Les Pauses cardiaques : au rythme de 4 cas

Sylvie Gagnon, MD, FRCPC
En collaboration avec l'Université de Sherbrooke dans le cadre du : *Programme de téléconférences avec les centres de santé*

Il y a 4 causes possibles pour expliquer une pause :

1. Présence d'un bloc sino-auriculaire (S-A)
2. Bloc auriculo-ventriculaire (A-V) du 2e degré type 1 (Wenckebach)
3. Extrasystole (ESA) auriculaire bloquée
4. Arrêt sinusal

Voyons les caractéristiques de chaque cause pour parvenir à un diagnostic le plus précis possible.

Le cœur de Blanche

Blanche, une dame âgée de 70 ans atteinte d'hypertension, est traitée avec du ramipril. Elle vous consulte pour des palpitations qu'elle décrit comme la sensation que son cœur saute un coup. Cela dure quelques secondes et peut se répéter à plusieurs reprises dans une journée. Elle nie la présence de syncopes et d'étourdissements. Vous croyez qu'il n'y a rien de grave mais vous lui faites passer un Holter pour la rassurer. Surprise : au Holter, on signale cinq pauses nocturnes de deux secondes avec quelques extrasystoles supraventriculaires.

Que faites-vous maintenant ?

1. Le bloc sino-auriculaire (S-A)

Figure 1. Le bloc sino-auriculaire (S-A).

Le nœud sinusal déclenche automatiquement à une fréquence habituellement entre 60 et 100 battements/minute. Dans un cas de bloc sino-auriculaire, le nœud sinusal fonctionne normalement. Le problème se situe à la conduction de l'impulsion électrique vers le tissu auriculaire. Il n'y aura pas d'onde P visible lors de la pause.

Pour le prouver, la pause doit être un multiple de l'intervalle P-P de base. Cela démontre que la périodicité ou la rythmicité du nœud sinusal est préservée.

Si cela survient durant la nuit, cela peut être provoqué par un tonus vagual plus important avec ralentissement de la conduction. Cela peut être causé par des médicaments qui interfèrent avec l'automaticité ou la conduction comme les bêtabloqueurs, les bloqueurs des canaux calciques, la digitale (digoxine) ou d'autres anti-arythmiques.

Que faites-vous si c'est le cas de votre patiente sur le Holter?

Elle est asymptomatique (absence de syncope ou de lipothymie), ne prend aucun médicament qui perturberait l'automaticité ou la conduction et cela arrive durant la nuit, ce qui peut être secondaire au tonus vagual. On peut tolérer une pause allant jusqu'à trois secondes durant la nuit chez les patients asymptomatiques et, à ce moment, il n'y a pas d'indication de stimulateur cardiaque. Il faut plutôt rassurer la patiente.

La **Dre Gagnon** est professeure, Université de Sherbrooke, et cardiologue, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.

2. Le bloc auriculo-ventriculaire (A-V) du 2e degré type 1 (Wenckebach)

Figure 2. Le bloc auriculo-ventriculaire (A-V) du 2e degré type 1.

On recherche un allongement progressif de l'intervalle P-R précédant la pause avec un P bloqué (non conduit donc non suivi d'un QRS) lors de la pause. Cette fois, le problème se situe à la conduction au niveau du nœud A-V.

Si cela survient durant la nuit ou à l'inspiration profonde, cela peut provenir d'un tonus vagual augmenté qui ralentit la conduction au niveau du nœud A-V. Cela peut être causé par des médicaments qui interfèrent avec la conduction au niveau du nœud A-V tels que les bêtabloqueurs, les bloqueurs des canaux calciques, la digitale et certains autres anti-arythmiques.

Que faites-vous si c'est le cas de votre patiente sur le Holter?

La même chose que pour le bloc S-A.

3. L'extrasystole auriculaire (ESA) bloquée

Figure 3. L'extrasystole auriculaire (ESA) bloquée.

Il s'agit d'une extrasystole auriculaire qui se produit de façon très précoce dans le cycle cardiaque et qui survient alors que le tissu nodal est encore en période réfractaire, ne se trouvant donc pas en état de conduire l'impulsion vers le noeud A-V. Il faut rechercher une onde P de morphologie différente à l'onde P sinusale et elle peut s'additionner à l'onde T du battement précédent, donnant une onde T de morphologie différente aux autres, ou se retrouver peu après l'onde T avec une morphologie différente à l'onde P sinusale.

Ce phénomène est physiologique; le tissu nodal n'ayant pas fini de se repolariser, il ne peut se dépolariser de nouveau.

Que faites-vous si c'est le cas de votre patiente sur le Holter?

Comme il s'agit d'un phénomène physiologique, il n'y a pas de traitement. Il faut plutôt rassurer la patiente.

Si les palpitations sont très symptomatiques, il faudra, malgré les pauses, introduire des bêtabloqueurs car le problème ne provient pas de la pause mais de l'ESA si prématurée qu'elle n'arrive pas à donner le temps au nœud A-V de récupérer.

4. L'arrêt sinusal

Figure 4. L'arrêt sinusal.

Si les trois causes précédentes ne sont pas retrouvées, il est fort probable qu'il s'agisse d'un arrêt sinusal. Il faut s'assurer que la pause n'est pas un multiple de l'intervalle P-P de base, qu'il n'y a pas d'allongement de l'intervalle P-R précédant la pause avec une onde P bloquée lors de la pause, et que l'onde T n'est pas déformée, ce qui suggérerait la présence d'une extrasystole auriculaire bloquée, auquel cas on peut parler d'arrêt sinusal. Cela fait partie de la maladie du sinus.

Cette fois, c'est le nœud sinusal qui fait défaut. Cela peut être causé par un problème d'automaticité, de conduction ou les deux.

La nuit, cela peut survenir en raison du tonus vagual qui entraîne un ralentissement de la conduction et une diminution de l'automaticité ou cela peut être causé par des médicaments qui interfèrent avec l'automaticité ou la conduction comme les bêtabloqueurs, les bloqueurs des canaux calciques, la digitale et certains autres anti-arythmiques.

Que faites-vous si c'est le cas de votre patiente sur le Holter?

La même chose que pour le bloc S-A et le bloc A-V du 2e degré type 1. *Clin*

À retenir...

Il existe 4 causes possibles de pause :

1. Présence d'un bloc sino-auriculaire (S-A)
2. Bloc auriculo-ventriculaire (A-V) du 2e degré type 1 (Wenckebach)
3. Extrasystole auriculaire bloquée
4. Arrêt sinusal.

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : **clinicien@sta.ca**