

## Surprise sur syncope

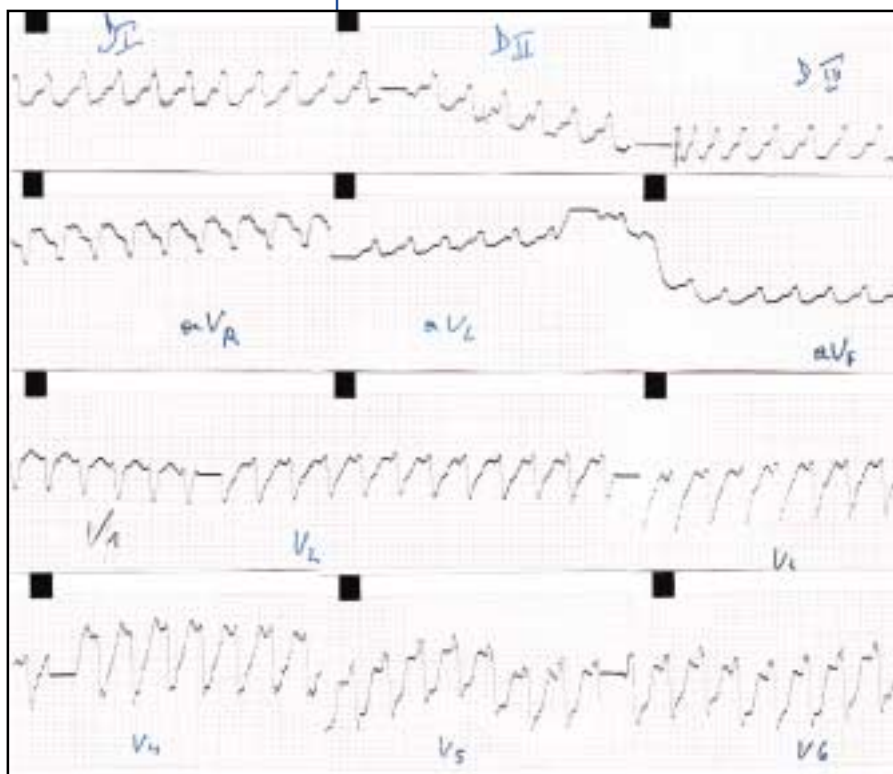
par le Dr Elide Montesi\*

\* Médecin généraliste  
5060 Sambreville

**U**n samedi, vers 16 h 00, la fille d'un voisin sonne à ma porte, très inquiète : « Docteur, je sais que vous n'êtes pas de garde, mais pourriez-vous venir voir mon père ? Il a fait une syncope. »

Je me rends directement chez le père de cette jeune fille, monsieur V., il a 67 ans et n'est pas un

de mes patients. À mon arrivée, je le trouve étendu sur le sol mais bien conscient. Il m'explique qu'il s'est senti « drôle » en sortant des toilettes où il était allé vomir. Il souffre en effet de nausées et de douleurs abdominales depuis le matin. Avec l'aide de sa fille, je l'installe sur le canapé et peux ainsi constater que toute tentative pour le redresser entraîne une tendance syncopale alors que couché, il se sent bien. Ce qui au départ pouvait ressembler à une syncope vagale sur vomissements, apparaît plus grave au cours de l'examen clinique. La tension artérielle (couché) est imprenable, le pouls imperceptible, et le rythme cardiaque particulièrement rapide. Le patient me dit avoir pris un demi comprimé de Selo-zok® pour calmer les palpitations qu'il ressent depuis le matin. Mais il ne se plaint ni de dyspnée ni de précordialgies. J'apprends qu'il a subi une endoprothèse pour traitement d'un anévrisme aortique quelques mois auparavant. Je réalise un électrocardiogramme.



*Quel est votre diagnostic ?*

*À quel diagnostic différentiel faut-il songer ?*

...

## RÉPONSE

La fréquence cardiaque est de 200/min en moyenne et régulière. Les complexes QRS sont larges, d'une durée de 200 ms, monomorphes d'aspect en V.

L'image électrocardiographique est compatible avec une tachycardie ventriculaire soutenue.

Le diagnostic différentiel est celui d'une tachycardie supraventriculaire sur bloc de branche ou sur préexcitation ventriculaire. Il est utile de pouvoir comparer l'ECG en tachycardie à un ECG standard en rythme sinusal.

Les arguments en faveur d'une TV sont : une durée de QRS > 140 ms, une dissociation AV ou une conduction rétrograde, une concordance de la morphologie du QRS dans toutes les précordiales.

D'un point de vue étiologique, la majorité des TV viennent compliquer une cardiopathie. On doit aussi penser à une intoxication médicamenteuse (surdosage digitalique, les antiarythmiques de classe 1c surtout si déplétion potassique sur diurétiques associés, les médicaments allongeant l'espace QT), une cardiopathie valvulaire, un prolapsus mitral surtout dans sa forme familiale. Exceptionnellement, on peut avoir affaire à des TV idiopathiques.

Il s'agit bien évidemment d'une urgence vu le risque de dégénérescence en fibrillation ventriculaire et mort subite. Les antiarythmiques le plus souvent utilisés sont la lidocaïne ou l'amiodarone en IV. Le verapamil peut induire un arrêt cardiocirculatoire. La cardioversion par choc électrique externe est utilisée pour remise en rythme en cas de mauvaise tolérance de la TV.

Pour le patient concerné, une tentative de ralentissement par amiodarone avant hospitalisation a échoué. Le patient développe des complications hémodynamiques au cours du transfert vers l'hôpital. Mais un choc électrique externe assurera la remise en rythme sinusal. La mise au point a permis de diagnostiquer l'origine coronarienne du problème.

## ABSTRACT

In a person with a history of vascular pathology, an apparently banal syncope turns out to be a ventricular tachycardia.

**Keywords :**  
**Syncope, ventricular tachycardia.**

## RÉSUMÉ

Un électrocardiogramme réalisé pour une syncope d'apparence banale chez un patient avec des antécédents vasculaires révèle une tachycardie ventriculaire.

**Mots clefs :**  
**Syncope, tachycardie ventriculaire.**