

École supérieure de soins ambulanciers 6, Chemin Thury 1206 Genève

Etude de cas ECG N°2 Ë Avec corrigé (103)

Emmanuelle BLASER

étudiante ambulancière de 2ème année en février 2012

Type de situation

Médicaments d'urgence (mais comprenant un tracés ECG)

Type de stage où la situation a eu lieu

Ambulance

Titre

BAV 3ème degré

Signes et symptômes

A notre arrivée, patient assis au sol, pâle, diaphorétique, bradycarde, hypotendu. Se plaint de céphalées, nous dit refaire un infarctus comme il y a quelques années. Pas de DRS. Apparition des symptômes une heure avant, au repos. FC:38/min. TA: 69/38.

BAV 3e degré (voir ci-dessous). SpO2: 96% AA. DIrs à 9/10 céphalées. Après la relève, on passe 2x 1mg d'Atropine. Après atropine, patient passe d'une FC à 38/min à 62/min. Rythme sinusal. Se dit se sentir mieux. TA: 100/76. SpO2:pas évaluable. Apparition cette fois de DRS irradiant dans le cou et le bras gauche. Douleurs a 9/10, céphalées.

A: non

M: Beloc Zok, Aspirine cardio, Sortis, Lisitril, Dafalgan

P: Infarctus, CA côlon avec stomie, tabac, cathéter central

L: ? E: 12h30

Analyse du tracé (voir page suivante)

Fréquence: 38/min Rythme: régulier

Onde P: Ne précède pas chaque QRS, chaque P næst pas suivi d'un QRS

Distance PR: variable (> 0.2 sec.)
Complexe QRS: <0.12 sec.

Onde Q: pas d'onde Q pathologique Segment ST: sur la ligne iso-électrique

Onde T: présente et positive

⇒ Bloc AV du 3ème degré

Médicament d'urgence utilisé (Nom / DCI)

ATROPINE

Classe thérapeutique

Parasympatholytique

Indication(s) principale(s)

-Prémédication en anesthésie,

-troubles du rythme cardiaque avec bradycardie,

-intoxication par les organophosphorés et les carbamates.

Contre-indication(s) principale(s)

Tachycardie, troubles du rythme cardiaque, sclérose coronarienne, glaucome à angle étroit, hypertrophie prostatique avec résidu vésical, sténose mécanique du tractus gastro-intestinal, mégacôlon [õ]

Autres remarques sur ce médicament

Effet paradoxale si injection trop lente ou dosage insuffisant (jamais en-dessous de 0.5mg)

Évolution (y compris à l'hôpital), effets des médicaments observés

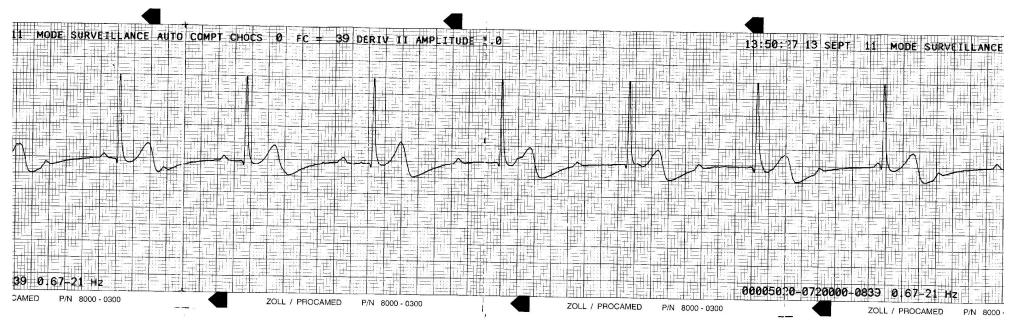
Bonne évolution du patient après l'administration de l'atropine.

Diagnostique retenu

Pas de diagnostique connu

Remarque de l'enseignant ambulancier

Dans ce cas, notre étudiante a rencontré une situation de bradycardie sur un bloc AV quœlle a défini comme étant du 3^{ème} degré malgré une réponse positive à lædministration dot tropine. Êtes-vous d'accord avec son analyse ?



Corrigé et commentaires du Dr Marc Zimmermann (cardiologue à Genève) :

BAV du troisième degré, donc complet, avec échappements ventriculaires à QRS fins, à 38 bpm.

Le fait que les QRS soient fins pose le diagnostic d'un BAV certes complet, mais suprahisien, raison pour laquelle le patient a répondu à l'atropine. CAVE siple y a bloc complet et QRS larges, car alors le bloc est certainement intra ou infrahisien et pourrait être aggravé par l'atropine.

Dans ce cas ici, le BAV complet pourrait être dans le cadre d'un infarctus inférieur sur occlusion de la coronaire droite par exemple

Aspect pédagogique intéressant (par lienseignant ambulancier) :

Situation intéressante où exceptionnellement la tropine peut accélérer un BAV complet, ce qui renforce les recommandations de la HA qui propose la dministration da tropine sur une bradyarythmie mal supportée. Néanmoins, ne pas la dministrer sur un BAV III à QRS larges peut donc être argumenté : surtout ne pas nuire.

L. Jampen ó septembre 2014 ó www.esamb.ch