

# LES BLOCS AURICULO-VENTRICULAIRES "BAV"

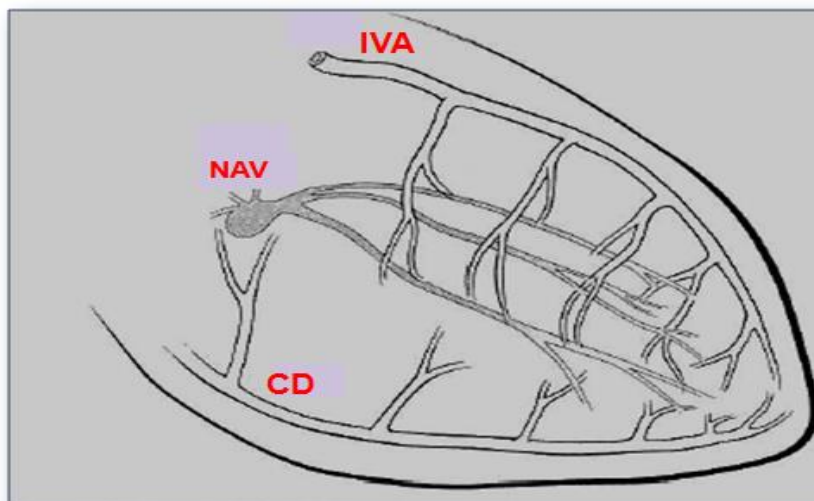
## I-DÉFINITION GÉNÉRALITÉS

- Perturbation intermittente ou permanente dans la transmission de l'influx **des oreillettes vers les ventricules**.

- Siège: 

- Diagnostic: → **ECG**  
- signes cliniques: orientent le Dgc

### Vascularisation des voies de conduction

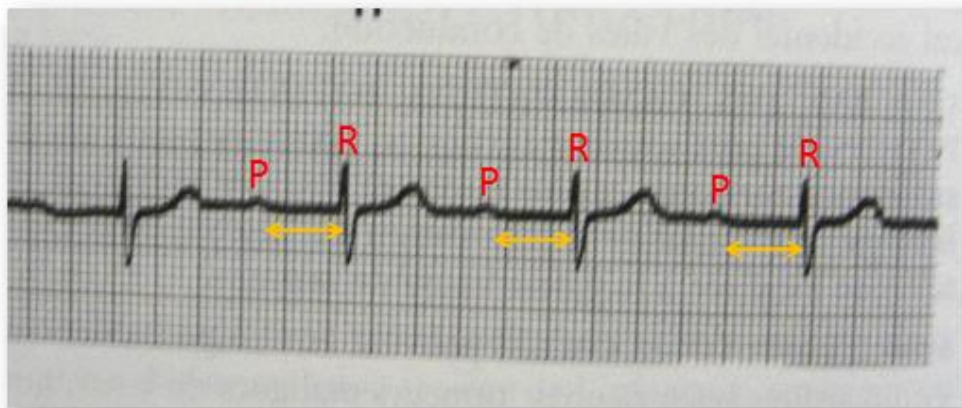


- **NB:** BAV paroxystique => bloc intermittent
  - Dgc par HOLTHER cardiaque
  - Etude électrophysiologique
- Etiologies: multiples
  - soit de BAV aigus (réversibles)
  - soit de BAV chroniques
- Pronostic: variable
  - Principal risque = **Mort Subite**
- Traitement: selon étiologie et symptômes
  - abstention  $\longleftrightarrow$  stimulateur cardiaque définitif

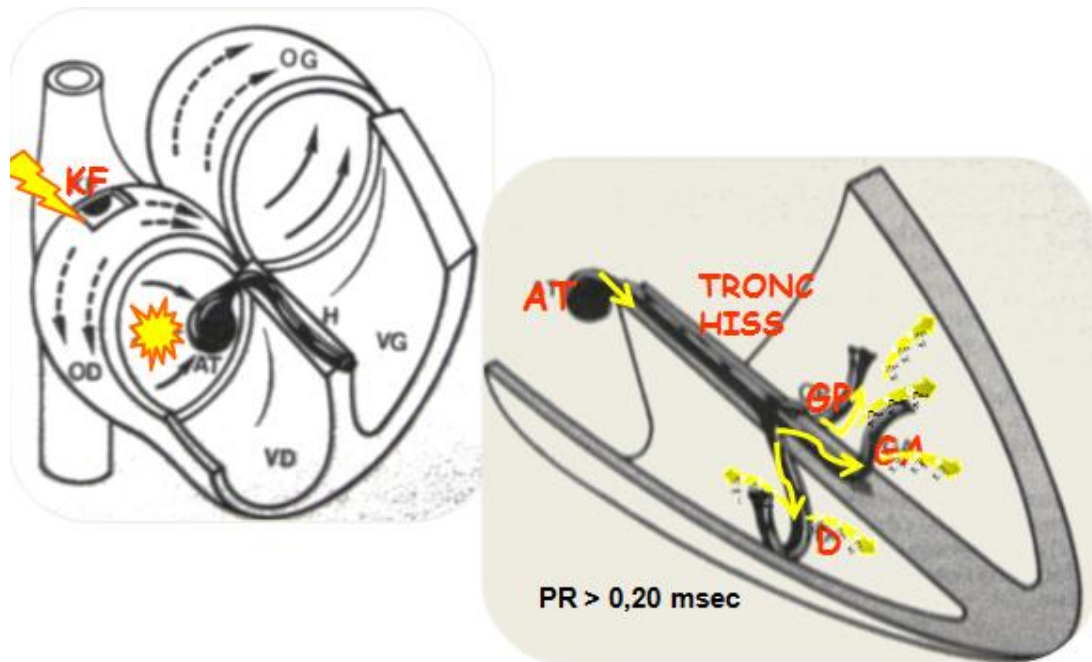
## II-DEGRÉS DE BAV

**A- BAV 1<sup>er</sup> degré:** simple RALENTISSEMENT

ECG: nP = Nqrs



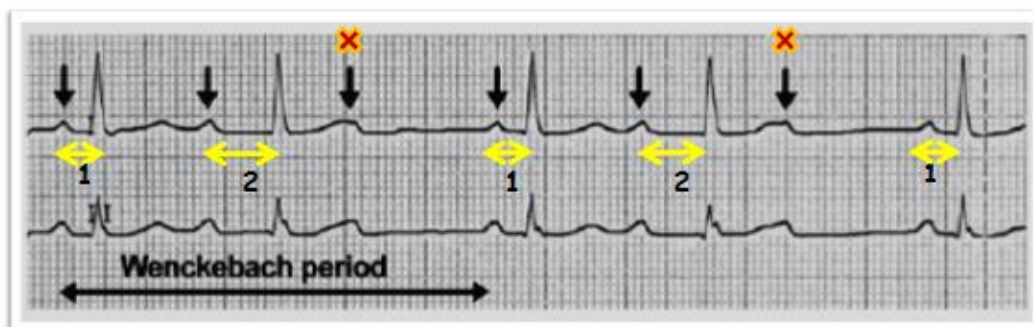
PR > 0,20 sec    PR1 = PR2 = PR3



**B- BAV 2<sup>ème</sup> degré:** blocage **INTERMITTENT** de P

ECG:  $nP > nQRS$

❖ **Mobitz 1:** période de Luciani Wenckebach

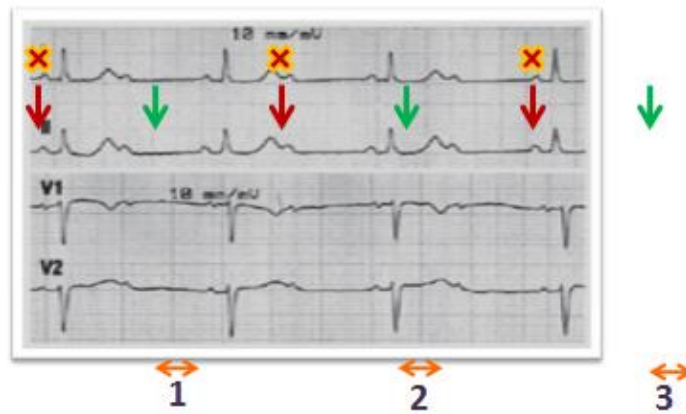


$PR\ 1 < PR\ 2 \rightarrow$  blocage P

❖ **Mobitz 2**: blocage **INNOPINÉ** de P:

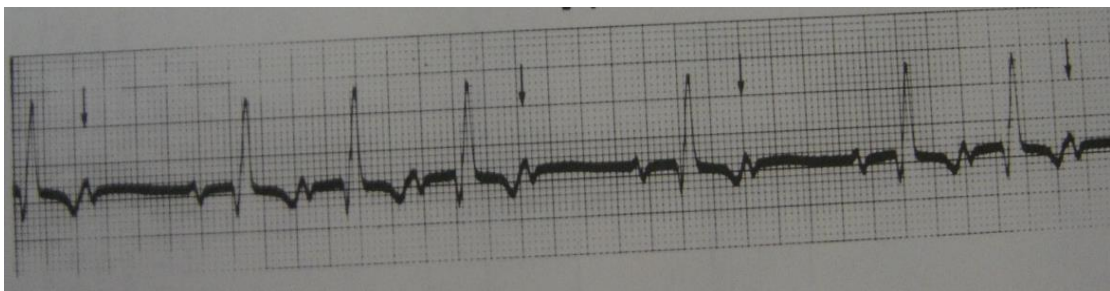
NB: PR **fixe** √ sa durée

BAV 2/1



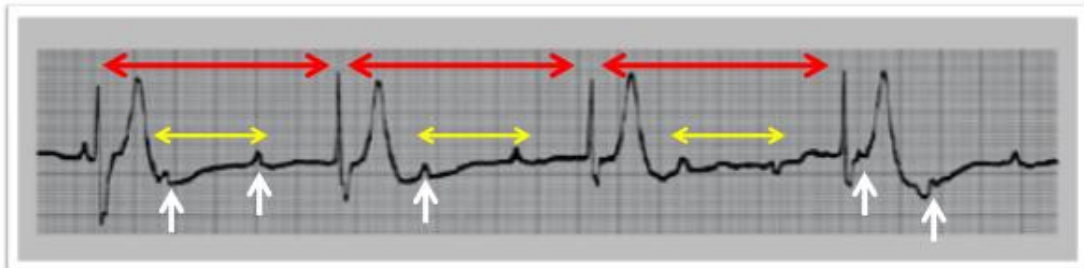
PR 1 = PR 2 = PR 3

**BAV II: MOBITZ 2**



**C- BAV 3<sup>ème</sup> degré ou COMPLET:**  
ECG: TOUTES les P sont bloquées

Dissociation entre Oreillettes et Ventricules



Intervalles: R R fixes ET P P fixes

### III-DONNÉES CLINIQUES

**A- BAV 1<sup>er</sup> degré:** asymptomatique

**B- BAV 2<sup>ème</sup> degré:** symptomatique si:

→ bradycardie ++ (haut degré)

→ cardiopathie sous jacente

} SF: ↷

asthénie,  
lipothymies,  
dyspnée

### C- BAV 3<sup>ème</sup> degré: rarement asymptomatique

- signes fonctionnels: lipothymies **ou +** (selon  $\pi$ )
- examen physique:
  - pouls lent permanent
  - PAS élevée
  - souffle systolique éjectionnel
  - accentuation B1 intermittente (bruit de canon)
  - systoles en écho
  - dissociation **jugulo-radiale**

$\text{freq. O} > \text{freq. V}$

## IV-COMPLICATIONS: Parfois révélatrices

### A- SYNCOPE:

anoxie cérébrale **aigue** (# circulatoire 15-20 sec)

#### 1-aspects cliniques:

##### a. syncope:

- début et fin brusques
  - sans prodromes (» chutes, traumatismes)
  - réveil spontané, total
  - pas de signes post-critiques
- } Dgc # avec épilepsie

# > 20 sec = convulsions + coma post-critique

# > 3 mn = anoxie cérébrale **irréversible** (risque mort subite)

##### b- lipothymie:

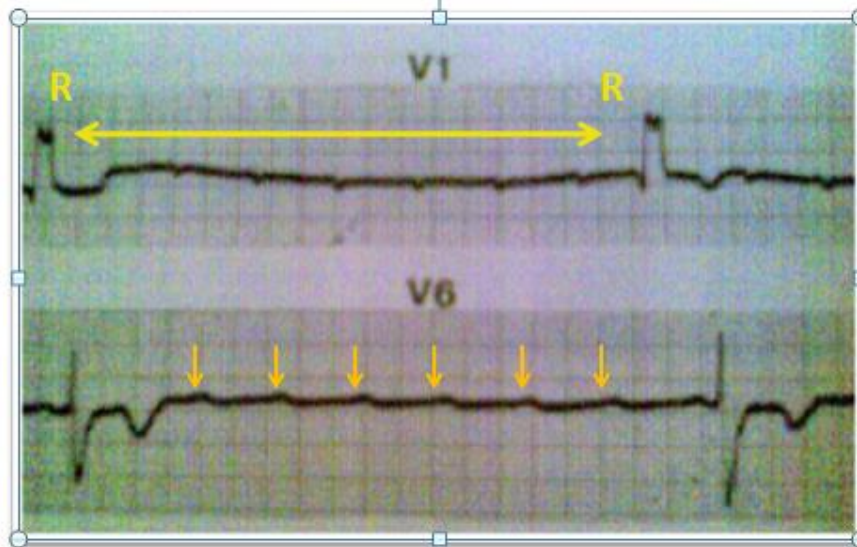
= équivalent mineur de la syncope (# quelques sec)

- voile noir
  - vertige bref
- } sans perte de connaissance

**même valeur pronostique que la syncope**

2-aspects ECG:

a- **bradycardie extrême**: fréquence V < 20/mn



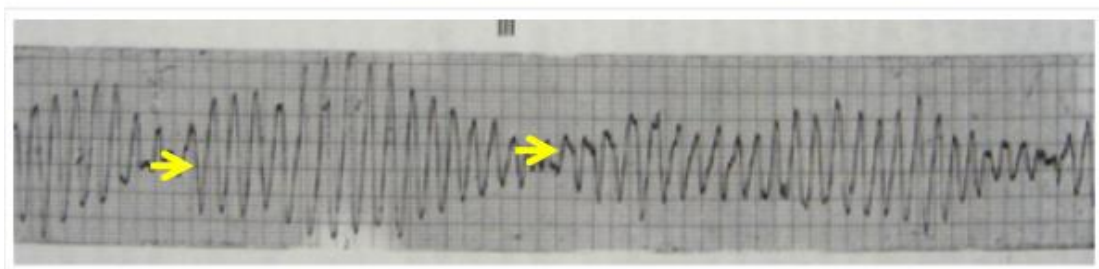
b- **asystolie**: pause ventriculaire



c- **torsade de pointe**:

- Tracé anarchique

- Régression spontanée mais **récidives ++**



**NB:** le tracé intercritique peut être **NORMAL**



- anamnèse: éléments cliniques évocateurs
- Holter cardiaque: objective le trouble conductif

**B- Insuffisance cardiaque:** si

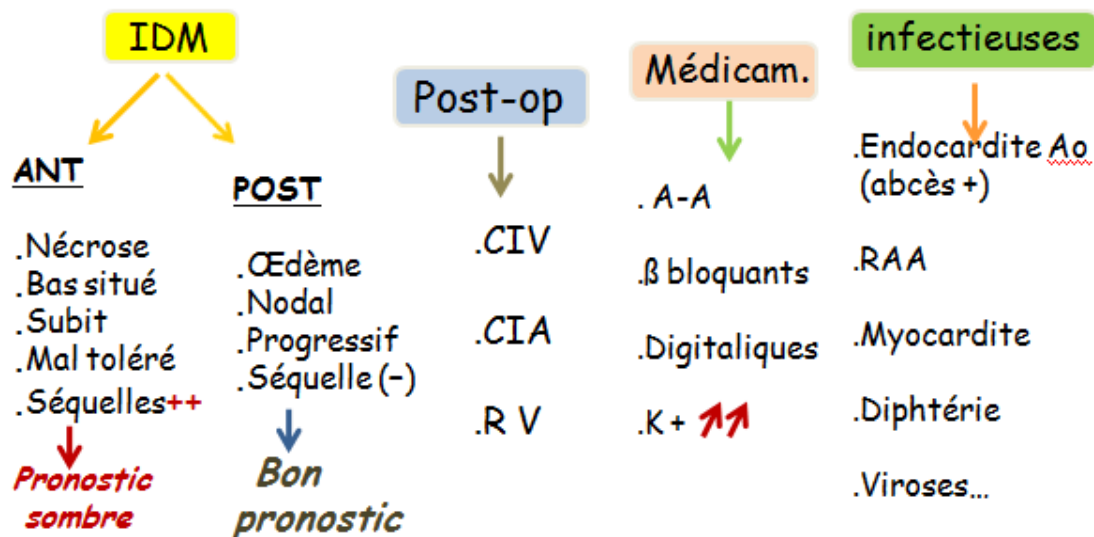
- bradycardie importante prolongée
  - cardiopathie sous jacente
- } cas sévères

**C- Insuffisance circulatoire cérébrale:** CHRONIQUE

- terrain: âge avancé, athérosclérose
  - symptômes: sénilité, troubles psychiques, confusion...
- } réversibles

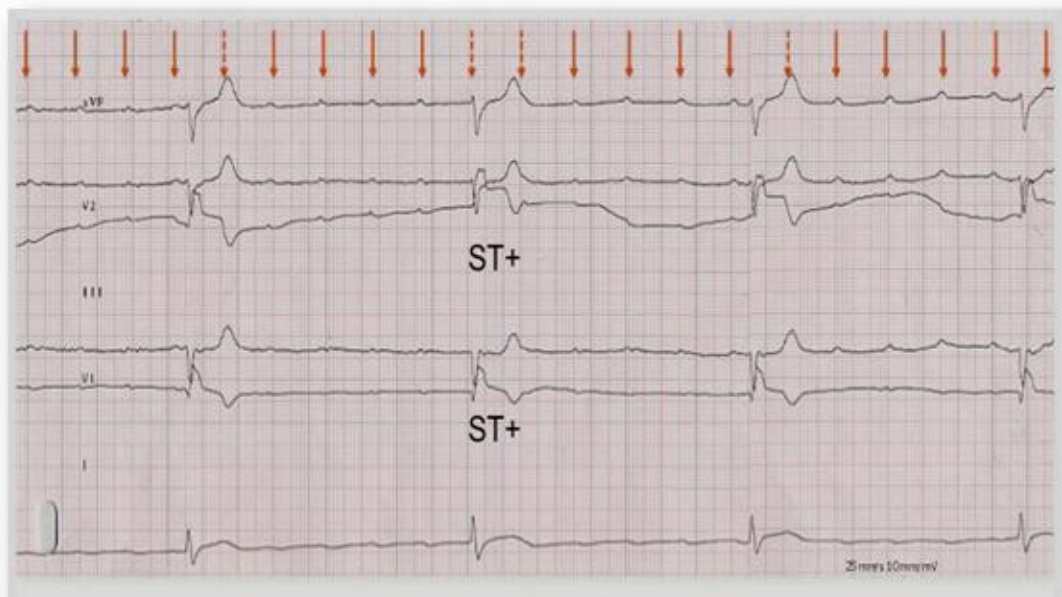
## V-ÉTIOLOGIES

### BAV AIGUS

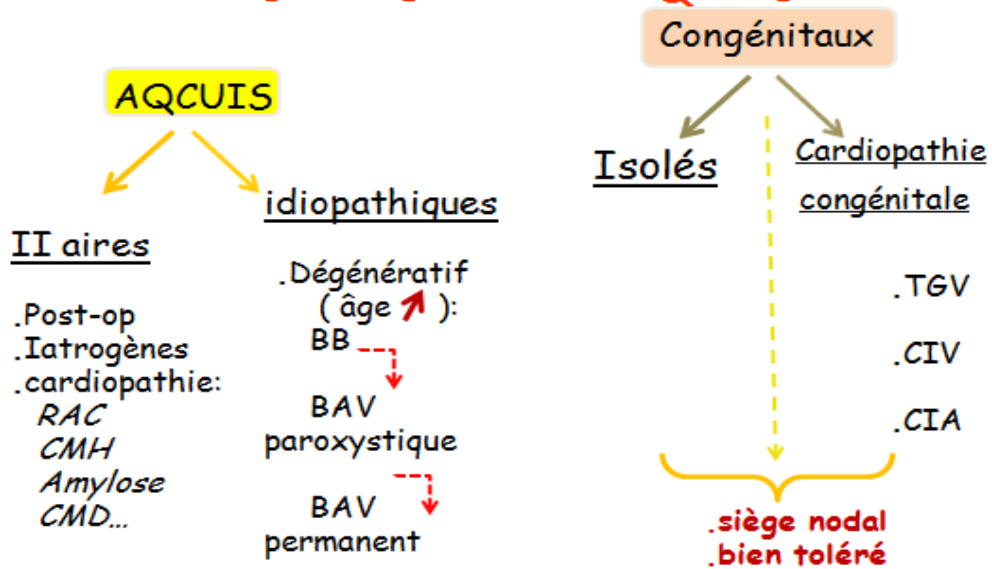




# BAV III SUR IDM ANTÉRIEUR



## BLOCS CHRONIQUES



# VI-TRAITEMENT

## A- Traitement étiologique:

RAA, arrêt antiarythmiques, chirurgie d'un abcès septal...

## B- Traitement d'urgence: SYNCOPE

- Réanimation: coup de poing sternal, massage...
- Atropine IV: si bloc *vagal* (agit sur le nœud AV.)
- Isuprel: accélère le foyer d'échappement
- Entraînement électrosystolique (EES): **dès que possible**

### \*Principes de l'EES:

1-Buts: suppléer l'activité électrique défaillante

2-mécanisme: stimulus électrique → dépolarisation  
↓  
contraction

3-indications:

- BAV aigu transitoire surtout si mal toléré
- Risque connu de BAV:
  - . IDM + bloc de branche
  - . intoxication Digitaliques
- BAV chronique: en attente de pacemaker définitif

4-Technique de l'EES temporaire:

Ponction veineuse périphérique (fémorale ++) (**ASEPTIE**):

↓  
Système de désilet → sonde-électrode poussée → **VD**  
↓

Reliée à un stimulateur **extracorporel**.

## C- Traitement de fond:

Stimulateur cardiaque **intra**corporel:

Sonde-électrode (voie sous-clavière++) → VCS → OD → VD

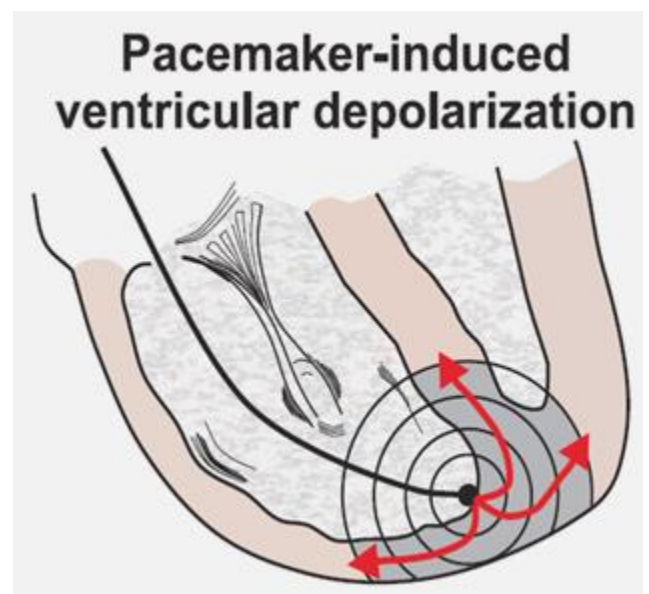
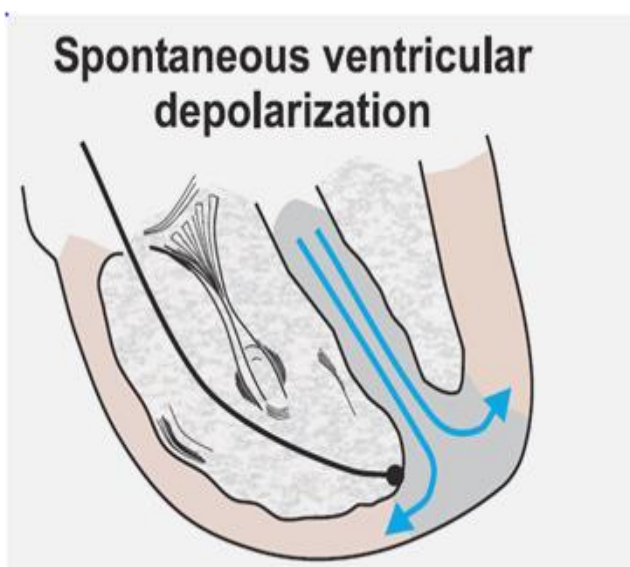
Stimulateur **VVI** (sentinelle)

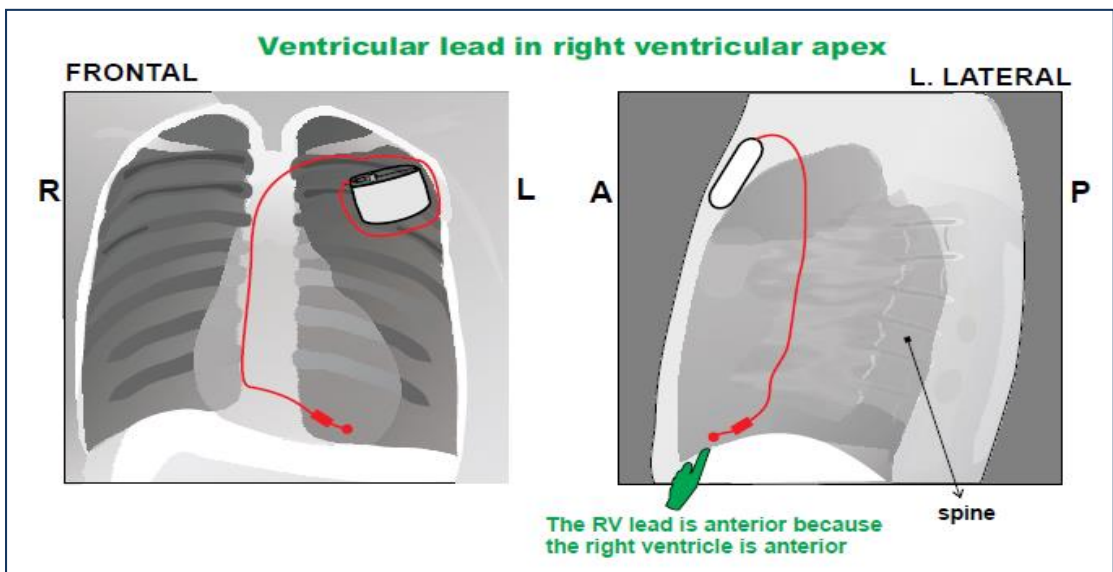
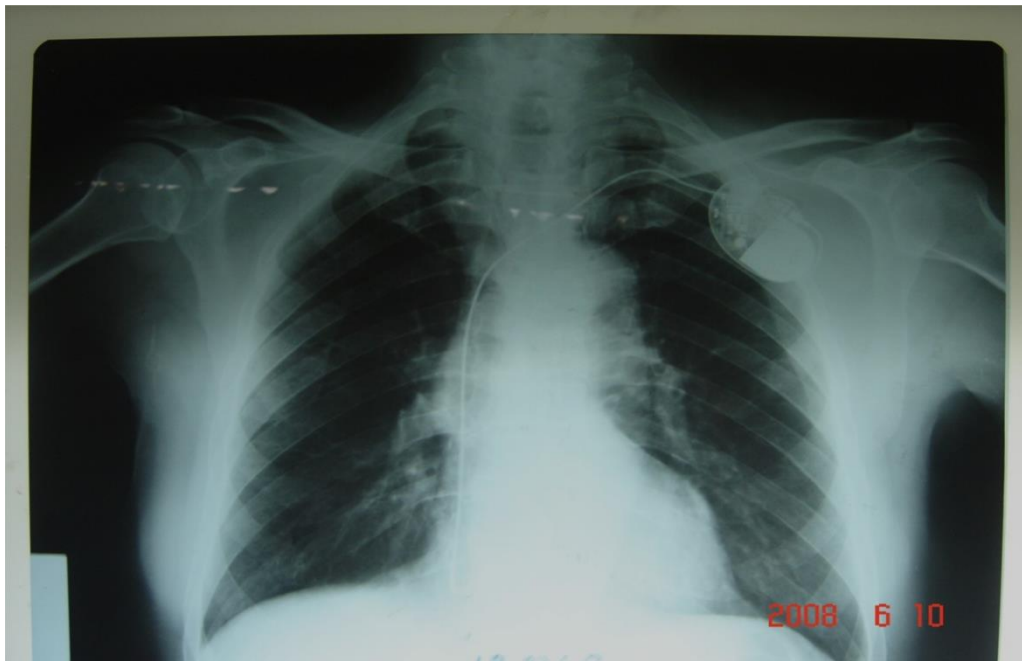
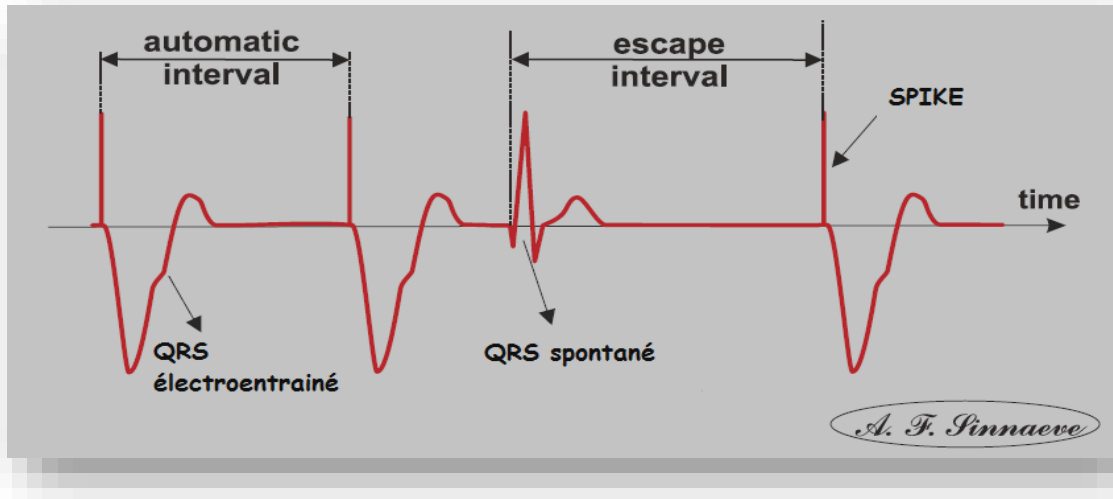


Stimule si FC **spontanée** < fréquence **programmée**

## D- Surveillance:

- Complications: geste invasif (vaisseaux, poumon...)  
matériel étranger  
asepsie?
- Usure: épuisement de la pile ⇒ changement du générateur
- ECG: rythme électro entrainé = QRS retard **gauche**  
(cavité stimulée = VD)





## BAV III + FLUTTER AURICULAIRE

