

# L'ÉNIGME ECG...



*Pierre Denormandie, Denis Amet  
Hôpital Européen Georges Pompidou, Département de Cardiologie,  
Unité de soins Intensifs*

Vous êtes appelé en salle de déchocage des urgences pour un homme de 45 ans, sans traitement particulier ni antécédent notable en dehors d'accès brefs de palpitation, hospitalisé via les sapeurs-pompiers pour malaise sans perte de connaissance.

L'examen clinique retrouve des bruits du cœur irréguliers sans souffle, un tableau d'insuffisance cardiaque globale avec des signes de mauvaise tolérance : confusion, marbrure et hypotension.

L'ECG de surface vous est présenté (*Figure 1*).

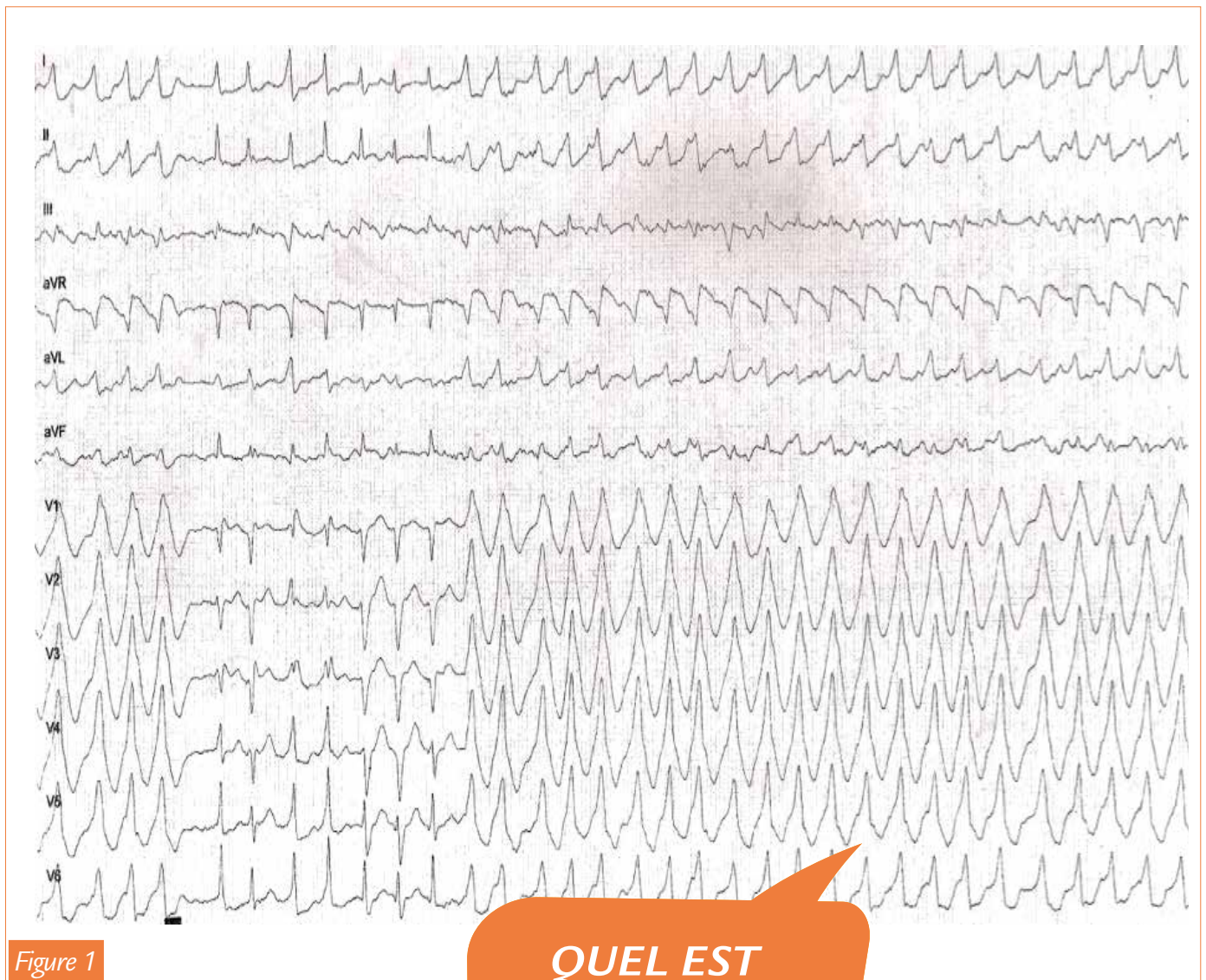


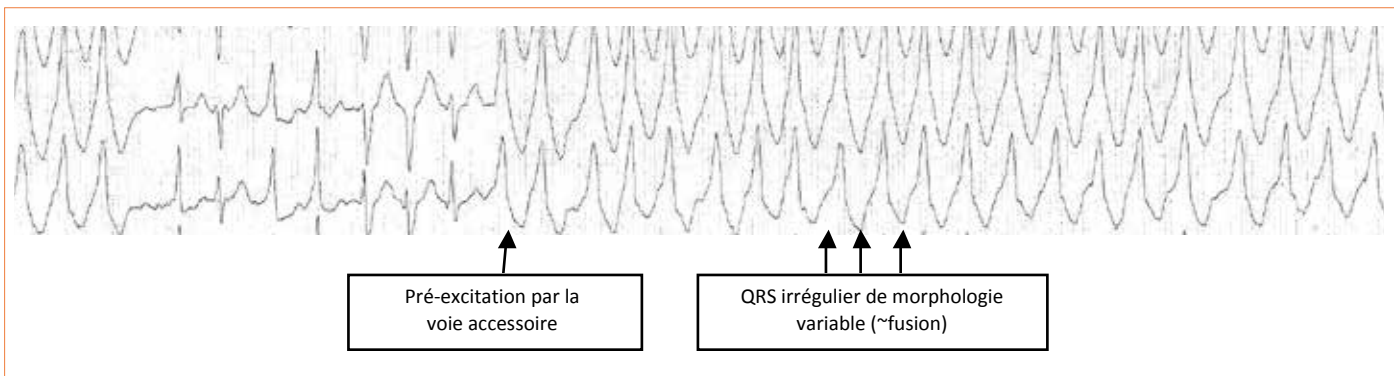
Figure 1

**QUEL EST  
VOTRE  
DIAGNOSTIC ?**

## Réponse

FA à conduction ventriculaire rapide par voie accessoire perméable.

ECG caractéristique devant l'association d'une tachyarythmie avec préexcitation et QRS irréguliers et de largeur très variable.



Diagnostic différentiel de FA avec aberration est éliminé devant la morphologie variable des QRS, retard droit mais atypique pour un BBD, concordance positive (activation basale du ventricule gauche) témoignant d'une voie accessoire perméable en antérograde. La réponse ventriculaire est très rapide avec l'intervalle minime RR des QRS pré-excité à 280 ms.

La prise en charge initiale a consisté en un choc électrique externe devant l'instabilité hémodynamique du patient, permettant de restituer un rythme sinusal régulier (*Figure 2*).

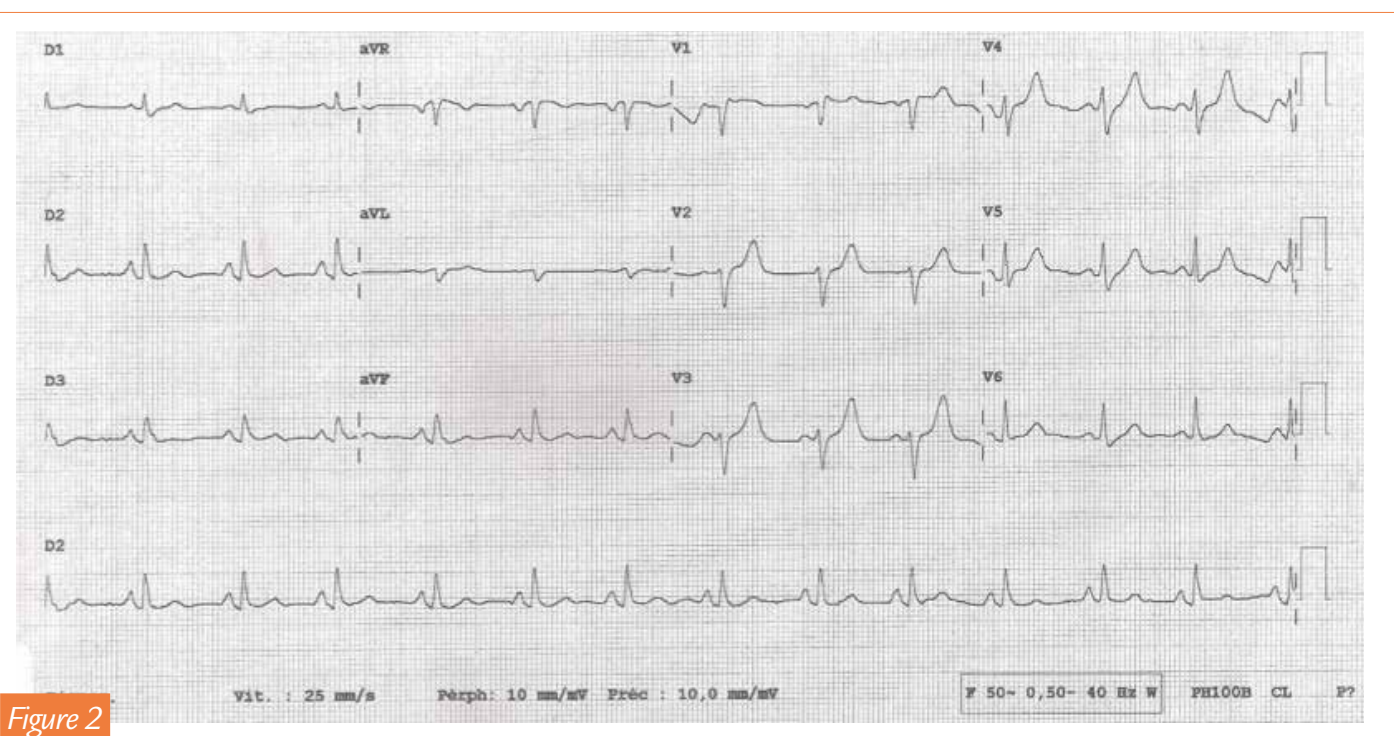


Figure 2

L'ECG de surface après réduction (*Figure 2*) ne retrouve pas la pré-excitation attendue, probablement en lien avec une perméabilisation du nœud atrio-ventriculaire.

Celle-ci est démasquée après l'administration d'une ampoule d'adénosine, bloquant le NAV et forçant la conduction par le faisceau accessoire (*Figure 3*).

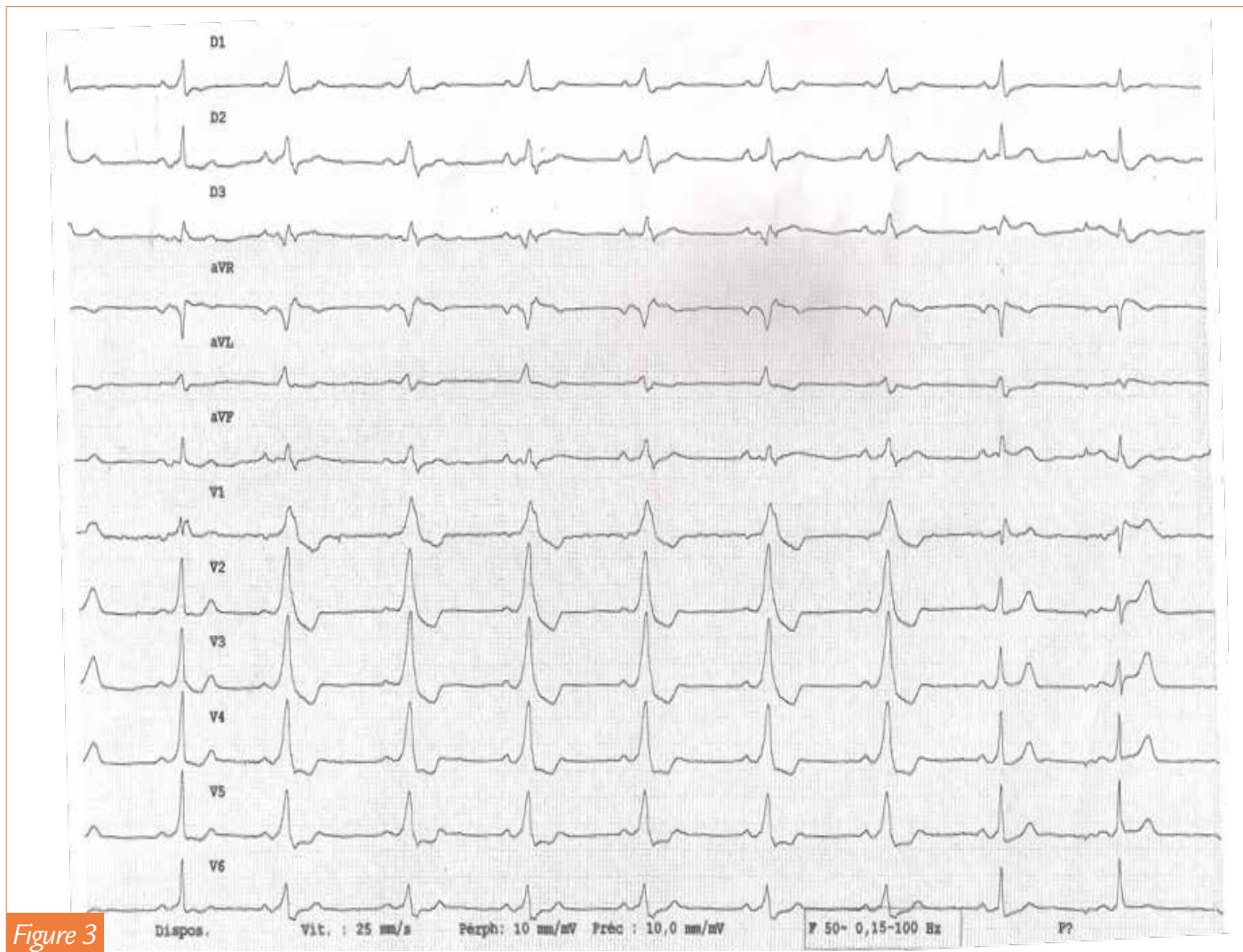


Figure 3

## Discussion

En dehors de ce contexte d'urgence, le traitement peut reposer sur une cardioversion par antiarythmique de classe IC (flécaïnide, propafénone) ou l'amiodarone. Le traitement ralentisseur à long terme repose sur les mêmes médicaments, avec moins d'effets secondaires pour la classe IC. Le traitement préventif des formes symptomatiques sévères repose sur les méthodes ablatives (recommandation IA)

Tout syndrome de préexcitation sur un ECG doit être exploré initialement par une ETT pour éliminer une cardiopathie sous-jacente (Ebstein) ou plus rarement une cardiopathie rythmique et par un test d'effort et un Holter ECG à la recherche d'une interruption brutale de la conduction par le Kent pour estimer sa perméabilité.

Souvent les explorations non invasives n'arrivent pas à conclure et on effectue l'exploration électrophysiologique afin d'évaluer la période réfractaire et d'évaluer l'inductibilité. Le risque survient lorsque l'intervalle

R-R ou la période réfractaire effective est  $< 250$  ms car la voie accessoire autorise alors des conductions supra-normales et donc une réponse ventriculaire pouvant dégénérer en TV ou FV.

