

Bloc auriculo-ventriculaire



Contexte

Le bloc auriculo-ventriculaire est un ralentissement ou une interruption de la transmission de l'impulsion électrique auriculaire vers les ventricules, du fait d'une lésion anatomique ou de l'augmentation de la période réfractaire sur le circuit. On distingue quatre types de blocs : BAV I, BAV II Mobitz 1, BAV II Mobitz 2, et BAV III.

Les causes de BAV sont variées : infarctus du myocarde (notamment en territoire inférieur, septal et droit), maladies dégénératives et cardiomyopathies, hypertonie vagale (notamment chez les athlètes), hyperthyroïdie et collagénoses, médicaments (inhibiteurs calciques, digitaliques, amiodarone, bêtabloquants), hyperkaliémie. Un BAV peut aussi être fonctionnel, c'est-à-dire temporaire, lié à la fréquence cardiaque.

Le pronostic est spontanément bon pour les BAV I et BAV II Mobitz 1, même si une légère hausse de la mortalité est discutée (NNH=49 pour le BAV I). Sans traitement, le BAV II Mobitz 2 et BAV III entraînent une insuffisance cardiaque chronique et un syndrome de Stokes-Adams (syncopes). La pose d'un pacemaker améliore grandement le pronostic, avec une survie évaluée à 80% à 1 an et 60% à 5 ans.

L'ECG permet d'établir le degré et la localisation du bloc.



Signes cliniques

Le BAV I et le BAV II Mobitz 1 sont habituellement asymptomatiques, mais certains patients peuvent présenter une bradycardie, un angor ou des syncopes.

Le BAV II Mobitz 2 et le BAV III peuvent se révéler par une bradycardie, une intolérance à l'effort, des vertiges, un angor, une dyspnée ou une syncope (Stokes-Adams).



Signes ECG

Les BAV sont définis sur des critères ECG.

Le BAV I se caractérise par un intervalle PR > 200ms (5 petits carreaux), constant.

Le BAV II Mobitz 1 se caractérise par un allongement progressif de l'intervalle PR jusqu'au blocage d'une onde P (onde P non suivie d'un complexe QRS).

Le BAV II Mobitz 2 se caractérise par un blocage intermittent des ondes P sur un mode 1/2, 1/3 ou 1/4 (seule 1 onde P sur 2, sur 3 ou sur 4 est conduite et donne un complexe QRS).

Le BAV III se caractérise par un blocage complet de la conduction des ondes P, avec un échappement ventriculaire. Les ondes P et les complexes QRS évoluent indépendamment, chacun ayant un rythme régulier qui lui est propre (20 à 40 par minute pour les complexes QRS). On parle de dissociation auriculo-ventriculaire.



Conduite à tenir

BAV symptomatique :

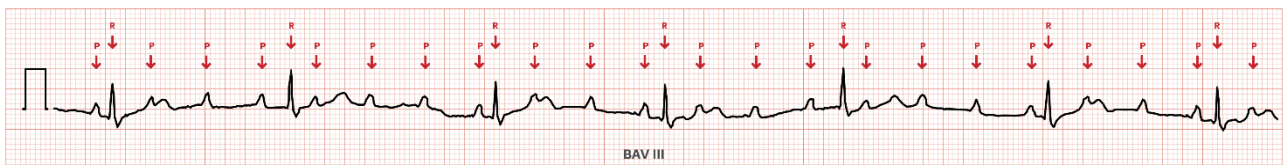
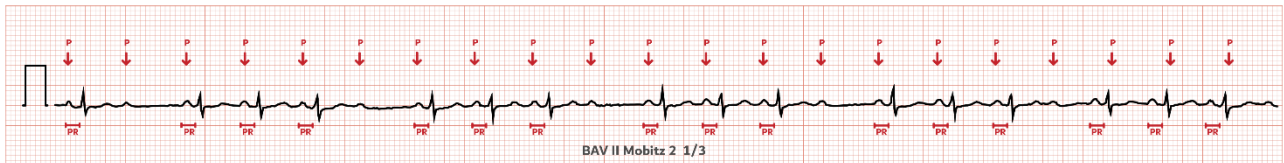
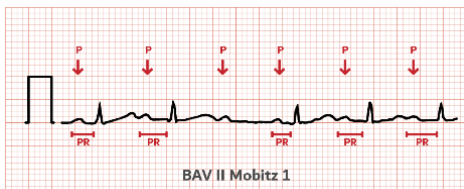
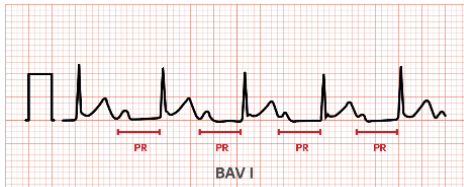
→ Adresser le patient aux urgences

BAV asymptomatique :

- BAV I : Pas de traitement
- BAV II Mobitz 1 : Adresser le patient en consultation cardiologique sans urgence
- BAV II Mobitz 2 : Adresser le patient en consultation cardiologique rapide
- BAV III : Adresser le patient aux urgences (indication de Pacemaker)



ECG typique



Références

- *Revue Médicale Suisse. ECG pratique. Bloc auriculo-ventriculaire.* 
- *Sende J. Guide pratique ECG. Paris : Estem, 2003.*