

**25/1/2013**

**DR HAMADI CHOUCANE**

# CPU CASE

**N°1**

# MOTIF DE CONSULTATION

- Douleur basi-thoracique gauche survenant au repos de façon continue à type de constriction sans irradiations ni signes associés sensible à la palpation.

- Patient âgé de 50 ans
- De sexe masculin
- Agriculteur
- Sans antécédents pathologiques

# FACTEURS DE RISQUE

- **HTA**
- PAS DE DIABETE
- PAS DE DYSLIPIDEMIE
- **TABAC : 30 PA**
- PAS D'HEREDITE CORONAIRE

# EXAMEN CLINIQUE

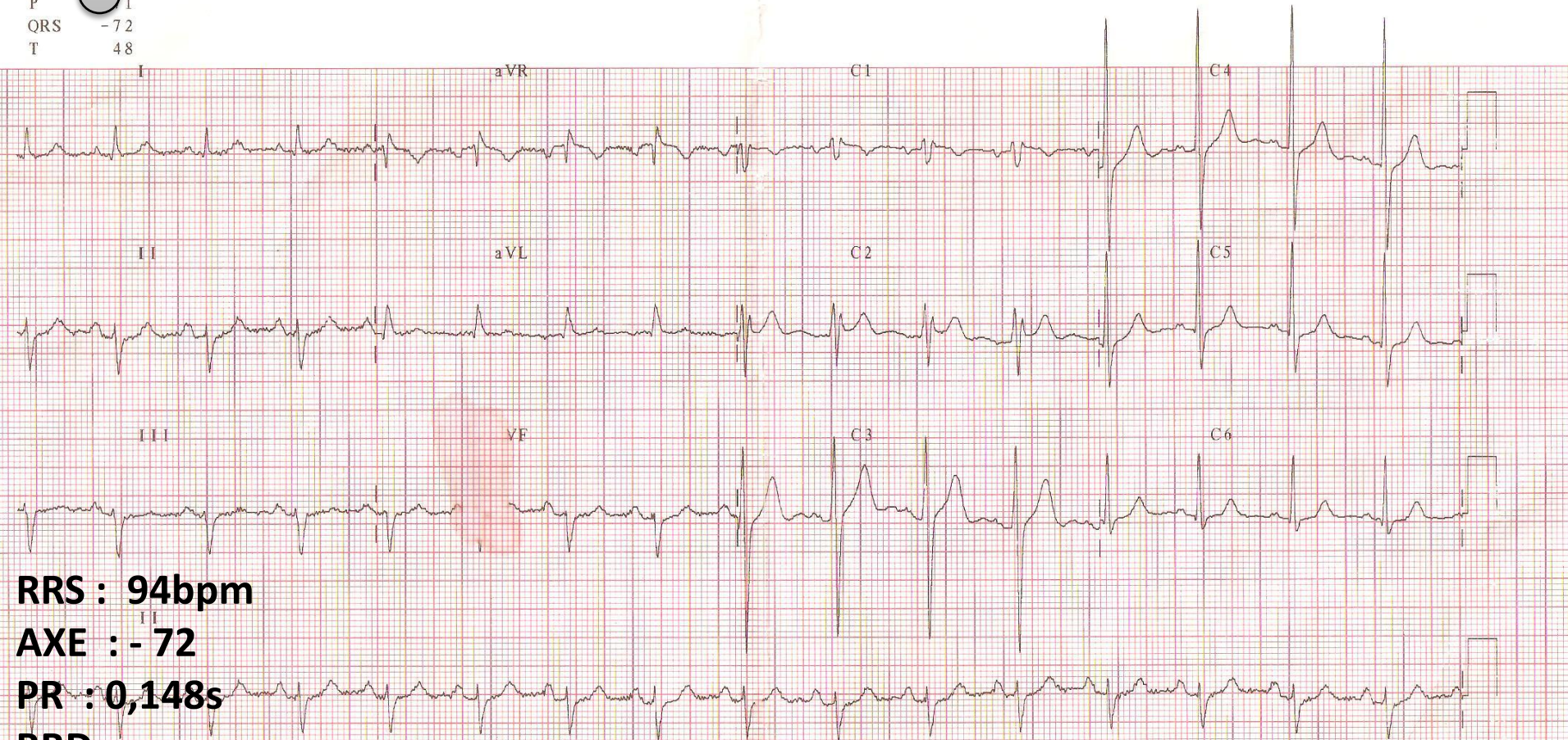
- **TA : 110/80      FC : 90      FR : 14      T° : 37°C**
- **Ex cardio-vx : BDC bien perçus - Pas de souffles ni BSA – pas de frottement péricardique - pouls périphériques présents et symétriques – pas de signes d'IC**
- **Ex pleuro-pulmonaire : Eupnéique – pas de râles**
- **Ex des membres : Mollets souples**

ID :

FC  
PR  
QRSD  
QT  
QTc

--Ax  
P 1  
QRS -72  
T 48

# ECG



**RRS : 94bpm**

**AXE : -72**

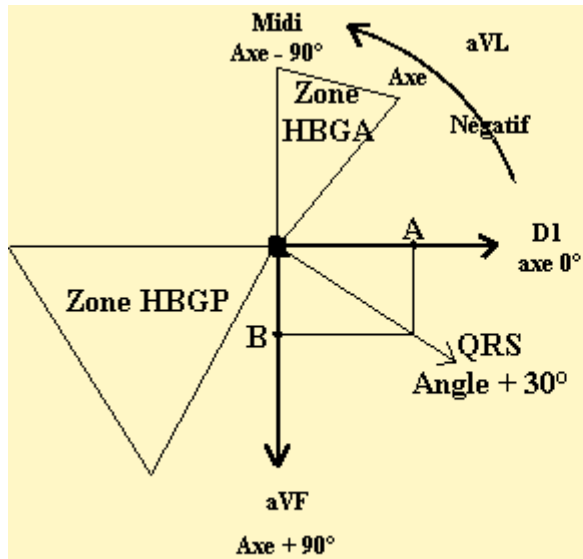
**PR : 0,148s**

**BBD**

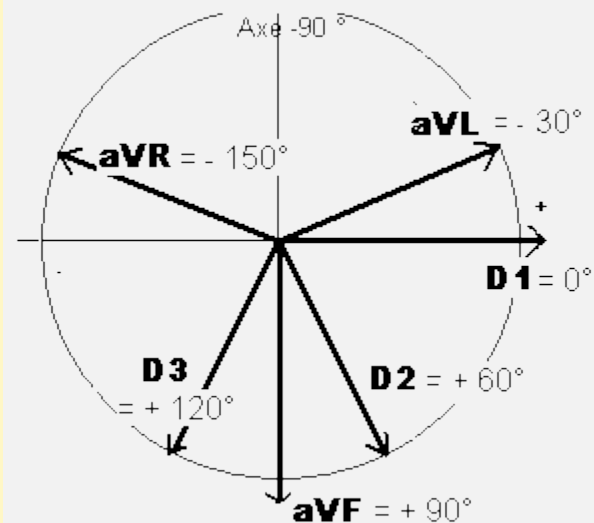
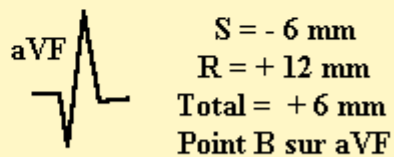
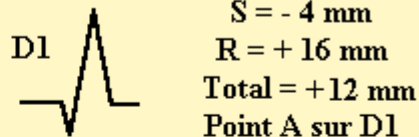
**HBAG**

**PAS DE TROUBLE DE REPOLARISATION**

# AXE DU CŒUR ( RAPPEL )

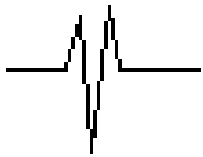


## Exemple

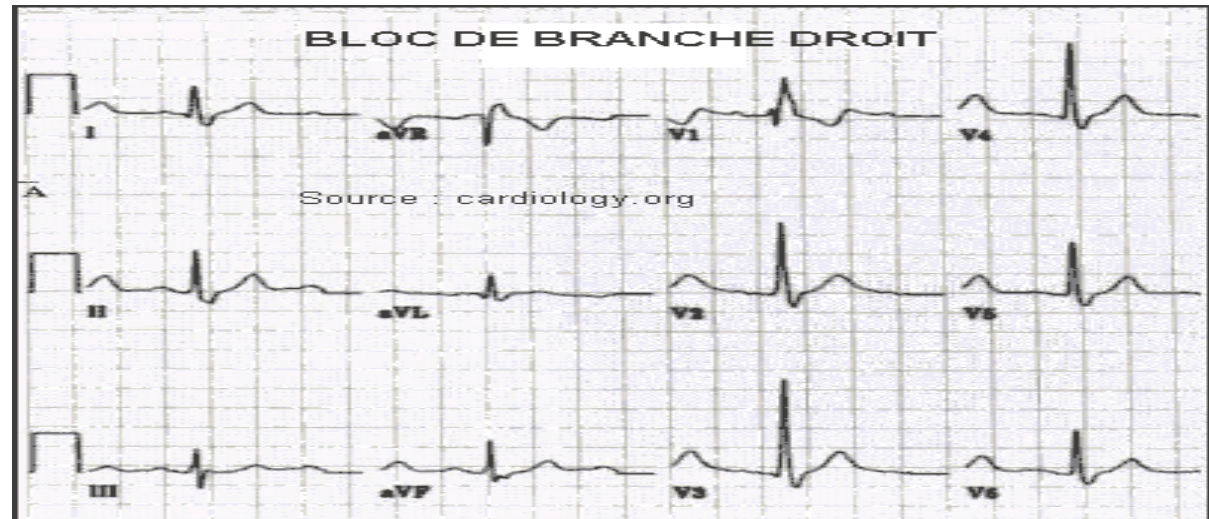


# BBD ( RAPPEL )

en V1, V2



**RSR' ou rSR'**



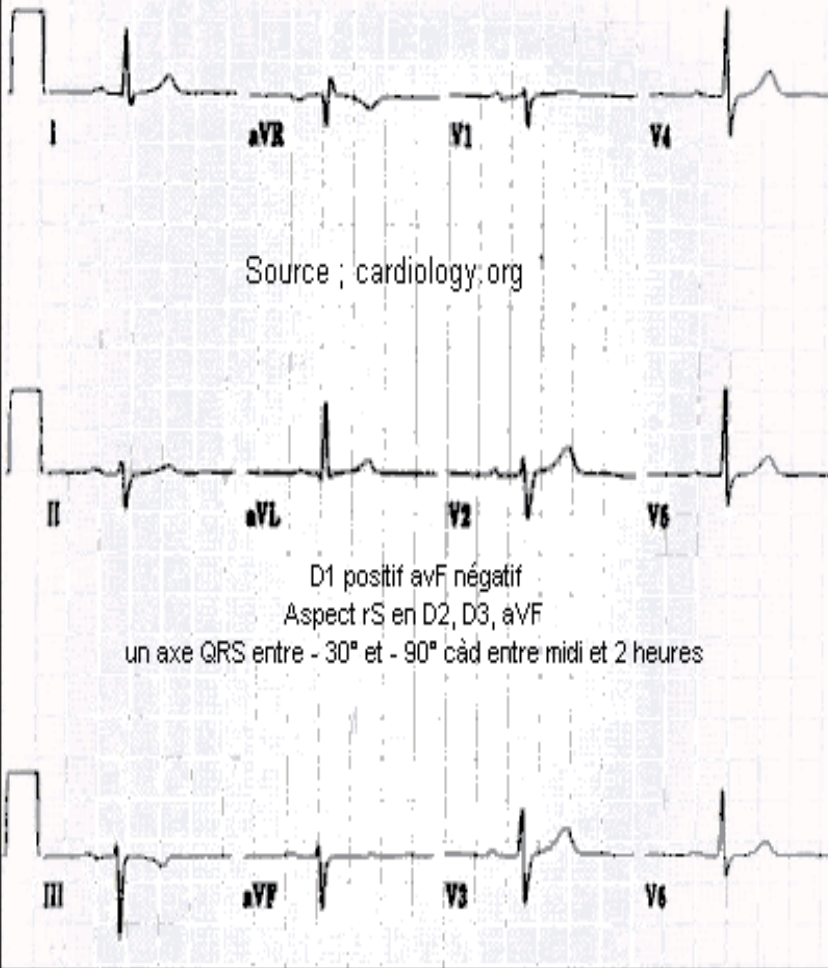
Le BBD est fréquent. Il peut se rencontrer dans presque toutes les cardiopathies mais également chez le sujet indemne.

Généralement diagnostic sans difficulté: Aspect **RSR' ou rSR' en V1, V2**



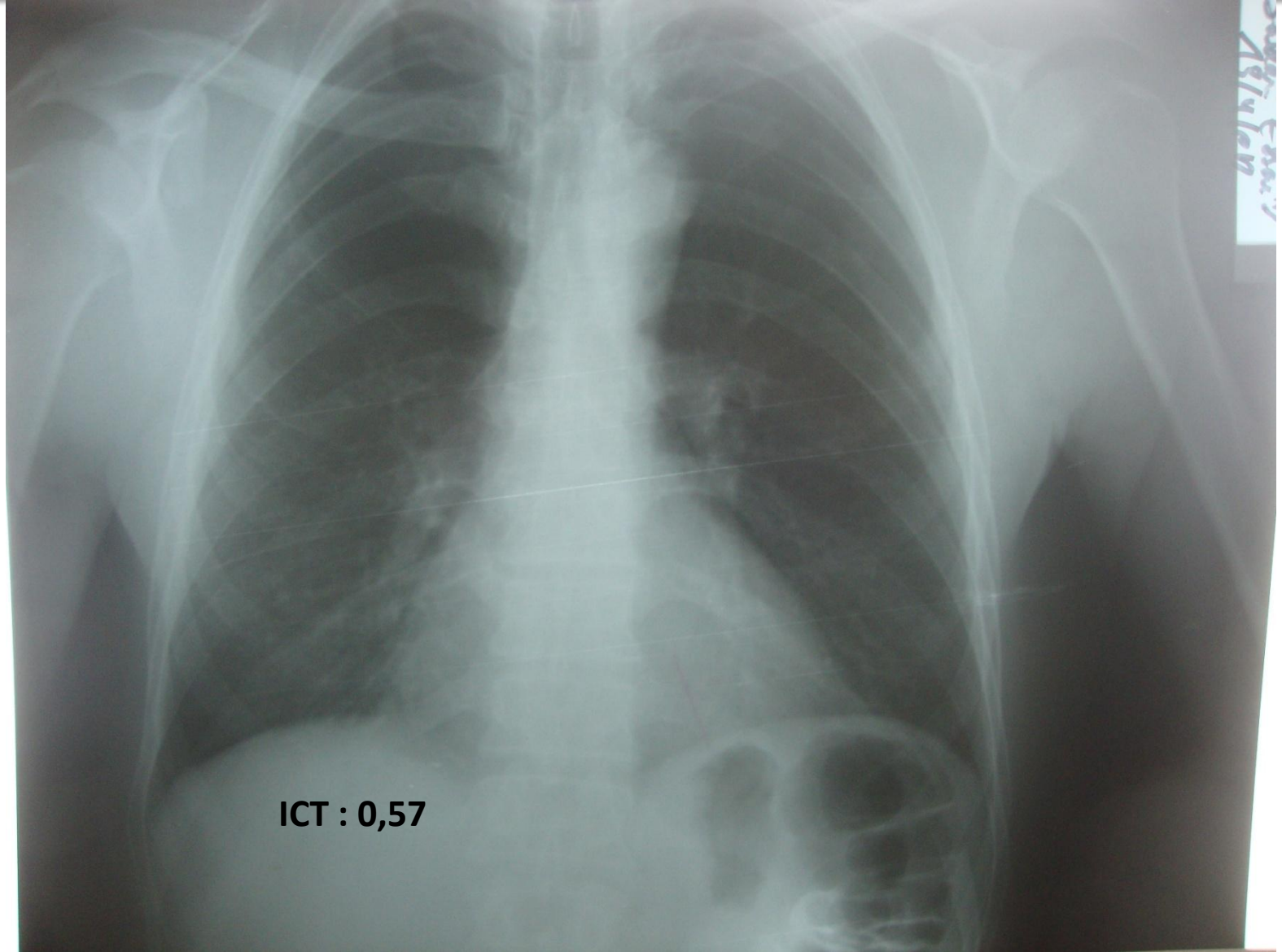
# HBAG ( RAPPEL )

## HEMIBLOC GAUCHE ANTERIEUR



- Le calcul de l'axe du QRS fournit le diagnostic : **axe négatif** entre  $-30$  et  $-90$  c-à-d entre midi et 2H
- Aspect **rS** en D2, D3, aVF (en inférieur)
- Aspect **qR** en D1 et aVL (en latéral haut).

# RX THORAX



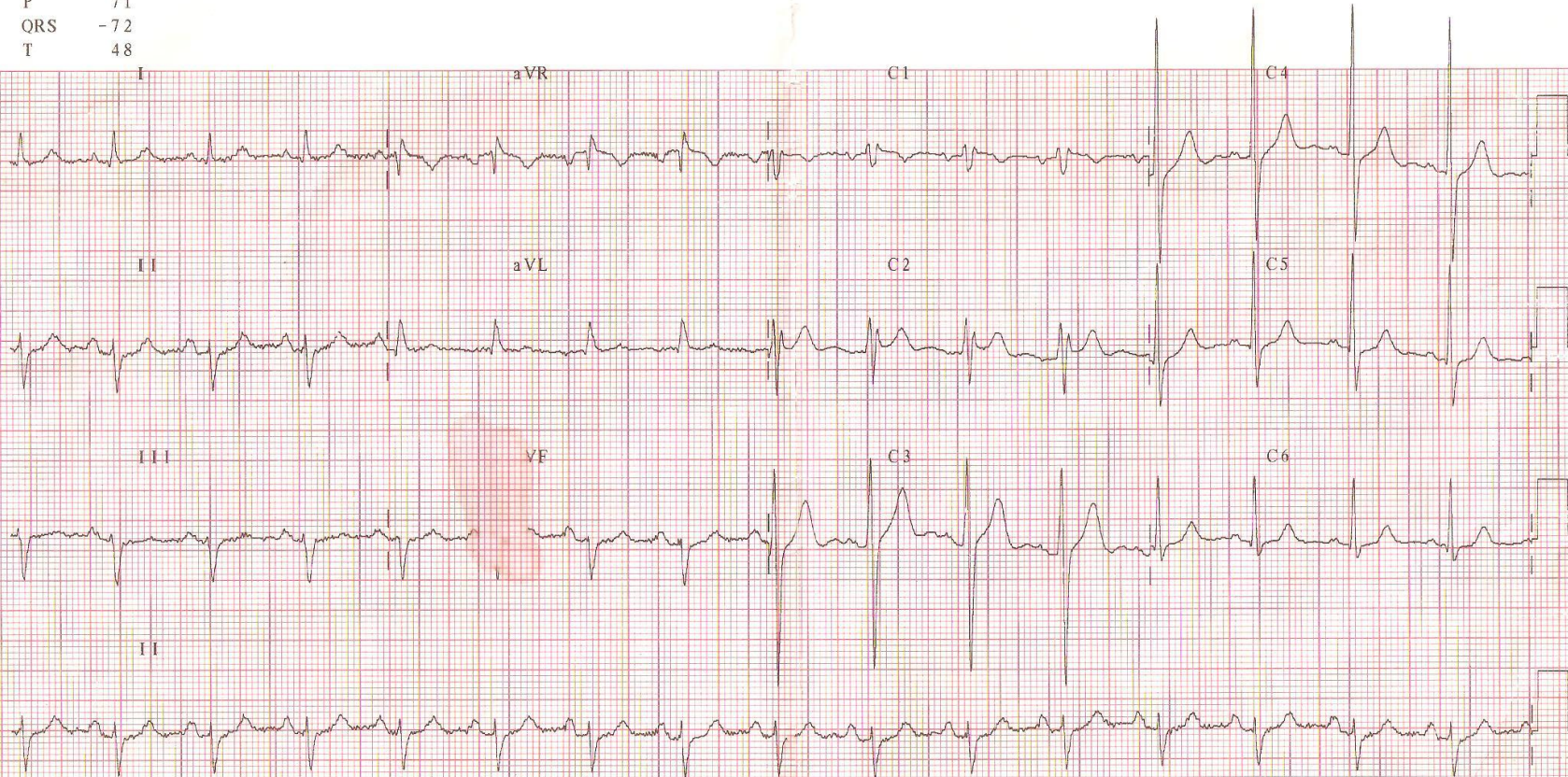
ICT : 0,57

# BIOLOGIE

- **Na<sup>+</sup> : 143      K<sup>+</sup> : 3,70**
- **UREE : 7,3      CREAT : 124**
- **Glycémie: 7,58**
- **CRP : 4,83**
- **CPK : 118**
- **Troponine1 : < 0,01**  
**Troponine2: <0,01**

# DIAGNOSTIC

Axe--  
P 71  
QRS -72  
T 48



## BLOC BIFASCICULAIRE

25 mm/s 10 mm/mV v 0,15 Hz - 40 Hz HP7R9 09472

# BLOC BIFACICULAIRE(RAPPEL)

Le bloc bifasiculaire est *l'Interruption de la conduction dans deux des trois divisions du faisceau de His*. Il s'agit donc d'un **bloc de branche droit associé à un bloc fasciculaire gauche (antérieur ou postérieur)**.

# BLOC BIFASCICULAIRE

## 1<sup>er</sup> CAS : BBD + HBAG

- L'association « bloc de branche droit et bloc fasciculaire **antérieur gauche** » est fréquente dans l'évolution d'une cardiopathie mais n'évolue que rarement vers un bloc AV de haut degré.
- Ce bloc bifasciculaire ne doit pas conduire à la réalisation d'une exploration électrophysiologique endocavitaire et ne constitue pas une indication à la pose d'un stimulateur en l'absence de malaise ou syncope.
- **REMARQUE :**  
Néanmoins, s'il est associé à un intervalle **P-R allongé**, ce bloc bifasciculaire doit faire évoquer la possibilité d'un **bloc trifasciculaire**, de pronostic plus sévère. Des explorations complémentaires peuvent alors être utiles pour en préciser le pronostic.

# BLOC BIFASCICULAIRE

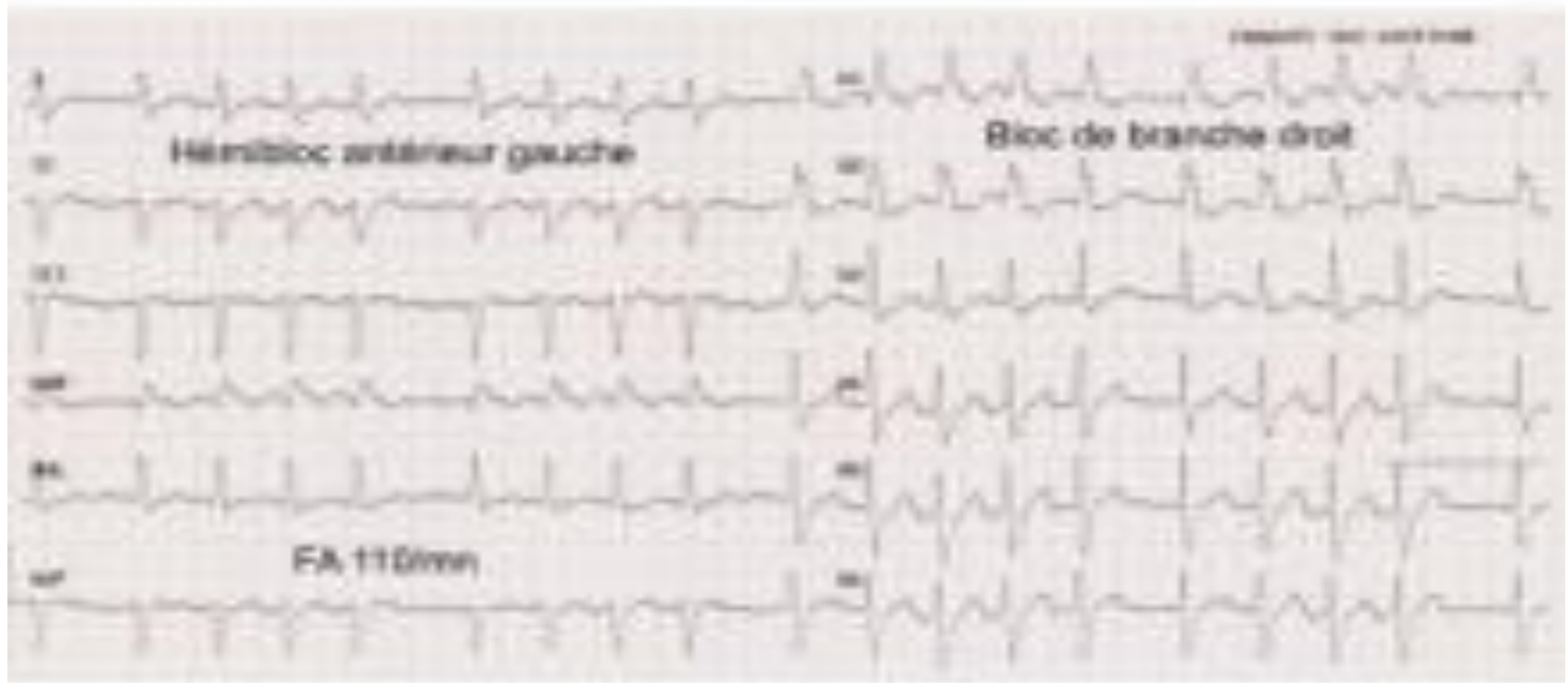
## Bloc bifasciculaire (HBAG et BBD)



La **déflexion ST-segmentaire** (D.I.) est le temps qui sépare le début du complexe QRS du sommet de l'onde R (c'est-à-dire le temps d'inscription de l'onde R). En rythme supra-ventriculaire, ce temps correspond à durée de la dépolarisation ventriculaire depuis le septum jusqu'au myocarde sous-jacent à l'électrode exploratrice.

# BLOC BIFASCICULAIRE

**Bloc bifasciculaire**  
(HBAG et BBD au cours d'une FA)





# BLOC BIFASCICULAIRE

## 2<sup>ème</sup> CAS : BBD + HBPG

- L'association « bloc de branche droit et bloc fasciculaire **postérieur** gauche » est exceptionnelle mais évolue constamment vers un **bloc AV du 3<sup>ème</sup> degré**. **Des explorations complémentaires sont nécessaires** pour en préciser le pronostic.

**25/1/2013**

**DR HAMADI CHOUCANE**

**CPU CASE**

**N°1**

*merci*