

Cas clinique : perte de connaissance chez un homme de 32 ans

Dr Michel Zeitouni

14 février 2025

Présentation

Un patient de 32 ans est pris en charge aux urgences pour une perte de connaissance avec une plaie à l'arcade sourcilière droite. Il ne présente pas d'antécédent particulier mais fume depuis l'âge de 12 ans. Son père a fait un infarctus du myocarde à 42 ans.

La perte de connaissance a eu lieu alors qu'il montait les escaliers, sans signe avant-coureur ni douleur thoracique. Il se souvient de s'être réveillé au sol avec les passants autour de lui.

Ses constantes sont les suivantes :

- Pression artérielle : 135/80 mm Hg
- Fréquence cardiaque : 75 bpm
- SpO2 : 98 % AA
- Température 37.1 °C

L'examen clinique retrouve une légère turgescence jugulaire, sans autre signe particulier. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Un ECG est réalisé (figure 1).

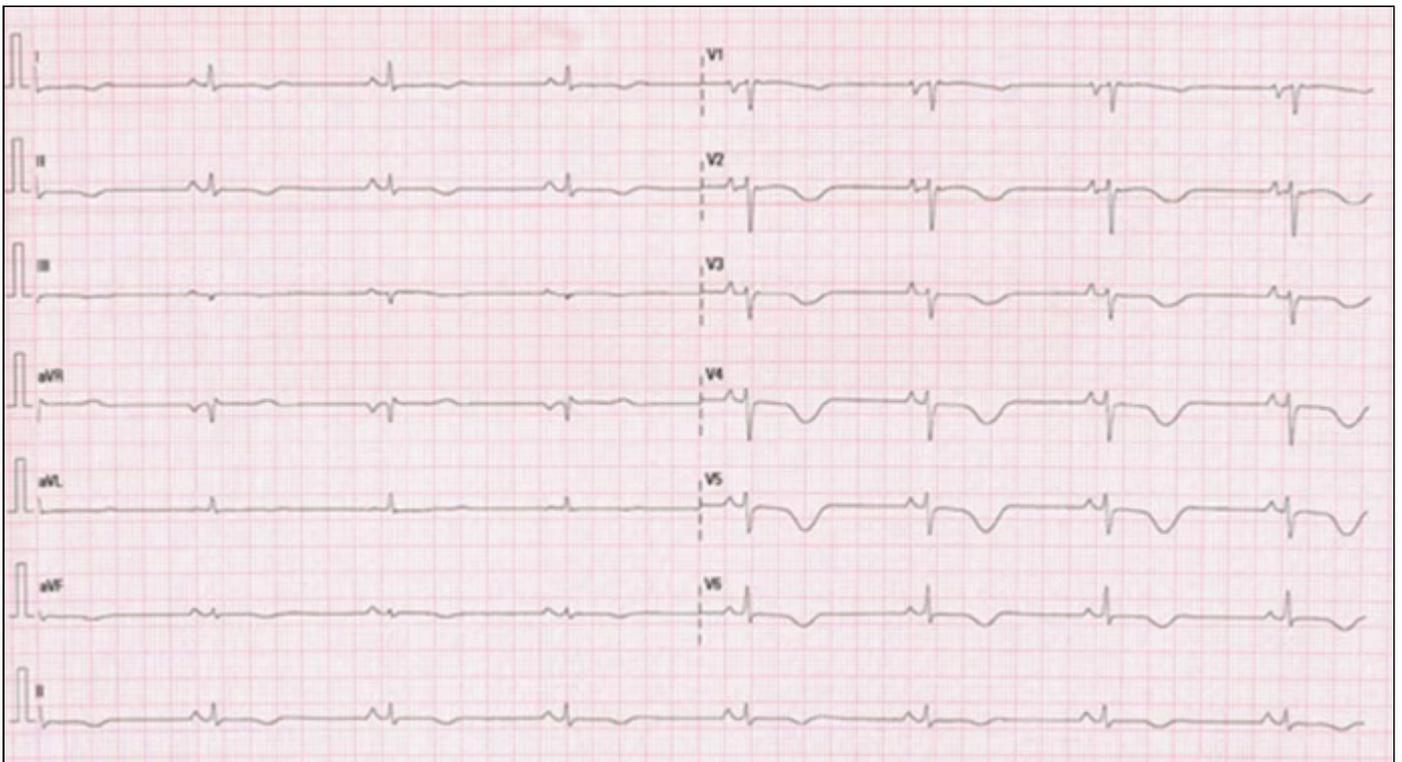


Figure 1 : ECG (source : Dr Michel Zeitouni)

Quelle est votre prise en charge?

Vos collègues ont répondu:

- Retour à domicile, il s'agit très probablement d'un malaise vagal. 4%

- Échographie transthoracique de repos (ETT) 52%
- Angioscanner thoracique 29%
- Holter ECG en ville 23%
- Bilan biologique aux urgences 66%

Il s'agit d'une véritable syncope à l'emporte-pièce, avec perte de connaissance fugace puisque le patient reprend connaissance par terre. L'ECG n'est pas normal et retrouve des ondes T négatives dans tout le précordium et en inférieur. On suspecte donc une cardiopathie. Il est nécessaire d'hospitaliser le patient, de réaliser un bilan biologique rapide avec ionogramme sanguin (kaliémie), troponine de principe et D-dimères pour éliminer une embolie pulmonaire (qui est peu probable devant les constantes), et réaliser une échographie transthoracique (ETT).

Résultats d'examens

L'ionogramme sanguin est normal, la troponine est à 130 recontrôlée à 128 ng/l pour une norme inférieure à 14 ng/L, les D-dimères sont négatifs. La TSH est normale.

Une ETT de repos a été réalisée (figure 2). La FEVG est conservée sans trouble de cinétique, ni valvulopathie notable.

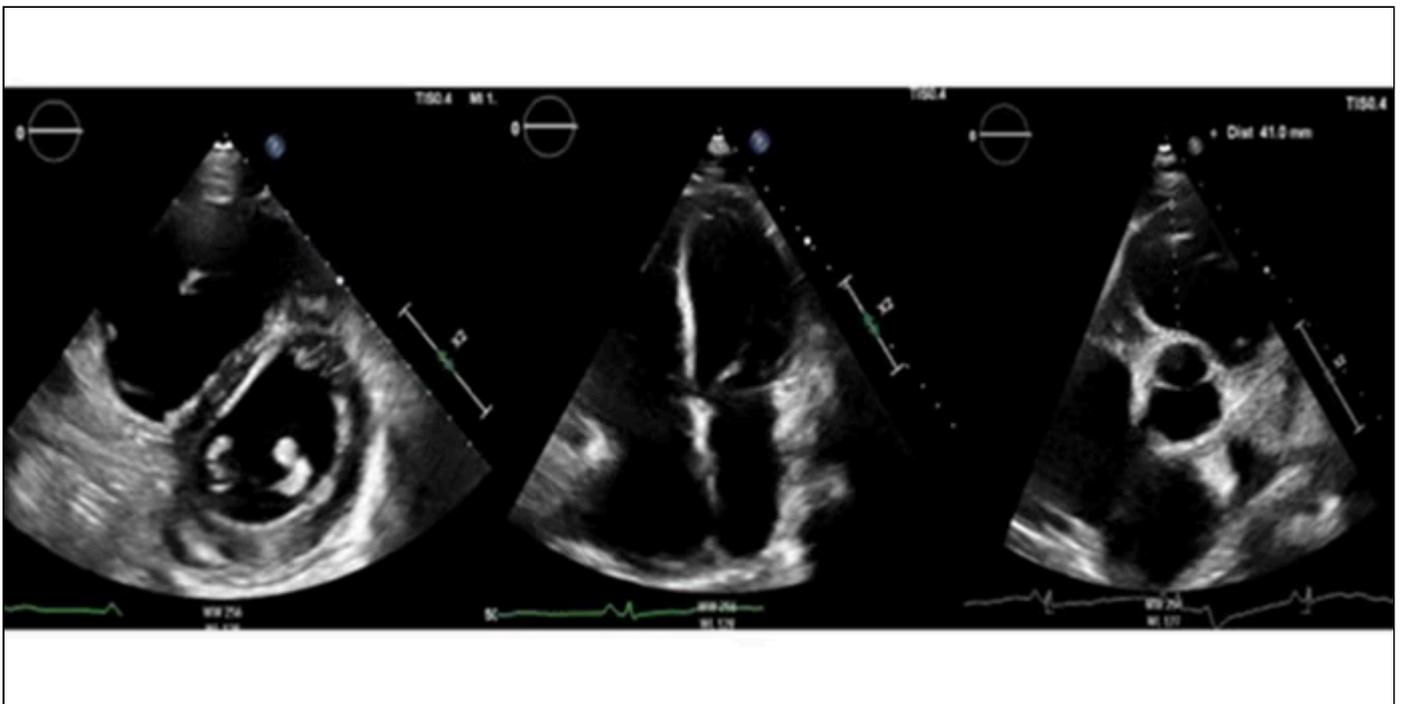


Figure 2 : ETT de repos (source : Dr Michel Zeitouni)

Que pensez-vous de l'échographie?

Vos collègues ont répondu:

- Dilatation du ventricule gauche 24%
- Dilatation du ventricule droit 49%
- Chambre de chasse du ventricule droit dilatée 34%
- Aorte dilatée 13%
- Sténose pulmonaire 11%

Le ventricule droit semble plus dilaté que le ventricule gauche, donc même sans mesure, il est possible d'affirmer qu'il est dilaté. La CCVD mesure 41 mm, pour une normale inférieure à 36 mm en petit axe.

Par ailleurs, l'ETT ne retrouve pas de shunt intracardiaque.

La surveillance scopée met en évidence des salves de tachycardie ventriculaire à retard gauche, dont un épisode au cours duquel il perd connaissance et nécessite un choc électrique externe.

Quelle est votre prise en charge thérapeutique à ce stade?

Vos collègues ont répondu:

- Mise en place de patches de défibrillation 61%
- Anticoagulation efficace 40%
- Mise sous cordarone IVSE puis PO 42%
- Introduction de bêta-bloquants PO 30%
- Mise sous vérapamil PO 6%

Il est nécessaire d'introduire de la cordarone IVSE puis en charge PO afin d'éviter les récurrences de TV, avec introduction prudente de bêtabloquants PO. Les patches de défibrillation doivent rester en place.

Quels examens complémentaires réalisez-vous?

Vos collègues ont répondu:

- Coronarographie 55%
- ETT avec test aux bulles 8%
- Échographie transoesophagienne (ETO) 31%
- IRM cardiaque 63%
- Exploration endocavitaire 24%

Devant les anomalies ECG et le risque cardiovasculaire du patient (hérédité coronaire et tabagisme actif long), il est tout de même nécessaire d'éliminer une coronaropathie (syndrome de l'IVA). La dilatation isolée du ventricule droit doit faire poursuivre les examens par une IRM cardiaque.

La coronarographie est la suivante (figure 3).

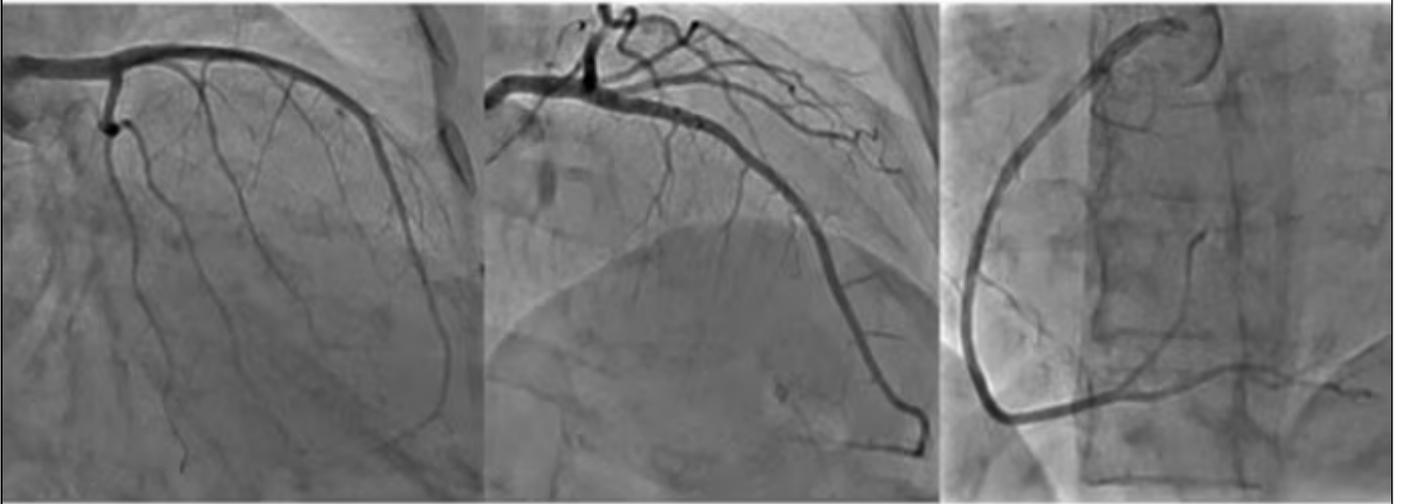


Figure 3 : Coronarographie (source : Dr Michel Zeitouni)

Que pensez-vous de la coronarographie?

Vos collègues ont répondu:

- Occlusion distale de l'artère rétroventriculaire gauche 18%
- Dissection de l'artère circonflexe 7%
- Occlusion de la troisième diagonale 14%
- Spasme coronaire 11%
- Coronarographie normale 50%

La coronarographie est normale. L'IRM cardiaque est la suivante (figure 4).

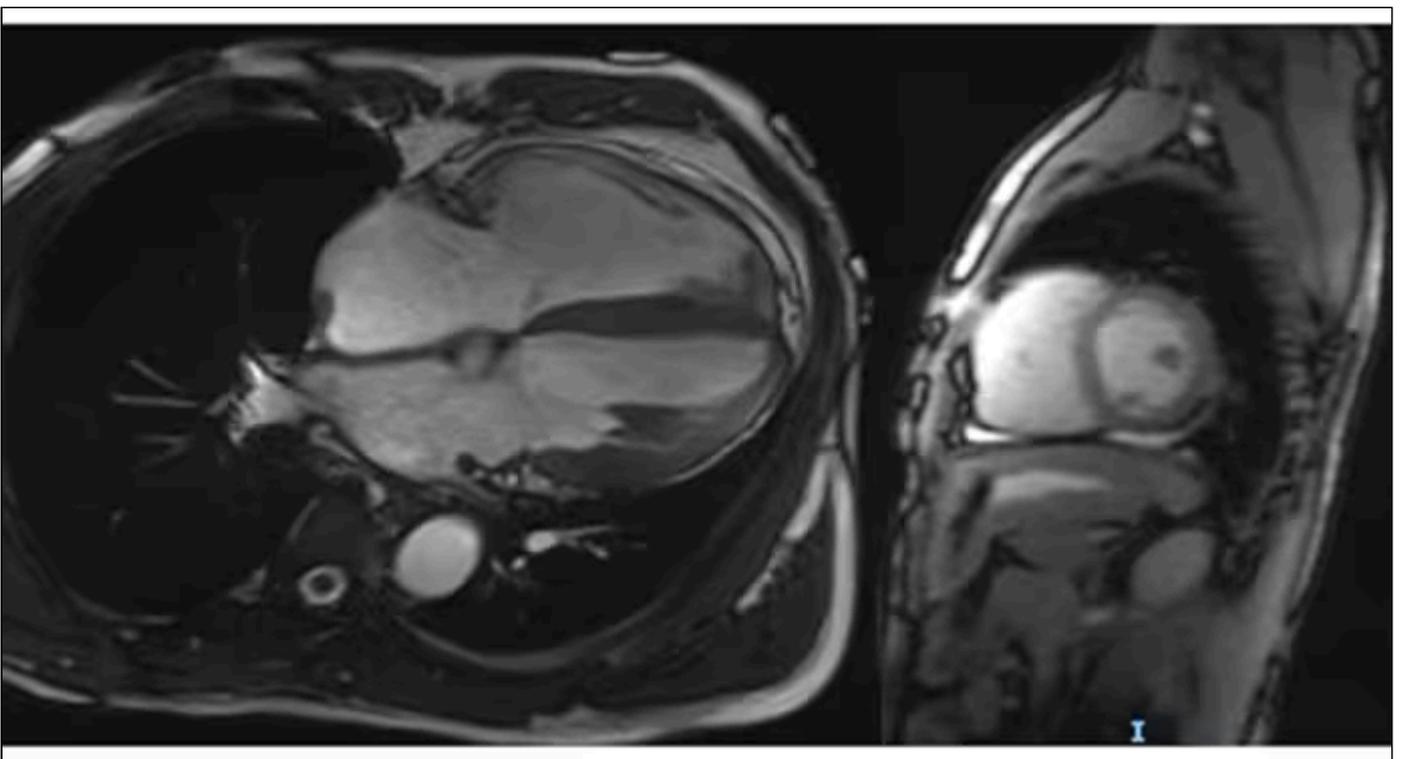


Figure 4 : IRM cardiaque (source : Dr Michel Zeitouni)

Que pensez-vous des images d'IRM cardiaque?

Vos collègues ont répondu:

- Dilatation du ventricule droit 69%
- Aspect de cardiomyopathie hypertrophique 30%
- Trabéculatation de l'apex du ventricule droit 28%
- Aspect d'infarctus inférieur 11%
- Dilatation aortique 6%

Le ventricule droit (VD) est plus dilaté que le ventricule gauche, ce qui témoigne d'une dilatation du VD qui est normalement plus petit que le gauche. Il existe une trabéculatation apicale du VD. Il n'y a pas d'aspect franc de cardiomyopathie hypertrophique.

L'IRM cardiaque confirme la dilatation du VD avec une dyskinésie de l'infundibulum pulmonaire et une akinésie de l'apex du VD. La FEVD est à 32 %. Il existe de nombreuses trabéculations du VD et quelques zones de fibrose du VD.

Quels sont les diagnostics possibles?

Vos collègues ont répondu:

- Infarctus du myocarde à coronaires saines avec extension ventriculaire droite 24%
- Sarcoïdose cardiaque 15%
- Dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) 69%
- Cardiopathie hypertrophique secondairement dilatée 16%
- Communication interatriale avec shunt massif 3%

Il n'existe pas d'argument pour un infarctus à coronaires saines à l'IRM. Les deux diagnostics possibles sont la dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) et la sarcoïdose cardiaque avec atteinte ventriculaire droite, mais le diagnostic le plus probable est la DAVD, car il y a 3 critères majeurs :

- CCVD > 36 mm en PSGA,
- l'akinésie/dyskinésie segmentaire du VD en IRM,
- et les ondes T négatives dans tout le précordium.

Il n'existe pas de shunt en ETT et l'oreillette droite n'est pas dilatée, ce qui est en défaveur d'une communication interatriale.

Quelle sera la suite de la prise en charge?

Vos collègues ont répondu:

- Mise en place d'un défibrillateur et arrêt des anti-arythmiques 74%
- Tomodensitométrie TEP-TDM 9%

- Ablation de tachycardie ventriculaire (TV) 26%
- Bilan pré-greffe cardiaque 16%
- Contre-indication sportive définitive 38%
- Étude génétique 60%

Il est nécessaire d'éliminer une sarcoïdose cardiaque avec une tomographie (TEP-TDM) de principe. L'indication de défibrillateur est formelle devant une TV syncopale sur probable DAVD, mais il faut poursuivre les anti-arythmiques à doses maximales tolérées. L'ablation de TV se discute également en cas de non-contrôle sous traitement anti-arythmique. Un bilan pré-transplantation cardiaque peut être débuté devant le jeune âge du patient et la présence de cette cardiopathie sévère.

LIENS

- [Cas clinique : douleur thoracique chez une femme de 33 ans](#)
- [Cas clinique : décompensation cardiaque chez un patient avec antécédent de greffe hépatique](#)
- [Cas clinique : une cause inhabituelle de malaise chez une octogénaire](#)

Suivez **Medscape en français** sur [X \(Twitter\)](#) , [Facebook](#) , [Instagram](#) et [Linkedin](#) .

Inscrivez-vous aux **newsletters** de Medscape : [sélectionnez vos choix](#)

Medscape © 2025 WebMD, LLC

Les opinions exprimées dans cet article ou cette vidéo n'engagent que leur(s) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de WebMD ou Medscape.

Citer cet article: Cas clinique : perte de connaissance chez un homme de 32 ans - *Medscape* - 14 févr 2025.