

Article original

Comparaison des sujets ayant des tachycardies jonctionnelles paroxystiques et des syncopes avec des sujets sans syncopes

Comparison of patients with paroxysmal junctional tachycardia and syncope with those without syncope

B. Brembilla-Perrot*, F. Chometon, O. Marçon, F. Duhoux, J. Bertrand,
A. Terrier de la Chaise, P. Louis, O. Claudon, O. Selton, H. Belhakem,
E. Khaldi, M. Abbas, N. Zhang, D. Beurrier

Service de cardiologie, CHU de Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

Reçu le 31 mai 2006 ; accepté le 3 mars 2009

Disponible sur Internet le 1 avril 2009

Résumé

Introduction. – Le but de cette étude a été de déterminer et de rechercher des facteurs susceptibles d'expliquer la survenue d'une syncope chez des sujets qui avaient des tachycardies jonctionnelles paroxystiques (TJP) et un ECG intercritique normal.

Méthodes. – Quatre cent dix-neuf patients âgés de dix à 88 ans (47 ± 19) avec un ECG intercritique normal, ont été recrutés consécutivement pour des TJP. Soixante-dix-huit patients avaient présenté au moins un épisode de syncope. Ils ont eu une étude électrophysiologique systématique pratiquée par voie transœsophagienne, un échocardiogramme, des manœuvres vagales et un *tilt-test* dans 25 cas.

Résultats. – L'âge, le sexe, la méthode d'induction, le mécanisme de la tachycardie, la fréquence moyenne en tachycardie ont été similaires chez les sujets avec et sans syncope. La syncope a été attribuée à une réaction vagale à l'arrêt de la TJP ($n=31$), une fréquence cardiaque rapide en crise ($n=15$), une dysfonction sinusale ($n=6$), une ischémie coronaire ($n=5$), une crise de tétanie ($n=3$), un âge très avancé ($n=3$), des causes multiples ($n=3$) et chez huit sujets est restée inconnue. Le traitement de la TJP par ablation dans 28 cas a supprimé la syncope chez 26 sujets.

Conclusion. – En conclusion, une syncope peut survenir chez 18 % des sujets qui ont une histoire de TJP. Plusieurs mécanismes sont possibles. Les plus fréquents sont une ischémie coronaire ou une dysfonction sinusale chez les sujets âgés, une réaction vagale ou une fréquence cardiaque rapide ou une crise de tétanie chez les patients de tous les âges.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syncope ; Tachycardie jonctionnelle paroxystique ; Étude électrophysiologique

Abstract

Introduction. – The purpose of the study was to determine the possible mechanisms of presyncope in patients who have paroxysmal junctional tachycardias (PJT) and a normal surface ECG between tachycardias.

Methods. – Among 419 patients consecutively recruited for PJT, aged from 10 to 88 years (47 ± 19), 78 of them had presented at least one syncope; they had a normal ECG in sinus rhythm. Transesophageal programmed atrial stimulation was performed using one and two atrial extrastimuli delivered in control state and if necessary after infusion of 20–30 μg of isoproterenol; arterial blood pressure was monitored; vagal maneuvers and tilt test ($n=25$) were performed; echocardiogram was systematic.

Results. – Age, sex, method of induction, tachycardia mechanism and the mean heart rate in tachycardia were similar in patients with and without syncope. Syncope was related to a vagal reaction induced by the PJT in 31 patients, to a fast rate during PJT in 15 patients, to a sinus node dysfunction in six patients, to a coronary ischemia in five patients, to a tetany induced by PJT in three patients, to an advanced age in three patients, to multiple causes in three patients and remained unexplained in eight patients. Radiofrequency ablation of reentrant circuit, performed in 28 patients, suppressed syncope in 26 of them.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : b.brembilla-perrot@chu-nancy.fr (B. Brembilla-Perrot).

Conclusion. – Presyncope or syncope occurred in 18% of patients who had a history of paroxysmal junctional tachycardia. Several mechanisms were implicated; the most frequent causes were coronary ischemia or sick sinus syndrome in old patients, vasovagal reaction or fast rate in tachycardia or tetany in patients of all ages.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Syncope; Paroxymal junctional tachycardia; Electrophysiologic study

Les multiples études concernant les causes des syncopes retrouvent avec une incidence de 10 à 30 % des tachycardies supraventriculaires de différents mécanismes comme étant à l'origine possible de ces syncopes [1–6]. Certaines de ces tachycardies sont des tachycardies jonctionnelles paroxystiques (TJP). Dans l'histoire naturelle de ce trouble du rythme, cette symptomatologie est peu décrite [7] et le mécanisme de la syncope a été peu étudié. Or, cet événement n'est pas rare au cours de l'évolution naturelle de l'affection [8].

Le but de l'étude a été de déterminer les facteurs cliniques et électrophysiologiques susceptibles d'expliquer la survenue d'une syncope chez des sujets qui ont des TJP, un ECG intercritique normal et pas d'autre cause évidente de syncope.

1. Population et méthodes

1.1. Population

Quatre cent dix-neuf patients âgés de 10 à 88 ans (moyenne 47 ± 19) ont été recrutés consécutivement depuis 1988 en consultation pour des TJP documentées ou très probables. Il s'agissait de 163 hommes et 256 femmes. Tous ces patients avaient un ECG intercritique normal sans syndrome de préexcitation ventriculaire. Ils n'avaient pas de cardiopathie évidente.

Parmi eux, 74 d'entre eux (18 %) signalaient la survenue d'au moins une syncope durant l'évolution de leur affection. La syncope pouvait être d'ailleurs le premier événement associé à la tachycardie ou survenir après plusieurs années d'évolution des tachycardies jonctionnelles. Dans 32 cas, la syncope est survenue lors d'une activité sportive généralement chez un sujet ayant poursuivi celle-ci malgré la survenue d'une tachycardie.

1.2. Méthodes

Différents examens ont été pratiqués en consultation externe après arrêt de tout médicament à visée cardioactive.

Une étude électrophysiologique par voie transœsophagienne a été effectuée systématiquement selon un protocole déjà rapporté [8,9]. Brièvement, la sonde de stimulation œsophagienne était placée par voie orale après explication de la technique et de la gêne qu'elle pouvait éventuellement entraîner lors de la stimulation transœsophagienne. La stimulation a été faite selon un protocole standard grâce à un stimulateur utilisé pour l'étude électrophysiologique par voie endocavitaire. Celui-ci a été couplé à un amplificateur d'impulsion jusqu'en 2004 et un nouveau stimulateur biphasique (Micropace, BARD) permet dorénavant de faire cette stimulation sans amplificateur d'impulsion, la stimulation étant effectuée avec une durée d'impulsion de 10 ms et une intensité variant de 9 à 15 mA. L'étude consistait en une

stimulation auriculaire à fréquences croissantes jusqu'au point de Wenckebach puis une stimulation auriculaire programmée avec un puis deux extrastimulus délivrés sur deux cycles imposés (600 et 400 ms). Si aucune tachycardie n'était déclenchée à l'état de base, la stimulation était répétée sous perfusion de 20 à 30 microgrammes d'isoprotérénol.

La tension artérielle était monitorée par voie externe pendant la réalisation de l'examen. Les manœuvres vagales étaient systématiques.

Un test d'inclinaison a été réalisé chez 25 patients ayant signalé une syncope.

Une échocardiographie a été faite à titre systématique chez les sujets âgés ou en cas de doute sur une cardiopathie associée.

1.2.1. Définitions

Une hypertonie vagale a été définie par la survenue d'une sensation de malaise avec baisse de la tension artérielle supérieure à 30 mmHg et/ou bradycardie sinusale ou jonctionnelle inférieure à 50 par minute, un test d'inclinaison positif (reproduction d'un malaise ou syncope associé à une baisse tensionnelle significative et ou bradycardie).

Une dysfonction sinusale a été définie en présence d'un allongement du temps de récupération sinusal (TRS) corrigé (TRS – cycle sinusal moyen) supérieure à 550 ms.

Le mécanisme de la tachycardie a été défini selon des critères classiques déjà rapportés basés, notamment sur la morphologie de l'auriculogramme en tachycardie et sa place par rapport au ventriculogramme [8–11].

1.2.2. Statistiques

Les résultats sont exprimés en moyenne et écart-type. Les différentes données cliniques ou électrophysiologiques ont été comparées avec les tests de Chi² et de Student.

2. Résultats

2.1. Résultats de l'étude électrophysiologique

Chez les sujets ayant présenté une syncope, une tachycardie jonctionnelle a été induite à l'état de base dans 44 cas et uniquement après perfusion d'isoprotérénol dans 30 cas. Cela ne diffère pas des sujets sans syncope où la tachycardie a été induite à l'état de base dans 230 cas et après isoprotérénol dans 114 cas.

Le mécanisme de la tachycardie a été formellement identifié comme étant une réentrée intranodale typique chez 53 sujets ayant des syncopes et 212 chez ceux sans syncope. Une réentrée dans un faisceau accessoire diagnostiquée par la présence d'un auriculogramme négatif en D2-D3-VF et souvent D1, survenant

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869311>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869311>

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