

Le bloc auriculo-ventriculaire complet transitoire révélé par syncopes au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu : à propos d'une observation

Transient complete atrio-ventricular block reveled by syncope during a thrust acute rheumatic fever: about one observation

MBAYE A(1), GAYE ND, SEDE P, OULD KHARCHI MI, SARR AW, ABDOULKARIM OMAR D, LEYE M MCBO, BODIAN M, NDIAYE MB, KANE AD, DIACK B, KANE M, DIAGNE/SOW D ET KANE A.

RESUME

degré sont rares dans le rhumatisme articulaire aigu, peuvent révéler la maladie. Nous rapportons un cas de bloc auriculo-ventriculaire complet compliquant une poussée de rhumatisme articulaire aigu. Une jeune patiente de 21 ans, traitée pour une hyperthyroïdie a été admise pour syncope à répétition. Elle présentait depuis 1 mois des polyarthralgies fugaces des grosses articulations. L'examen physique avait retrouvé une bradycardie, un souffle systolique apexien et une fièvre à 38° C. L'électrocardiogramme montrait une dissociation auriculo-ventriculaire complète. A la biologie, on notait une élévation du taux d'anticorps anti Streptolysine O, un syndrome inflammatoire biologique non spécifique et une TSHus basse. Une stimulation cardiaque temporaire a été mise en place. La persistance du syndrome inflammatoire et du bloc auriculo-ventriculaire a fait évoquer le diagnostic de poussée de rhumatisme articulaire aigu et la corticothérapie a permis la régression totale des signes avec un retour en rythme sinusal.

MOTS CLES

Bloc auriculo-ventriculaire, rhumatisme articulaire aigu, insuffisance mitrale.

SUMMARY

Second or third degree atrio-ventricular block are rare in rheumatic fever. We report a case of complete atrio-ventricular block complicating acute rheumatic fever. A young female patient of 21 years, treated for hyperthyroidism was admitted for repetitive syncope. She presented one month since polyarthralgia of large joints. Examination had found bradycardia, an apical systolic murmur and fever at 38 ° C. Electrocardiogram showed a complete atrio-ventricular dissociation. In biology, we noted an inflammatory syndrome, a high level of anti streptolysin O antibodies and a low level of ultra sensible TSH. A temporary pacemaker was placed. In front of persisting atrio-ventricular block and inflammatory syndrome, we suspected acute rheumatic fever and signs regressed totally with recovery of sinus rhythm under treatment by corticosteroid.

KEY WORDS

Atrio-ventricular block, acute rheumatic fever, mitral insufficiency.

INTRODUCTION

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est une complication de l'infection à streptocoque bêta hémolytique du groupe B. Le bloc auriculo-ventriculaire (BAV) du premier degré est fréquent et constitue un critère mineur de Jones [1]. Très rarement, les BAV du second ou du troisième degré peuvent constituer des signes révélateurs de la maladie rhumatismale. Nous rapportons un cas de BAV complet syncopal compliquant une poussée de rhumatisme articulaire aigu.

OBSERVATION

Une jeune patiente sénégalaise âgée de 21 ans a été hospitalisée en urgence pour plusieurs épisodes de syncope à l'emporte pièce. Elle présentait depuis un mois des polyarthralgies fugaces et mobiles des grosses articulations n'ayant pas motivé de consultation. Dans ses antécédents, on notait une maladie de Basedow traitée par antithyroïdiens de synthèse. A l'admission, la patiente était consciente et gardait un bon état général. La pression artérielle était à 120/80 mm Hg et la fréquence cardiaque à 30 battements par minute. Par ailleurs, on notait une fièvre à 38° C. L'auscultation cardiaque retrouvait une bradycardie et un souffle systolique apexien jusque là méconnu. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance cardiaque, ni de signes de focalisation

neurologique. L'électrocardiogramme de surface inscrivait un BAV complet à QRS fins avec une fréquence ventriculaire à 30 cycles par minute [fig. 1]. L'échocardiographie [fig.2, fig. 3] montrait une insuffisance mitrale importante avec un épaissement des feuillets mitraux en faveur d'une atteinte rhumatismale sans dilatation des cavités cardiaques. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire non spécifique (hyperleucocytose à 17500 globules blancs/mm³, augmentation de la CRP à 192 mg/l, anémie microcytaire à 9 g/dl), une élévation du taux d'anticorps anti Streptolysine O (ASLO) à 400 puis 600 UI/l, un taux de TSHus bas (< 0,01 µUI/l) et un taux de T4 libre élevé (1,62ng/dl) en faveur d'une hyperthyroïdie fonctionnelle. Un bilan immunologique à la recherche de maladie du système est revenu négatif (anticorps anti DNA natifs, anti ENA typiques, anti peptides citrullinés). Le diagnostic de RAA a été retenu devant les polyarthralgies, la fièvre, l'insuffisance mitrale rhumatismale importante avec un épaissement et une restriction des mouvements valvulaires mitraux, le syndrome biologique inflammatoire non spécifique et l'augmentation du taux d'ASLO. Une stimulation cardiaque temporaire a été mise en place en urgence. Après 5 jours d'évolution marquée par la persistance des troubles conductifs, une corticothérapie a été prescrite permettant une normalisation de l'électrocardiogramme avec un retour en rythme sinusal [fig. 4] et l'arrêt de la stimulation temporaire. Après plus 4 mois de suivi, la patiente est restée asymptomatique avec un électrocardiogramme toujours en rythme sinusal. Une antibio-prophylaxie à base de Pénicilline retard a été prescrite.

DISCUSSION

Les valvulopathies rhumatismales demeurent une affection encore fréquente en milieu tropical africain [2]. Les blocs auriculo-ventriculaires sont souvent l'apanage du sujet âgé avec une origine fréquemment dégénérative. La particularité de notre patiente réside dans le fait que le BAV du deuxième ou du troisième degré est exceptionnel au cours du RAA. Le BAV du premier degré quant à lui est fréquent au cours du rhumatisme articulaire aigu. Cependant il ne constitue pas un signe spécifique de cardite rhumatismale et peut être recherché au cours des

états fébriles. [3]. Les BAV de deuxième ou de troisième degré sont associés à des états inflammatoires d'intensité diverse impliquant le tissu de conduction cardiaque comme dans la diphtérie ou la myocardite [4]. Des cas de BAV complet [5, 6, 7] ont été rapportés dans le RAA de même que de nombreuses arythmies [8, 9]. Le mécanisme exact par lequel le RAA entraîne des BAV de haut degré reste cependant inconnu. Lors d'une étude portant sur 508 enfants atteints de RAA, Clarke et Keith [10] ont relevé un bloc auriculo-ventriculaire du premier degré chez 84% des patients. Trois enfants ont présenté un bloc auriculo-ventriculaire complet dont un qui a nécessité une stimulation temporaire suite à un accident d'Adam Stokes. L'atteinte valvulaire résulte d'altérations structurelles irréversibles des feuillets valvulaires tandis que la survenue de BAV représente un phénomène plutôt transitoire [3]. La cardite rhumatismale peut concerner toutes les couches du cœur (péricarde, endocarde, myocarde). Un bloc auriculo-ventriculaire complet survenant au cours du RAA est un phénomène transitoire, disparaissant au bout de quelques jours avec un traitement anti-inflammatoire. Un traitement spécifique telle que la stimulation cardiaque ne doit être envisagée qu'en cas de syncope due au bloc [3].

L'observation que nous avons rapportée illustre cette évolution d'un BAV syncopal au cours d'une poussée de RAA ayant nécessité une stimulation cardiaque temporaire et ayant complètement régressé sous corticothérapie.

CONCLUSION

Le bloc auriculo-ventriculaire complet est une complication rare au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu. Dans les pays où cette affection existe encore, il ne faudrait pas perdre de vue cette complication. La corticothérapie permet le traitement de la poussée inflammatoire et du trouble conducteur cardiaque.

R E F E R E N C E S

- 1- Rutstein DD, Bauer W, Dorfman A, and al. Jones Criteria (Modified) for Guidance in the Diagnosis of Rheumatic Fever: Report of the Committee on Standards and Criteria for Programs of Care. *Circulation* 1956; 13: 617-20.
- 2- Diao M, Kane Ad, Doumbia AS, et al. Cardiopathies rhumatismales évolutives à propos de 17 cas colligés au CHU de Dakar. *Med Trop* 2005; 65 : 339-342
- 3- Zalstein E, Maor R, Zucker N, Katz A. Advanced atrioventricular conduction block in acute rheumatic fever. *Cardiol Young* 2003;13:506-8
- 4- Uemura A, Morimoto S, Hiramitsu S, Hishida H. Endomyocardial biopsy findings in 50 patients with idiopathic atrioventricular block: presence of myocarditis. *Jpn Heart J* 2001; 42: 691-700.
- 5- Malik JA, Hassan C, Khan GO. Transient complete heart block complicating acute rheumatic fever. *Indian Heart J* 2002; 54: 91.2
- 6- Thakur AK. Complete heart block as a first manifestation of acute rheumatic fever. *Indian Heart J* 1996; 48: 428-9
- 7- Gyeong-Hee Y. Complete atrio-ventricular block in an adolescent with rheumatic fever. *Korean Circ J* 2009; 39: 121-3.
- 8- Lenox CC, Zuberbuhler JR, Park SC, Neches WH, Mathews RA, Zoltun R. Arrhythmias and Stoke-Adams attack in acute rheumatic fever. *Pediatrics* 1978; 61: 599-603.
- 9- Liberman L, Hordof AJ, Alfayyadh M, Salafia CM, Pass RH. Torsade de pointes in a child with acute rheumatic fever. *J Pediatr* 2001; 138: 280-2.
- 10- Clarke M, Keith ID. Atrioventricular conduction in