

Une complication rare d'un Etat de mal épileptique : le BAV complet

A. BELKOUCH, S. ZIDOUH, T. NABHANI, N. CHOUAIB, L. BELYAMANI

Abstract :

Les troubles neurologiques sont connus pour induire des troubles cardiaques qui peuvent aller de la simple tachycardie sinusale au syndrome coronarien aigu par vasospasme. La survenue d'un bloc auriculoventriculaire comme complication d'un état de mal épileptique est une complication rare. À l'origine de ce trouble on trouve l'activation anarchique des centres parasympathiques. Sa reconnaissance et surtout son traitement doivent attirer l'attention du praticien vu la nécessité du traitement en urgence de l'état de mal qui peut éventuellement être larvé et ne se manifester que par des troubles de conscience ou de comportement.

Une patiente âgée de 75 ans, a été admise au service des urgences pour la prise en charge d'un état de mal épileptique. Elle était suivie depuis 15 ans pour HTA, diabète et dyslipidémie, connue également épileptique sous Depakine qu'elle avait arrêtée quelques jours avant de façon spontanée sans concertation avec son médecin traitant. Elle a reçu immédiatement après son admission 2 bolus de 1 mg de Midazolam, ce qui a permis d'arrêter les convulsions, sa glycémie capillaire était correcte à 1,10g/l. Elle a été mise sous gardénal 15 mg/Kg à la seringue électrique avec reprise de son traitement par Depakine.

Son électrocardiogramme montrait un bloc auriculoventriculaire complet avec une dissociation complète entre rythme auriculaire à 95 b/min et un rythme d'échappement ventriculaire ascillant entre 40 et 55 b/min (fig 1). La mise en place d'une sonde de stimulation provisoire a permis de stabiliser l'état de la patiente (fig 2), néanmoins 48h après le rythme cardiaque est redevenu spontanément sinusal avec un espace PR de 154 millisecondes et disparition de l'échappement ventriculaire. Une TDM cérébrale et un bilan biologique ont également été réalisés et étaient revenu normaux.

Les crises convulsives sont connues pour entraîner une stimulation intense et très marquée des efférences parasympathiques ce qui peut être responsable de troubles du rythme et de la conduction cardiaque (1). La survenue d'une tachycardie est beaucoup plus fréquente que celle d'une bradycardie avec Bloc Auriculo-ventriculaire complet, ce dernier peut lui-même se compliquer d'un arrêt cardiaque par asystolie, entrant dans le cadre du syndrome de bradycardie comitiale (2). Ce syndrome pourrait expliquer par ailleurs la fréquence élevée des décès inexpliqués et soudains par arrêt cardiaque chez les patients épileptiques (3-5).

Chez notre patiente l'absence de troubles hydro électrolytiques et la normalité du bilan cardiaque éliminent toutes les autres causes de BAV complet secondaires. Le retour du rythme cardiaque à une activité systolique de façon spontanée et sans séquelles plaide en faveur d'un syndrome de bradycardie comitiale.

Le gold standard pour confirmer le diagnostic de ce syndrome reste le monitoring couplé de l'Electrocardiogramme et de l'Electroencéphalogramme qui permet de documenter les phases de bradycardie associées aux décharges parasympathiques concomitantes (6). En urgence cet examen s'avère le plus souvent impraticable et le praticien doit savoir évoquer ce diagnostic et surtout le différencier d'une syncope ou d'une crise comitiale secondaire à des troubles du rythme cardiaque et non le contraire.

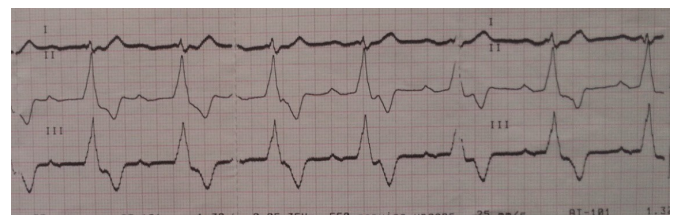


Fig. 1 : ECG de la patiente juste après l'arrêt des convulsions

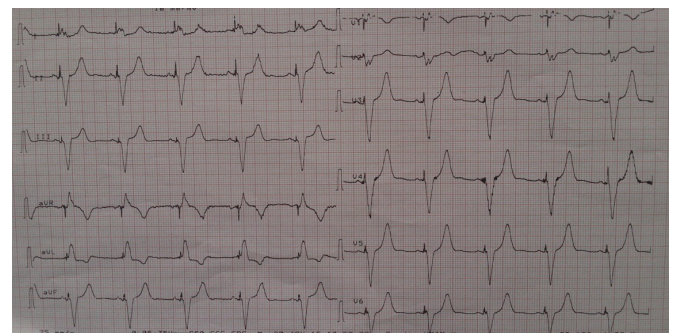


Fig. 2 : Rythme cardiaque après mise en place d'une sonde de stimulation

Une complication rare d'un Etat de mal épileptique : le BAV complet

A. BELKOUCH, S. ZIDOUH, T. NABHANI, N. CHOUAIB, L. BELYAMANI

Références

1. Syncope, seizure, or both? An unusual case of complete heart block. *Journal of Electrocardiology* 40 (2007) 493–495.
2. Russell AE. Cessation of the pulse during the onset of epileptic fits. *Lancet* 1906;2:152.
3. Ficker DM, So EL, Shen WK, et al. Population-based study of the incidence of sudden unexplained death in epilepsy. *Neurology* 1998; 51:1270.
4. Nei M, Ho RT, Sperling MR. EKG abnormalities during partial seizures in refractory epilepsy. *Epilepsia* 2000;41:542.
5. Nei M, Ho RT, Abou-Khalil BW, et al. EEG and ECG in sudden unexplained death in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45:338.
6. Britton JW, Ghearing GR, Benarroch EE, Cascino GD. The ictal bradycardia syndrome: localization and lateralization. *Epilepsia* 2006; 47:737.