

QUAND PAIENT L'INSISTANCE DU PATIENT ET LA PERSÉVÉRANCE MÉDECIN ! DE L'INTÉRÊT DE L'ECG SYSTÉMATIQUE ET RÉPÉTÉ

When patient's insistence and the doctor's perseverance are profitable! About the interest of systematic and repeated ECG

ROCHE AC, MARY R, BUI VT, DOUMENC B, LAPOSTOLLE F. When patient's insistence and the doctor's perseverance are profitable! About the interest of systematic and repeated ECG. Med Emergency, MJEM 2016; 24:00-00.

Mots clés : Brugada, douleur thoracique, ECG, malaise

Keywords: Brugada, chest pain, ECG, malaise

ABSTRACT

A 30 years old patient was admitted to emergency eight times in one month for palpitations and atypical chest pain. He was the subject of many investigations. One typical feature of type I Brugada could ultimately be registered in a recurrence of symptoms. It is clearly the repetition of ECG that allowed this diagnosis.

Authors' affiliation:

Correspondent author: Frederic LAPOSTOLLE, MD, PhD

SAMU 93 - UF Recherche-Enseignement-Qualité, Hôpital Avicenne, Bobigny, France
125, rue de Stalingrad, 93009, Bobigny, France
frederic.lapostolle@aphp.fr

Roche AC, MD¹, Mary R, MD¹, Bui VT, MD¹, Doumenc B, MD¹, Lapostolle F, MD, PhD²

1. Service d'accueil des urgences de l'hôpital Delafontaine, Saint Denis (93200), France
2. SAMU 93 - UF Recherche-Enseignement-Qualité, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Inserm U942, Bobigny, France

Article history / info:

Category: Case report
Received: Sep. 30, 2015
Revised: Oct. 28, 2015
Accepted: Dec. 2, 2015

Conflict of interest statement:

The authors declare no conflict of interest.



Dr. Robert Mary

RÉSUMÉ

Un patient de 30 ans a été pris en charge en urgence à huit reprises en un mois pour des palpitations et une douleur thoracique atypique. Il a fait l'objet d'investigations multiples. Un aspect typique de Brugada de type I a pu, finalement, être enregistré lors d'une récurrence des symptômes. C'est clairement la répétition des ECG qui a permis ce diagnostic.

INTRODUCTION

Les consultations itératives aux urgences sont reconnues comme un problème pour le service hospitalier, les médecins qui y travaillent et le patient lui-même [1]. Pour ce dernier, le risque est double. Sa plainte et ses symptômes peuvent être ignorés ou, à l'inverse, examens ou traitements peuvent être administrés par excès. Nous illustrons cette situation par l'observation inhabituelle d'un patient ayant consulté huit fois dans le même mois au service des urgences avant que le diagnostic de syndrome de Brugada ne puisse être enfin porté.

OBSERVATION

Un patient de 30 ans, célibataire, sans enfant, tabagique à 12 paquets-années, était traité pour une hypercholestérolémie et une hernie hiatale par simvastatine et pantoprazole.

Il ressentit pour la première fois, en avril 2013, des palpitations pendant 10 minutes et une douleur thoracique durant plus d'une heure. Ces symptômes ont régulièrement récidivé, à n'importe quel moment de la journée. Electrocardiogramme (ECG), bilan biologique et radiographie de thorax étaient sans particularités. Un traitement par alprazolam a été prescrit. Peu après, un second médecin lui prescrivit de l'acide acétylsalicylique.

En décembre 2013, il consultait aux urgences pour des palpitations et une douleur thoracique d'une durée de 15 minutes. L'ECG retrouvait une tachycardie sinusale.

Le lendemain, il était ramené aux urgences par un véhicule de prompt secours pour la même symptomatologie. Examen clinique et ECG étaient sans particularité. Le patient était orienté vers une consultation de cardiologie.

Une semaine plus tard le patient était pris en charge par un équipe médicale du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pour une douleur thoracique constrictive irradiant dans le bras gauche associée à des palpitations. L'ECG retrouvait un bloc de branche droit incomplet. Le patient était adressé en unité de soins intensifs de cardiologie. Bilan biologique (dont ionogramme, troponine, D-dimères, BNP, bilan hépatique, CRP, PCT, TSH), radiographie pulmonaire, échocardiographie transthoracique et coro-scanner étaient normaux. Le diagnostic de douleur pariétale était retenu. Un holter rythmique était prescrit.

Le patient consultait de nouveau quelques jours plus tard pour des palpitations associées à des céphalées. L'ECG était inchangé. Une consultation avec un psychologue et un traitement par alprazolam étaient proposés.

Deux semaines plus tard, le patient revenait aux urgences pour des douleurs basi-thoraciques et épigastriques transfixiantes et continues depuis quelques heures associées à des céphalées et des cervicalgies. L'ECG était inchangé. Le diagnostic retenu était une douleur pariétale chez un patient angoissé.

Le 1^{er} Janvier 2014, le patient se présentait aux urgences pour l'apparition brutale de palpitations associées à une douleur épigastrique. L'ECG était toujours le même (**Figure 1**). Le patient rentrait à domicile avec un rendez-vous de consultation de gastro-entérologie.

Le lendemain, le patient était de nouveau amené aux urgences par les pompiers, pour la huitième fois en un mois. Le motif

était le même : palpitations et douleur médio-thoracique constrictive survenues brutalement, alors qu'il marchait en fumant une cigarette. Ses symptômes régressèrent spontanément puis récidivèrent. L'ECG montrait un rythme sinusal avec un aspect typique de Brugada de type I (**Figure 2**). Les signes électrocardiographiques avaient franchement régressé deux heures plus tard (**Figure 3**). Le patient était transféré en cardiologie.

Aucun des ECG enregistrés en cours d'hospitalisation n'a retrouvé les signes francs de syndrome de Brugada comme ceux mis en évidence le 2 Janvier. Un Holter ECG ne retrouvait aucun trouble du rythme significatif. Bilan biologique (ionogramme, troponine, BNP, CRP, NFS et TSH) et échographie cardiaque transthoracique étaient normaux. Exploration électrophysiologique, stimulation ventriculaire et test d'inclinaison étaient négatifs. Le diagnostic de syndrome électrique de Brugada était néanmoins retenu sur la base du seul tracé ECG enregistré aux urgences. Le patient quittait l'hôpital au huitième jour, après l'implantation d'un holter ECG.

DISCUSSION

Huit consultations (en un mois) ont été nécessaires à l'établissement du diagnostic chez ce patient aux palpitations et douleurs thoraciques récidivantes. Examens clinique, biologique et ECG étaient constamment normaux. Le holter rythmique enregistré pendant l'hospitalisation n'avait pas retrouvé de trouble du rythme. C'est l'application rigoureuse des indications de l'ECG qui a permis ce diagnostic. La pratique de l'ECG au décours de cette nième consultation a été déterminante. La répétition inlassable des l'ECG a vraiment été la clé du diagnostic.

La répétition des ECG - dans un laps de temps court - est recommandée dans le syndrome coronaire [2]. Elle améliore la performance diagnostique. Il a été récemment montré que la prolongation de la période d'enregistrement multipliait par cinq la probabilité d'identifier un trouble du rythme (supra-ventriculaire) chez un patient ayant fait un accident vasculaire cérébral [3]. D'une façon plus générale, la réalisation préalable d'un ECG ne doit pas conduire à l'abstention. De nombreux signes électrocardiographiques sont transitoires. Ainsi, le diagnostic de syndrome de Brugada a reposé sur des signes ECG qui ont été très transitoires.

Le syndrome de Brugada est défini par des anomalies ECG décrites pour la première fois en 1953. Le risque associé de mort subite a été mis en évidence par les frères Brugada au début des années 90 [4]. C'est la première cause de mort subite par anomalie congénitale. Il concerne 4 à 12% des morts subites et 20% des morts subites sur cœur structurellement sain.

L'âge moyen du diagnostic est de 40 ±22 ans, avec un ratio homme/femme de 10/1 [5]. Les symptômes surviennent le plus souvent au repos ou la nuit : palpitations, syncope, gêne thoracique, respiration agonique nocturne [5]. Les anomalies électrocardiographiques sont en rapport avec des anomalies de conduction dans la chambre de chasse du ventricule droit. Initialement, trois aspects ECG ont été décrits. Seul l'aspect ECG de type 1 (Encadré) a été retenu dans la définition de ce syndrome [6].

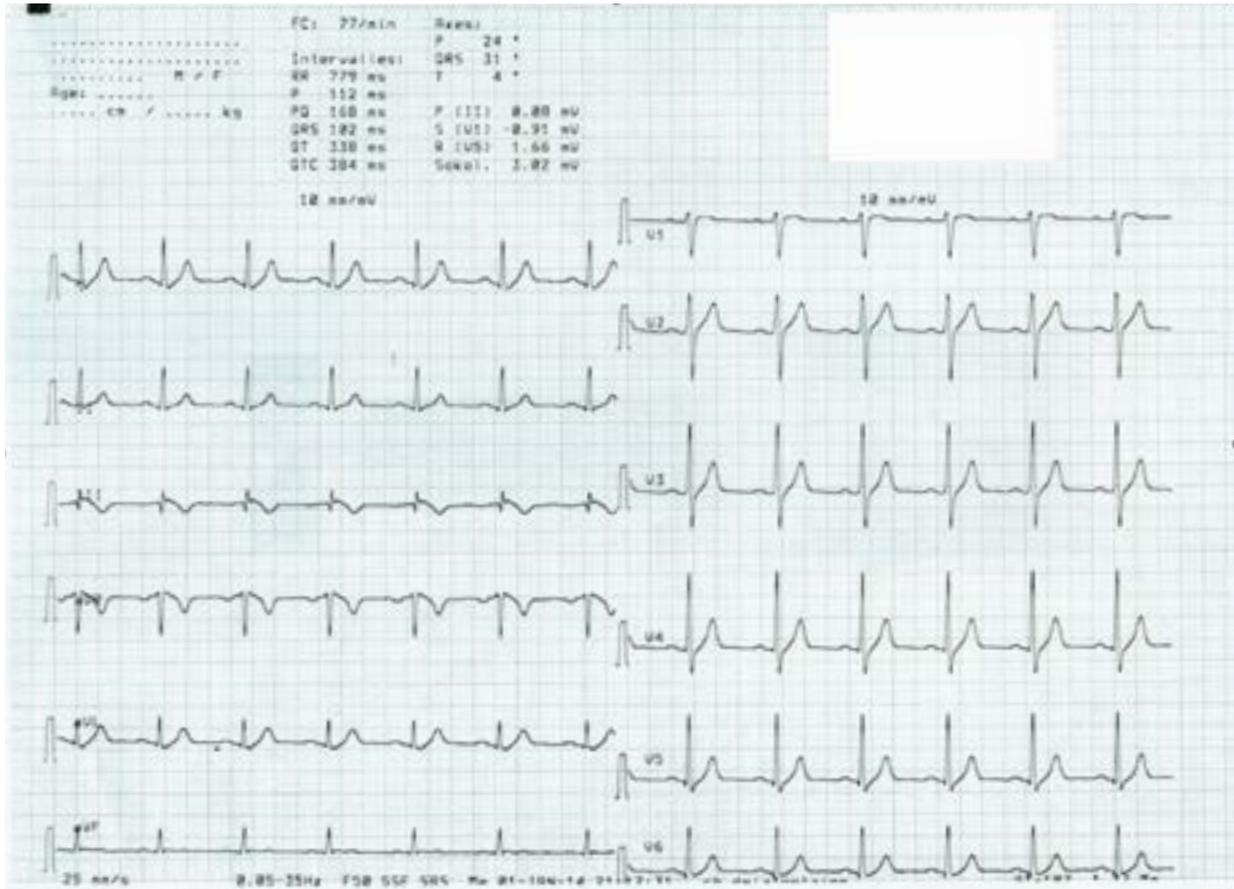


Figure 1 : ECG enregistré le 1^{er} janvier 2014 (identiques aux tracés précédents)

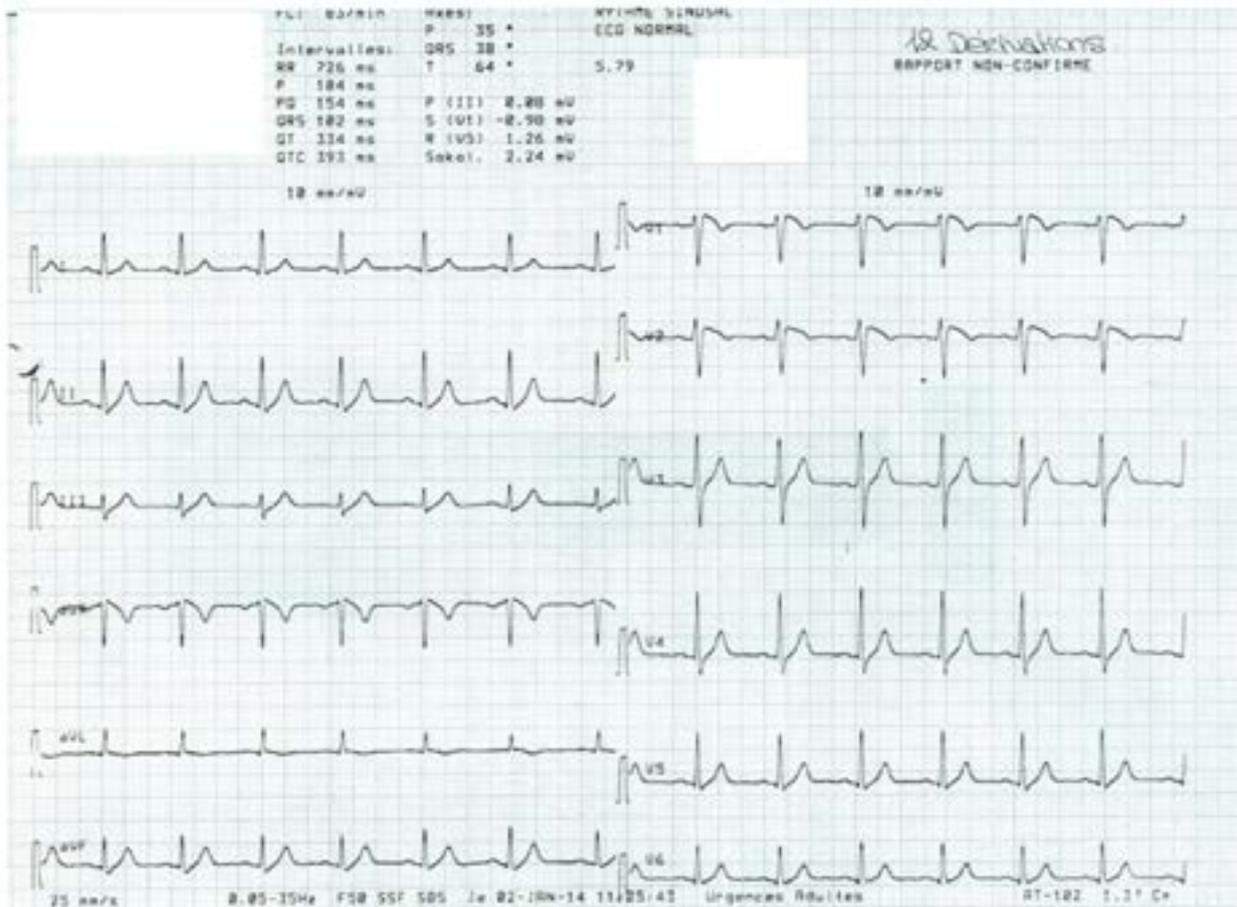


Figure 2 : ECG enregistré le 2 janvier 2014, permettant de poser le diagnostic de syndrome de Brugada

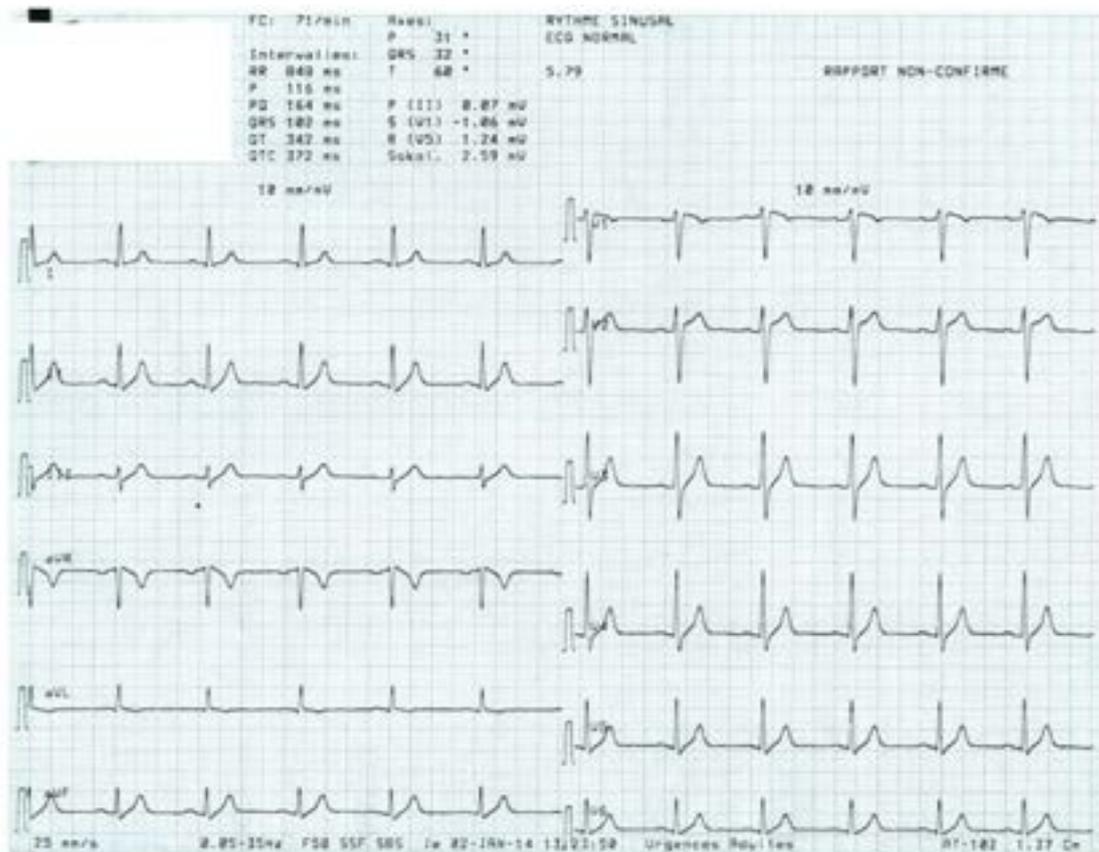


Figure 3 : ECG enregistré le 02/01/2014, deux heures plus tard. Montrant une quasi disparition des signes de Brugada

Actuellement, le syndrome de Brugada est défini par l'association d'un aspect ECG de type 1 et au moins un des critères suivants : fibrillation ventriculaire, tachycardie ventriculaire polymorphe, syncope non vagale (ou respiration nocturne agonique), histoire familiale de mort subite avant 45 ans (sans antécédents coronariens) [7]. Les diagnostics différentiels (ou faux positifs) de l'aspect ECG de type Brugada sont nombreux [5]. Le seul traitement efficace est l'implantation d'un défibrillateur automatique. Telle ne fut la stratégie adoptée chez ce patient. En effet, le diagnostic de syndrome de Brugada fut retenu, en dépit de l'absence de critère clinique, essentiellement en l'absence d'explication alternative à sa symptomatologie multi-récurrente.

Enfin, il n'existe pas de recommandations quant aux investigations à conduire chez les membres de la famille du patient et quant au suivi à instaurer pour son Holter implantable.

ECG de « Brugada de type 1 »

Il se caractérise par un sus-décalage important du segment ST en dôme (coved ST) en V1, moins ample en V2 et exceptionnel en V3. Le segment ST débute dès la fin du QRS (au point J), et s'élève à plus de 2 mm. La partie ascendante du segment ST est très brève (moins de 40 ms) tandis que la pente de la partie descendante est plus faible, ce qui la distingue d'un bloc de branche droit. Le segment ST se termine en V1-V2 par une onde T symétrique inversée en V1-V2 (Figures 2 et 3). Ces anomalies n'apparaissent jamais au-delà de V3, et ne s'accompagnent jamais d'image en miroir. Elles peuvent être transitoires ou déclenchées (par la fièvre ou certains médicaments, par exemple).

RÉFÉRENCES

1. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J* 2001; 18:430-4.
2. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömmström-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012; 33:2569-619.
3. Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, Panzov V, Thorpe KE, Hall J, et al. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. *N Engl J Med* 2014; 370:2467-77.
4. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20:1391-6.
5. Brugada R, Brugada P, Brugada J. Electrocardiogram interpretation and class I blocker challenge in Brugada syndrome. *J Electrocardiol* 2006; 39:s115-8.
6. Bayés de Luna A, Brugada J, Baranchuk A, Borggrefe M, Breithardt G, Goldwasser D, et al. Current electrocardiographic criteria for diagnosis of Brugada pattern: a consensus report. *J Electrocardiol* 2012; 45:433-42.
7. Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, Brugada J, Brugada R, Corrado D, et al. Brugada syndrome: report of the second consensus conference: endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation* 2005; 111:659-70.