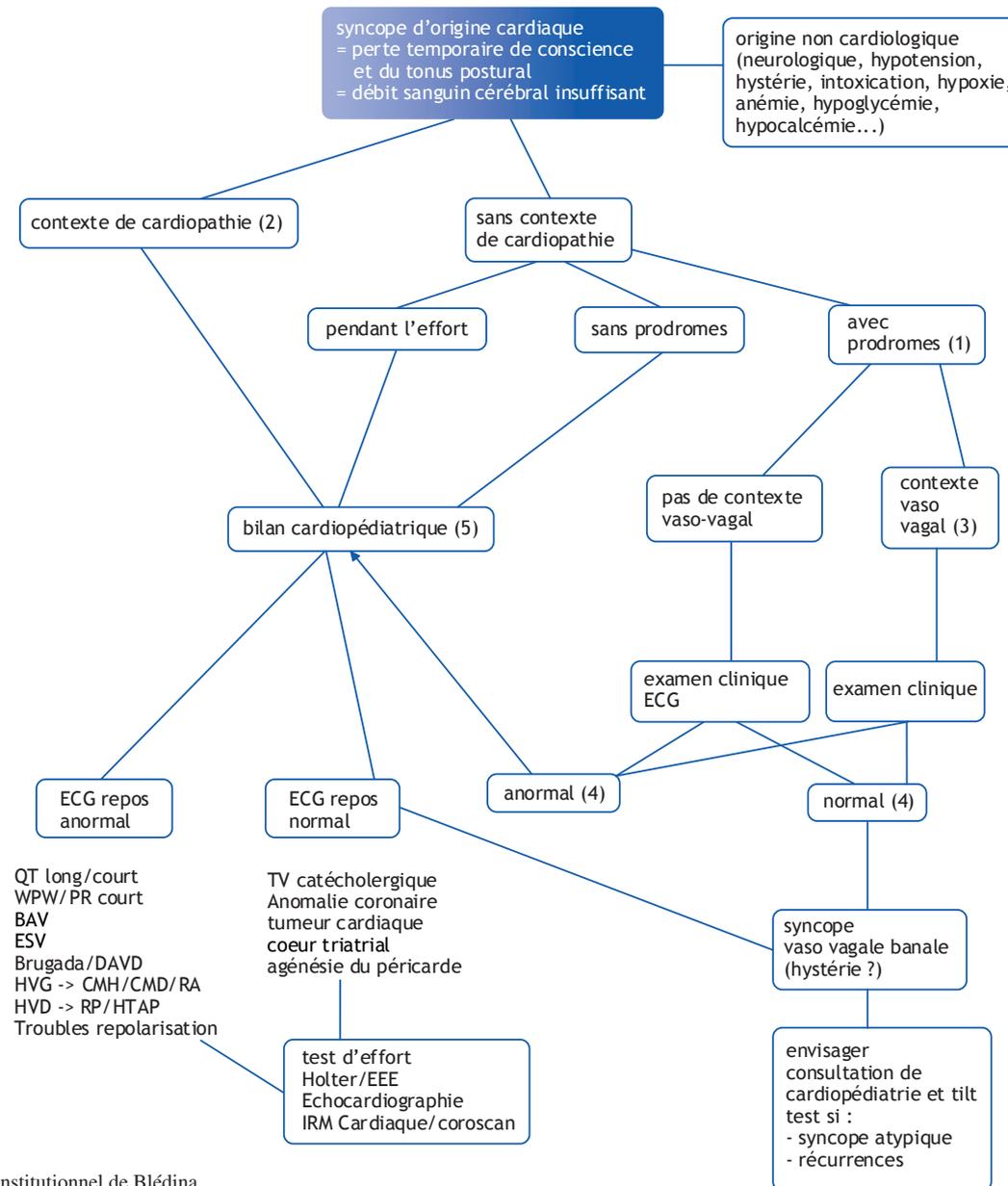


A. Chantepie

Service de Pédiatrie A, Pôle de Médecine Pédiatrique, Université F. Rabelais,
Hôpital Clocheville, 49 boulevard Béranger, 37044 TOURS cedex

■ Abréviations

BAV : bloc auriculoventriculaire
 CMD : cardiomyopathie dilatée
 CMH : cardiomyopathie hypertrophique
 DAVD : dysplasie arythmogène du ventricule droit
 EEE : exploration électrophysiologique endocavitaire
 ESV : extrasystoles ventriculaires
 HTAP : hypertension artérielle pulmonaire
 HVD : hypertrophie ventriculaire droite
 HVG : hypertrophie ventriculaire gauche
 RA : rétrécissement aortique
 RP : rétrécissement pulmonaire
 TV : tachycardie ventriculaire
 WPW : syndrome de Wolf parkinson White.



■ Arbre décisionnel-Commentaires

(1) **Les prodromes habituels sont** : nausées, céphalées, vision trouble (« voile noir », « brouillard »), sensation vertigineuse, jambes « de coton », sensation de chaleur.

(2) **Contexte de cardiopathie** : antécédents familiaux (mort subite inexpliquée, maladie myocardique ou rythmique héréditaire, malaise ou syncope), antécédents personnels (cardiopathie connue, maladie métabolique, pace-maker, maladie inflammatoire), signes fonctionnels cardiaques (palpitations, douleurs thoraciques de type « coronaires », dyspnée).

(3) **Contexte vaso-vagal** : circonstance particulière (position debout prolongée, tête en hyper-extension, passage rapide du décubitus à l'orthostatisme, arrêt brusque d'un effort physique intense, ambiance surchauffée), facteur déclenchant (foule, émotion forte, vue du sang, douleur aiguë), période de la vie (pré-adolescence et adolescence), antécédents familiaux identiques ; description de la syncope : perte de connaissance de brève durée avec pâleur, hypotonie et immobilité suivie d'une phase de récupération lente avec asthénie et somnolence.

(4) **Examen clinique normal** : absence de symptômes fonctionnels cardiaques (douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée) ; examen cardiovasculaire normal : absence de souffle cardiaque et d'anomalie des bruits du cœur.

(5) **Bilan cardiologique** : il comporte un ECG (électrocardiogramme) et une échocardiographie, puis, en fonction de l'orientation étiologique, d'autres examens : test d'effort pour démasquer une arythmie ventriculaire ou une ischémie myocardique, holter de 24 heures pour détecter des troubles du rythme ou de la conduction, une imagerie des artères coronaires par coroscan ou IRM dans l'hypothèse d'un trajet

anormal, une imagerie du myocarde par IRM pour identifier une myocardite, une myocardiopathie (myocarde spongieux) ou une dysplasie arythmogène du ventricule droit.

(6) **ECG anormal** : un allongement de l'espace QT (QTc > 0,44) oriente vers un syndrome de QT long (risque de torsades de pointe et de fibrillation ventriculaire) ; une onde de pré-excitation « delta » indique un syndrome de WPW (risque de transmission directe aux ventricules par une voie accessoire trop perméable d'une fibrillation auriculaire rapide) ; un sus-décalage de ST en V1 et V2 évoque un syndrome de Brugada (risque de fibrillation ventriculaire) ; un bloc de branche droit avec onde epsilon et ondes T négatives en V1 et V2 oriente vers une DAVD (risque de troubles du rythme ventriculaire) ; des anomalies de repolarisation de type ischémique doivent faire rechercher une anomalie d'origine ou de trajet d'une artère coronaire.

■ Références

Goble MM, Benitez C, Baumgardner M, Fenske K. ED management of pediatric syncope: searching for a rationale. Am J Emerg Med 2008;26:66-70.

Massin MM, Bourguignon A, Coremans C, Comté L, Lepage P, Gérard P. Syncope in pediatric patients presenting to an emergency department. J Pediatr 2004;145:223-8.

Villain E. Syncope cardiaque de l'enfant. Arch Pediatr 2004;11: 169-74.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : chantepie@med.univ-tours.fr (A. Chantepie).