

# Bloc auriculoventriculaire de haut grade asymptomatique de l'enfant

## Asymptomatic High Level Atrioventricular Bloc in Children

M. Kaabour · A. Cailleaux · M. Massin · S. Redant

Reçu le 18 juillet 2016; accepté le 12 octobre 2016  
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

### Introduction

Les troubles du rythme complexes en pédiatrie représentent un défi diagnostique et thérapeutique pour les urgentistes qui exercent dans des centres ne disposant pas de cardiologue pédiatre. Nous présentons ici un cas complexe avec une issue favorable simple pour le médecin urgentiste.

### Observation

Un patient de dix ans d'origine somalienne était référé aux urgences par un pédiatre généraliste pour bradycardie irrégulière à 45/min. Dans ses antécédents, on retrouve une intolérance à l'effort depuis plusieurs années. On ne retrouvait pas de notion de douleur thoracique, de palpitations, de syncope, de fièvre, ni d'antécédents familiaux de maladie cardiaque ou de maladie de système. La pression artérielle était à 106/56 mmHg, la saturation en oxygène était à 100 %. L'examen clinique était strictement normal.

L'électrocardiogramme montrait un rythme sinusal avec conduction auriculoventriculaire variable. Un test d'effort était réalisé au départ des urgences et montrait dès le début de l'effort une disparition des troubles de la conduction auriculoventriculaire hormis un espace PQ limite (Fig. 1). À l'effort maximal, la fréquence cardiaque était de 193 battements/min avec conduction auriculoventriculaire strictement normale. En post-effort, le patient étant toujours en contexte adrénergique, la conduction auriculoventriculaire restait normale durant plusieurs minutes avant la réapparition d'un bloc auriculoventriculaire variable.

Un bilan infectieux (y compris maladie de Lyme), thyroïdien, facteur rhumatoïde, recherche de lupus érythémateux

disséminé était négatif. L'échographie cardiaque était sans particularité. Le Holter de rythme montrait des phases de conduction auriculoventriculaire normale et de multiples phases de bloc auriculoventriculaire variable, parfois de grade I, parfois de grade II de type Wenckebach et parfois de grade II de type Mobitz. Il n'y avait pas de phases de bloc auriculoventriculaire complet, ni de tachyarythmie, ni de pause ventriculaire. Malheureusement, le patient, en situation irrégulière dans le pays, a échappé au suivi, et donc l'IRM cardiaque, la réalisation d'un bilan familial cardiologique et la recherche des auto-anticorps maternels anti-SSA/Ro52 n'ont pu être réalisées [1,2].

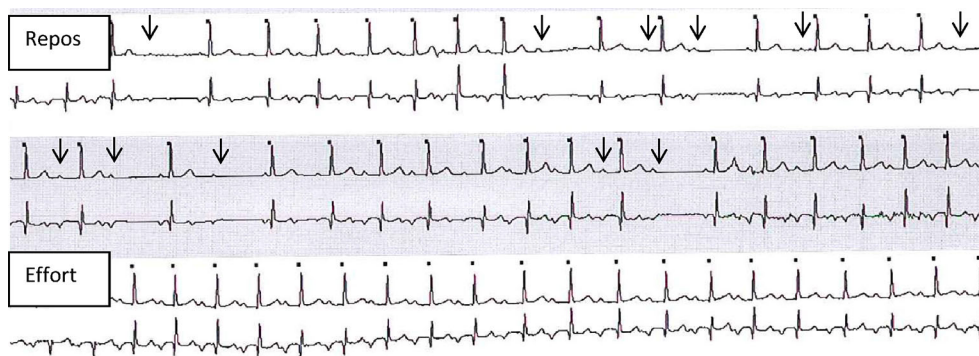
### Discussion

Les patients présentant un bloc auriculoventriculaire de haut grade sont à un risque accru d'insuffisance cardiaque, de syncope, voire de mort subite cardiaque. Les causes sont reprises dans le Tableau 1.

Le traitement aigu du bloc auriculoventriculaire dépend de son degré de gravité et de la tolérance clinique. La stratégie repose sur la suppression de tout facteur de risque et la correction des troubles ioniques, parfois l'administration d'atropine ou d'isoprénaline, voire la stimulation cardiaque temporaire en cas de bradycardie sévère malgré les mesures précédemment citées, éventuellement dans l'attente du placement d'un pacemaker permanent lorsque celui-ci est indiqué [3].

En conclusion, nous sommes confrontés à un bloc auriculoventriculaire variable et disparaissant en contexte adrénergique. Ces observations plaident en faveur d'un bloc auriculoventriculaire de siège nodal idiopathique de bon pronostic [4]. La prise en charge aux urgences se limite alors à l'évaluation de la tolérance hémodynamique au repos et à l'effort, mais un bilan en milieu spécialisé est nécessaire à la recherche d'une cause secondaire à ce trouble de la conduction, de même qu'un suivi à long terme.

M. Kaabour · A. Cailleaux · M. Massin · S. Redant (✉)  
Service des urgences,  
hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola,  
avenue J-J Crocq 15, B-1020 Laeken, Bruxelles  
e-mail : sebastien.redant@huderf.be



**Fig. 1** Épreuve d'effort (dérivation DII) montrant dès le début de l'effort une disparition des troubles de la conduction auriculoventriculaire. Les flèches montrent les altérations de la conduction auriculoventriculaire

<b>Tableau 1</b> Causes de bloc auriculoventriculaire chez les enfants.
Cardiopathies congénitales, structurelles (isomérisme gauche, discordance)
Complication postopératoire (intervention de cardiopathie congénitale, cathétérisme)
Infectieux (myocardite virale, maladie de Lyme, maladie de Chagas...)
Inflammatoires (maladie rhumatismale, sarcoïdose, lupus érythémateux disséminé et syndrome de Gougerot-Sjögren)
Génétique en incluant : canalopathie (mutation SCN5A en particulier), cardiomyopathie héréditaire, maladies de surcharge, syndrome de Kerns-Sayres, dystrophies musculaires, mutation NKX2.5
Cardiopathie ischémique
Traumatisme cardiaque

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Bergman G, Skog A, Tingström J, et al (2014) Late development of complete atrioventricular block may be immune mediated and congenital in origin. *Acta Paediatr* 103:275–81
2. Salomonsson S, Dzikaite V, Zeffler E, et al (2011) A population-based investigation of the autoantibody profile in mothers of children with atrioventricular block. *Scand J Immunol* 74:511–7
3. Brugada J, Blom N, Sarquella-Brugada G, et al (2013) Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population: EHRA and AEPC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement. *Europace* 15:1337–82
4. Baruteau AE, Fouchard S, Behaghel A, et al (2012) Characteristics and long-term outcome of non-immune isolated atrioventricular block diagnosed in utero or early childhood: a multicentre study. *Eur Heart J* 33:622–9