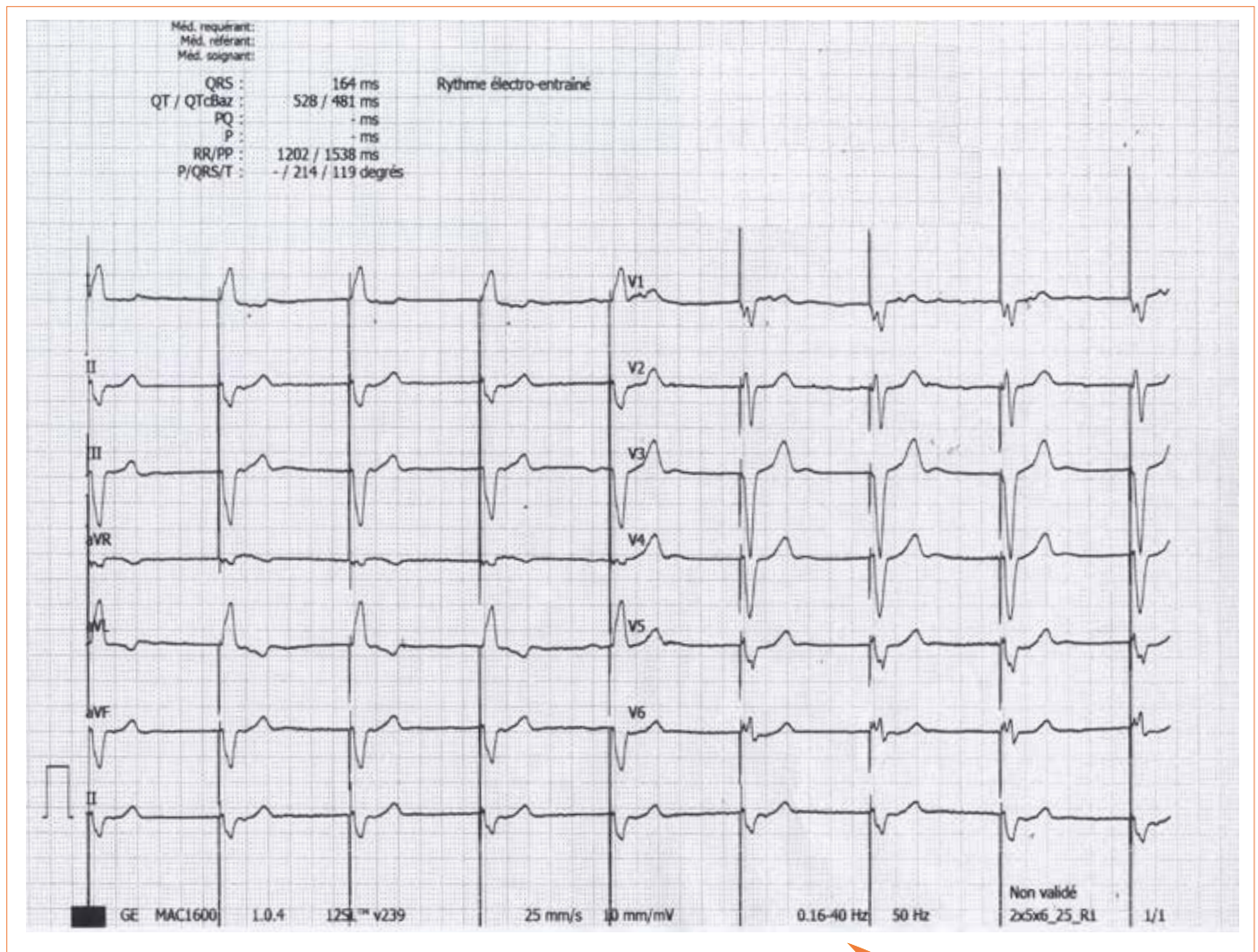




CAS CLINIQUE

*Dr Caroline Chong-Nguyen, Dr Konstantinos Chatzistergiou,
Hôpital Simone Veil, Eaubonne*

Homme de 89 ans, se présente aux urgences pour dyspnée d'effort et oedèmes des membres inférieurs
Le patient est porteur d'un Pacemaker double chambre pour BAV de haut degré.
L'ECG est le suivant. Quel est votre diagnostic ? Changez vous la programmation du PM ?

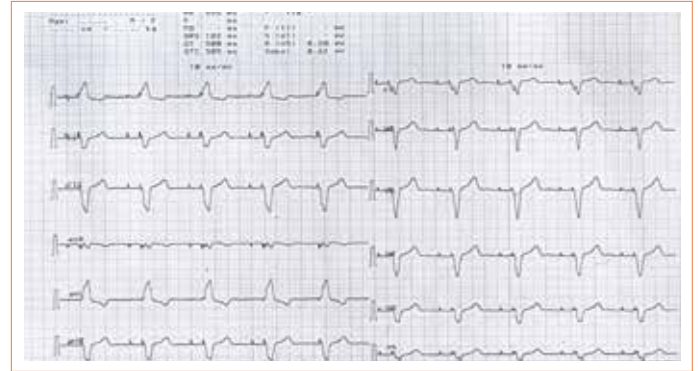
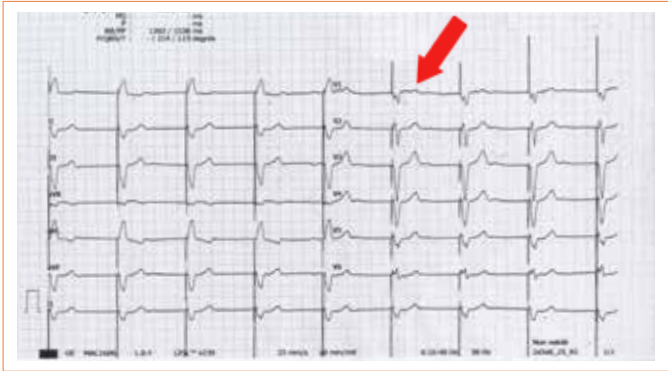


**QUEL EST
VOTRE
DIAGNOSTIC ?**

L'ÉNIGME ECG...

L'ECG montre une stimulation en VVI-R à 50bpm avec une P rétrograde Le diagnostic est celui d'un syndrome du pacemaker

Réglage du PM en DDD-R à 60bpm: disparition du P rétrograde et amélioration des symptômes.



Syndrôme du pacemaker

- L'incidence de ce syndrome chez les patients en VVI-R est de 18% ¹
- Le syndrome du pacemaker est défini par :
 - la dissociation chronique entre les contractions atriales et ventriculaires ²
 - ou la présence d'une onde P rétrograde
- Il s'agit d'une conduction rétrograde pendant la stimulation de type VVI-R. Toutefois, le syndrome est aussi observé chez patients avec autres types de stimulation ³
- Plusieurs mécanismes expliquent les symptômes ^{4, 5}:
 - la dépolarisation rétrograde ventriculo-atriale entraîne une contraction atriale avec valves atrioventriculaires fermées. Ce phénomène conduit alors à un flux sanguin inversé et une pression élevée anormale au niveau des valves;
 - la perte de la systole atriale liée à la stimulation ventriculaire peut réduire le débit cardiaque d'au moins 30% ;
 - le syndrome du pacemaker induit une dissociation auriculoventriculaire
- Les principales complications sont la fibrillation atriale, les événements thrombo-emboliques et l'insuffisance cardiaque ⁵
- Le traitement comprend de la reprogrammation du pacemaker ou le placement d'une nouvelle sonde atriale, permettant une amélioration rapide des symptômes. ^{2, 6}
- La programme du PM se fait en DDDR

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt avec le sujet traité.

RÉFÉRENCES

1. Link MS, Hellkamp AS, Estes NAM, Orav EJ, Ellenbogen KA, Ibrahim B, et al. High incidence of pacemaker syndrome in patients with sinus node dysfunction treated with ventricular-based pacing in the Mode Selection Trial (MOST). *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2004 [cited 2017 May 21];43(11):2066–71. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704004991>
2. Ellenbogen KA, Gilligan DM, Wood MA, Morillo C, Barold SS. The pacemaker syndrome -- a matter of definition. *Am J Cardiol* [Internet]. 1997 May 1 [cited 2017 May 22];79(9):1226–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9164889>
3. Schüller H, Brandt J. The pacemaker syndrome: old and new causes. *Clin Cardiol* [Internet]. 1991 Apr [cited 2017 May 21];14(4):336–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2032410>
4. Trohman RG, Kim MH, Pinski SL, Crespi A, Skarstad P, Khalilullah M. Cardiac pacing: the state of the art. *Lancet (London, England)* [Internet]. WB Saunders Co, Philadelphia; 2000 [cited 2017 May 22];364(9446):1701–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15530632>
5. Lamas GA. Evidence Base for Pacemaker Mode Selection: From Physiology to Randomized Trials. *Circulation* [Internet]. 2004;109(4):443–51. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.CIR.0000115642.05037.0E>
6. Singh S. Pacemaker syndrome. *Heart*. 2004;90(1):58.