



HAL
open science

Bradycardie... vous avez dit bradycardie ?

Claude Kouakam

► **To cite this version:**

Claude Kouakam. Bradycardie... vous avez dit bradycardie ?. La Presse Médicale Formation, 2020, 1, pp.543 - 544. 10.1016/j.lpmfor.2020.09.006 . hal-03492563

HAL Id: hal-03492563

<https://hal.science/hal-03492563>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

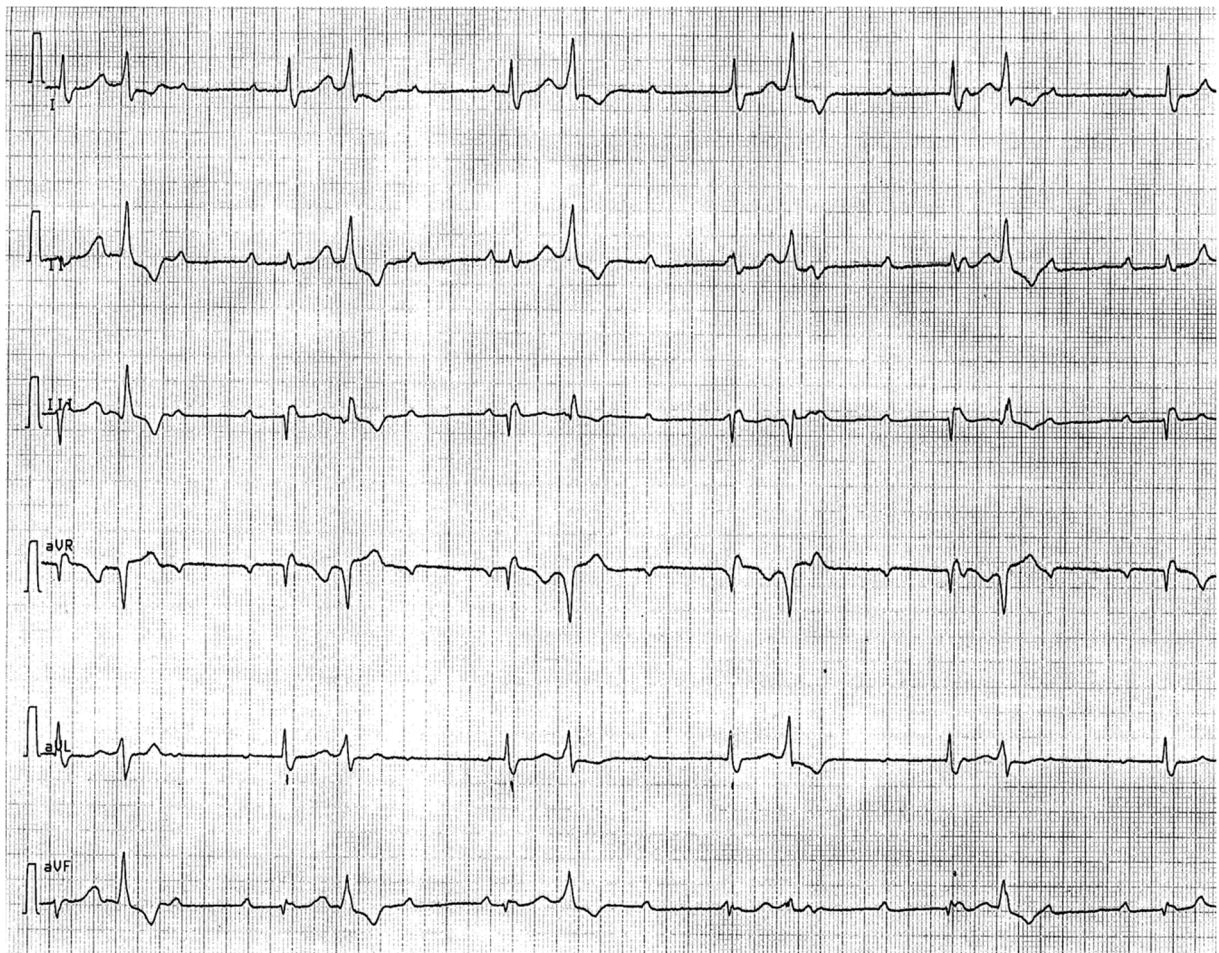
Bradycardie... vous avez dit bradycardie ?

Claude Kouakam
Institut cœur Poumon, CHU Lille, 59000 Lille
claude.kouakam@chru-lille.fr

Une patiente de 81 ans, hypertendue et diabétique, bien équilibrée sous Irbésartan et Metformine, consulte son médecin traitant pour asthénie, lipothymie et altération de l'état général depuis 15 jours, à la suite d'un épisode diarrhéique. Les bruits du cœur sont lents à l'auscultation, pas tout à fait réguliers, avec un souffle systolique 2/6 au foyer aortique connu, ancien ; le murmure vésiculaire est symétrique sans rôle. La tension artérielle est limite, à 105/70 mmHg. La patiente est adressée aux urgences pour bilan et prise en charge.

L'ECG à l'admission aux urgences est le suivant (figure 1)

Figure 1 – ECG à l'arrivée aux urgences



Quel est votre diagnostic ?

Que faites-vous ?

Démarche diagnostique

De quel type de bradycardie s'agit-il ?

L'ECG à l'admission aux urgences montre une bradycardie non sinusale pas tout à fait régulière avec 2 morphologies distinctes de QRS :

- une première avec des QRS relativement fins (110 ms), à une fréquence $\leq 30/\text{min}$ et des intervalles RR équidistants qui semblent totalement dissociés de l'activité atriale dont la fréquence est un peu plus rapide à 50/min ;
- une seconde morphologie de QRS beaucoup plus larges qui surviennent de manière répétitive à la fin de l'onde T de chaque complexe QRS avec un couplage fixe. Les intervalles PP sont équidistants et totalement dissociés des complexes QRS (les intervalles PR sont variables et il n'y a aucune relation entre les ondes P et aucun QRS quel que soit sa morphologie ; de temps en temps, l'onde P paraît bloquée). Les intervalles QRS de morphologie identique sont équidistants.

Réponse

Il s'agit donc d'un bloc auriculo-ventriculaire complet à QRS fins associé à un bigéminisme ventriculaire. L'association d'un trouble de conduction et d'un trouble de l'excitabilité fait évoquer en première hypothèse une origine iatrogène métabolique.

Le bilan biologique réalisé aux urgences a effectivement confirmé une insuffisance rénale aiguë avec hyperkaliémie. Après réhydratation et correction de l'insuffisance rénale et de la dyskaliémie, l'ECG s'est normalisé ; la patiente a pu regagner son domicile sans nécessité d'implantation d'un stimulateur cardiaque.

Pour en savoir plus

Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt OA et al ; ESC Committee for Practice Guidelines CPG). 2013 ESC guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: the task force on cardiac pacing and resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA). **Eur Heart J** 2013; 34(29): 2281-329

Conflit d'intérêts: Aucun en rapport avec la publication de cet article