



Cas clinique

Syndrome du QT long acquis et arrêt cardiorespiratoire post-anesthésie générale. À propos d'un cas et revue de la littérature



Acquired long QT syndrome and cardiac arrest after general anesthesia. Case report and review of literature

T. Leclercq^a, S. Parrel^{b,*}, S. Mierdl^c, Y. Cottin^a, C. Girard^b^aService de cardiologie, CHU de Dijon, 14, boulevard Gaffarel, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France^bService d'anesthésiologie, CHU de Dijon, 14, boulevard Gaffarel, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France^cService d'anesthésiologie, clinique Bénigne-Joly, 4, allée Roger-Renard, 21240 Talant, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 décembre 2013

Accepté le 7 avril 2014

Disponible sur Internet le 28 mai 2014

Mots clés :

Anesthésie générale

QT long acquis

Torsade de pointes

Arrêt cardiorespiratoire

Keywords:

General anesthesia

Acquired long QT syndrome

Torsade de pointes

Cardiac arrest

R É S U M É

Une patiente de 30 ans, sans antécédent, est prise en charge au bloc opératoire pour pose de prothèses mammaires. En salle de surveillance post-interventionnelle, elle présente une torsade de pointes, suivie d'une fibrillation ventriculaire. L'ECG après réanimation cardiopulmonaire et récupération d'une activité sinusale montre un QT corrigé allongé, alors que celui-ci est normalisé 48 heures après. L'hypothèse est donc celle d'une fibrillation ventriculaire sur torsade de pointes liée à un allongement acquis du QT au cours de l'anesthésie générale, avec une potentialisation des substances utilisées.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

A 30-year-old woman, with no medical history, is operated on for breast implants. In recovery room, an episode of *torsade de pointes* occurs, progressing to ventricular fibrillation. The ECG after cardiopulmonary resuscitation and conversion to a normal sinus rhythm shows a corrected QT interval prolongation, whereas it is normalized after 48 hours. We hypothesize that a ventricular fibrillation occurred after a *torsade de pointes*, due to drug-induced long QT syndrome during general anesthesia, with probably drug interaction.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le syndrome du QT long congénital est redouté en anesthésie en raison des troubles du rythme potentiellement mortels qu'ils peuvent entraîner, et sa connaissance préopératoire permet d'organiser au mieux sa prise en charge peropératoire, notamment en ce qui concerne les substances utilisées au cours de l'anesthésie. Cependant, des troubles du rythme graves peropératoires ont été rapportés, relatifs à des QT longs induits, chez des patients dépourvus de QT long congénital.

2. Cas clinique

Une patiente, âgée de 30 ans, était opérée pour pose de prothèses mammaires en silicone. Son seul antécédent était une grossesse extra-utérine avec salpingectomie gauche, et elle bénéficiait d'une contraception par implant étonogestrel depuis plus de 3 ans. Elle présentait comme seul facteur de risque cardiovasculaire un tabagisme occasionnel, et était totalement asymptomatique, en particulier ni malaise, ni perte de connaissance, ni palpitation.

La patiente a bénéficié d'une prémédication la veille par bromazépam et midazolam. L'acte chirurgical se déroulait sans complication sous anesthésie générale avec une induction à 8 h 14 par propofol (200 mg), midazolam (2,5 mg), kétamine

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : parrel.stephanie@gmail.com (S. Parrel).

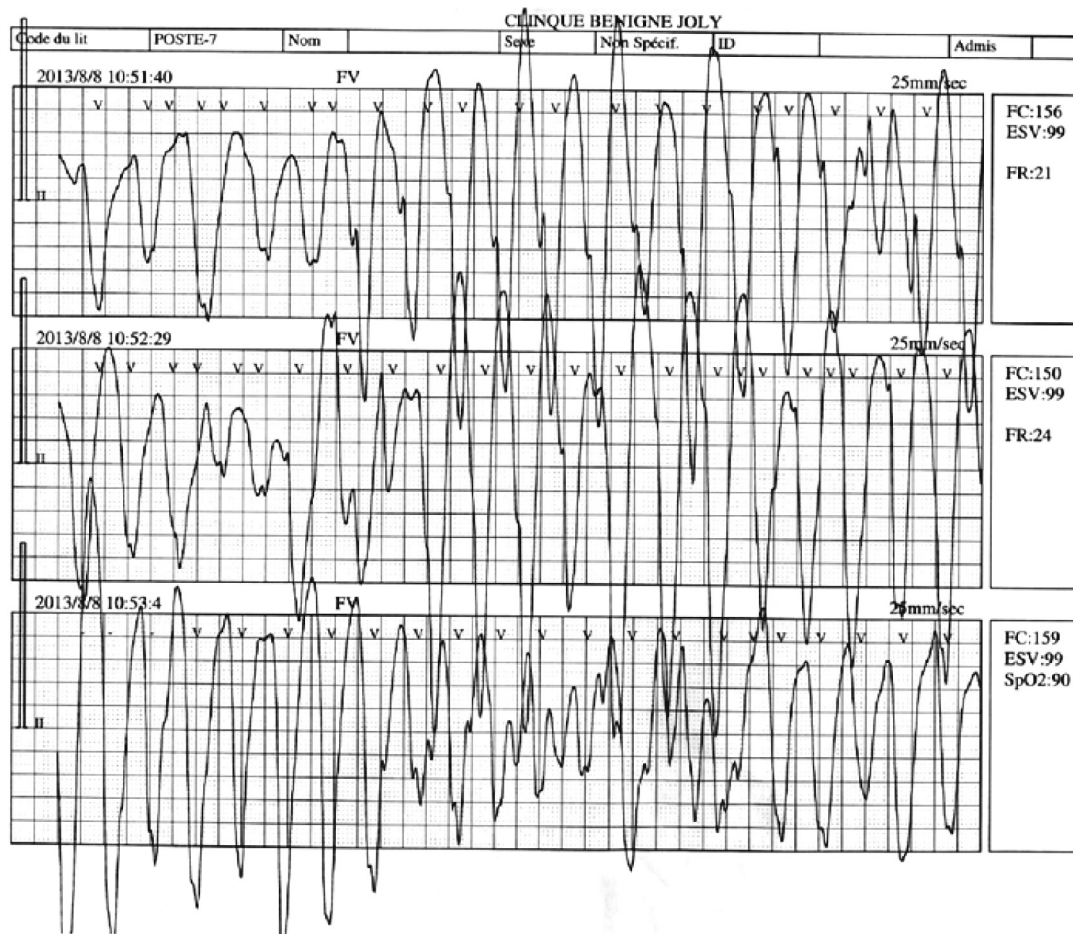


Fig. 1. Scope en salle de réveil, pendant la prise en charge de l'arrêt circuloiratoire.

(25 mg), dexaméthasone (4 mg) et sufentanil (25 µg à 8 h 14 ; 20 µg à 8 h 42 et 10 µg à 9 h 24), puis un entretien par un agent halogéné, le sévoflurane. Elle a également reçu du dropéridol (1,25 mg) à 8 h 19, une antibioprophylaxie par céfazoline (2 g) à 8 h 19 et du néfopam (20 mg) à 8 h 50. La patiente était extubée en salle de réveil, à 09 h 57. À 10 h 48, le scope montrait une hyperexcitabilité ventriculaire qui se dégradait rapidement en tachycardie ventriculaire polymorphe (Fig. 1) à 10 h 51. La réanimation cardiopulmonaire spécialisée a duré 20 minutes avec massage cardiaque, 10 chocs électriques externes, 5 mg d'adrénaline en bolus et une intubation orotrachéale conformément aux recommandations. Elle récupérait un rythme sinusal, un état hémodynamique stable et était transférée à l'USIC. Le sevrage en amines et en sédation (propofol et sufentanil) était possible en quelques heures, et l'extubation était réalisée 14 heures après l'admission. La patiente ne présentait aucune séquelle neurologique.

Le premier ECG réalisé après la réanimation retrouvait un QT corrigé à 480 ms. Le rythme était sinusal, régulier, avec un axe gauche, sans trouble de conduction ni voie accessoire. La fréquence cardiaque était à 62 b/min (Fig. 2). Durant l'hospitalisation, on observait une réduction progressive du QT, et un second ECG réalisé à 48 heures montrait un QT dans les valeurs de la normale pour le sexe et l'âge (Fig. 3). On notait par ailleurs un aspect de « notch » isolé dans une seule dérivation en V3.

La biologie prélevée en salle de réveil montrait comme seule anomalie une hypokaliémie à 3 mmol/L et une calcémie corrigée à 2 mmol/L. La magnésémie mesurée à l'arrivée en USIC était à 1,13 mmol/L (N = 0,7 à 0,91 mmol/L).

L'échographie cardiaque retrouvait une FEVG > 60 %, sans trouble de cinétique ni morphologique. Le Holter réalisé à j2 montrait un QT moyen à 514 ms avec un QT minimum à 468 ms et maximal à 569 ms. Un second Holter à j5 montrait un QT moyen à 402 ms avec un QT minimum à 365 ms et maximal à 422 ms.

L'IRM cardiaque montrait une FEVG à 64 %, sans anomalie structurale du VG ni du VD et l'absence de cardiopathie ischémique.

À noter qu'il n'existait pas d'ECG préopératoire (non systématique au vu de l'âge de la patiente et l'absence d'antécédent cardiovasculaire).

Le diagnostic retenu était un arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire sur torsades de pointes liée à un QT corrigé allongé de façon significative et pathologique. Après discussion collégiale, il a été décidé d'introduire les bêtabloquants et d'implanter un DAI IRM compatible, double chambre, et surtout il a été remis à la patiente une liste de médicaments contre-indiqués [1]. Après 6 mois, la patiente était toujours asymptomatique, aucun choc n'a été délivré, l'enquête génétique était négative, et les ECG de la fratrie normaux.

3. Discussion

Les troubles du rythme périopératoires liés aux agents anesthésiques font partie des effets secondaires bien connus en anesthésie générale. Le QT long (QTL) (selon la formule de Bazett) est défini par : $QTc > 440$ ms (sévère si > 500 ms), ce paramètre est un facteur de risque connu de torsade de pointes, pouvant amener

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745485>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745485>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)