sur lui le holter prescrit
- ◆ Vous vous emparez de ce holter et vite, allez le donner à votre charmant cardiologue (= pléonasme : les cardios sont toujours charmant(e)s)

Acte V

- ◆ Deux heures plus tard il vous appelle et vous demande de venir le voir immédiatement
- ◆ Mais qu'a t-il découvert ?

20:21:40 Pauses; Durée = 6,34s

20:32:05 Fréq Min - Max; Fréquence = 169 min⁻¹

Question

- 1 - Un trouble du rythme.
- 2 - Un BAV II, mobitz 1.
- 3 - Une longue pause sinusale.
- 4 - Un BAV II de haut haut degré.
- 5 - Un BAV complet sans échappement.

EPILOGUE

