

Syncopé chez le patient porteur d'un stimulateur cardiaque

Laurent LIPRANDI



ID:

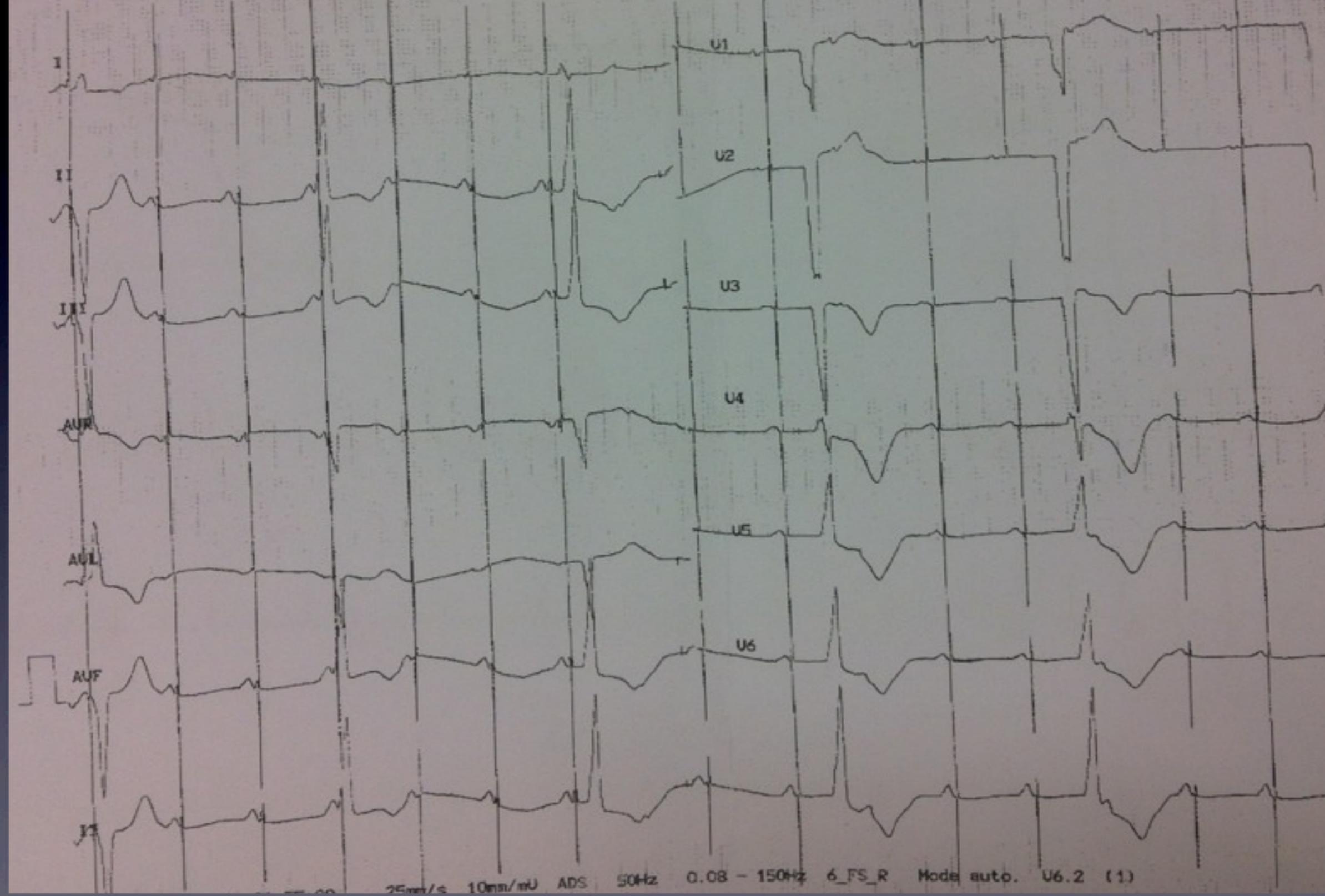
133749

CH Fiere ROU

Femme de 80 ans

FC 30/min

PM double chambre il y a 4 mois pour BAV complet

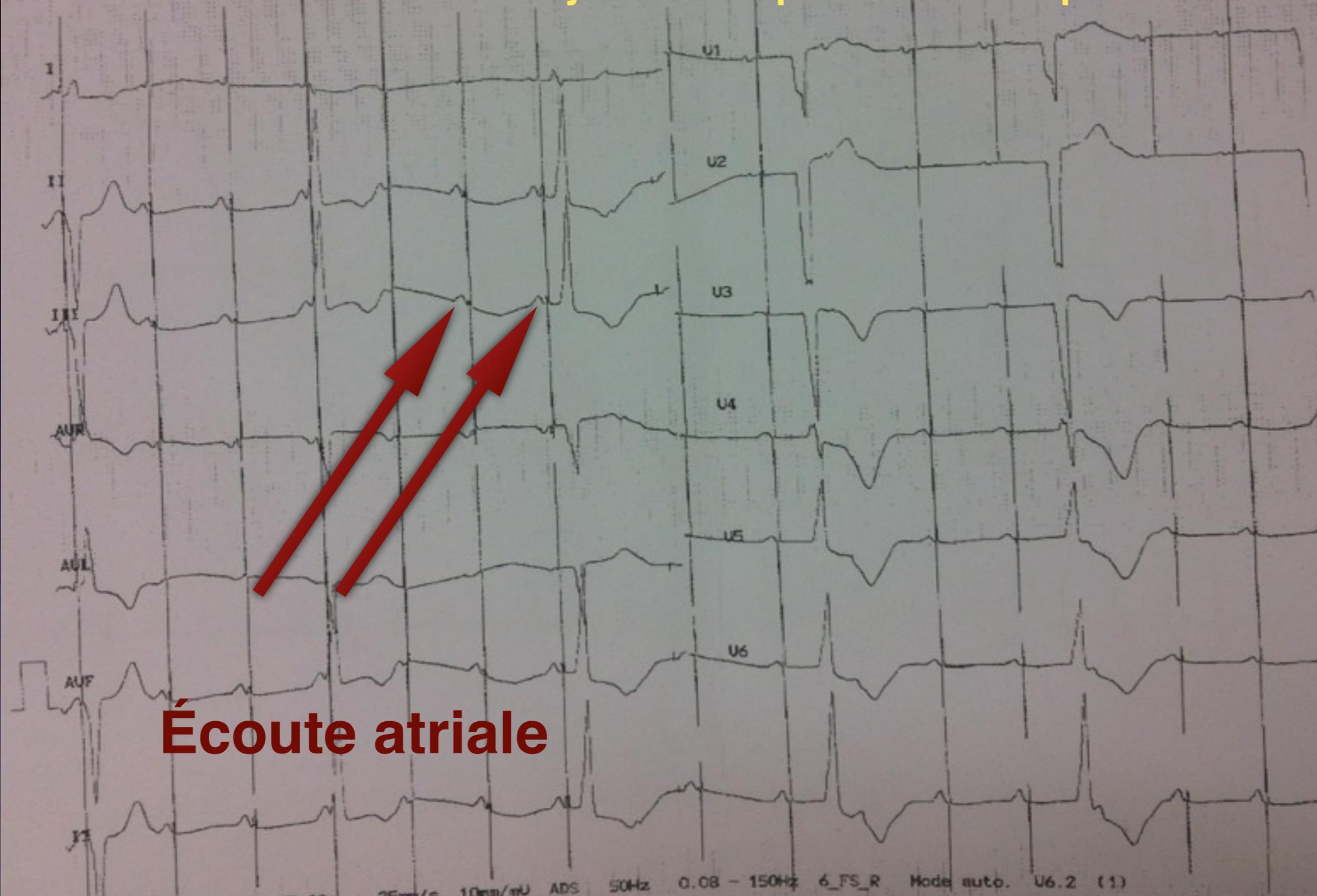


25mm/s 10mm/mV ADS 50Hz 0.08 - 150Hz 6_FS_R Mode auto. U6.2 (1)

Femme de 80 ans

PM double chambre il y a 4 mois pour BAV complet

FC 30/min



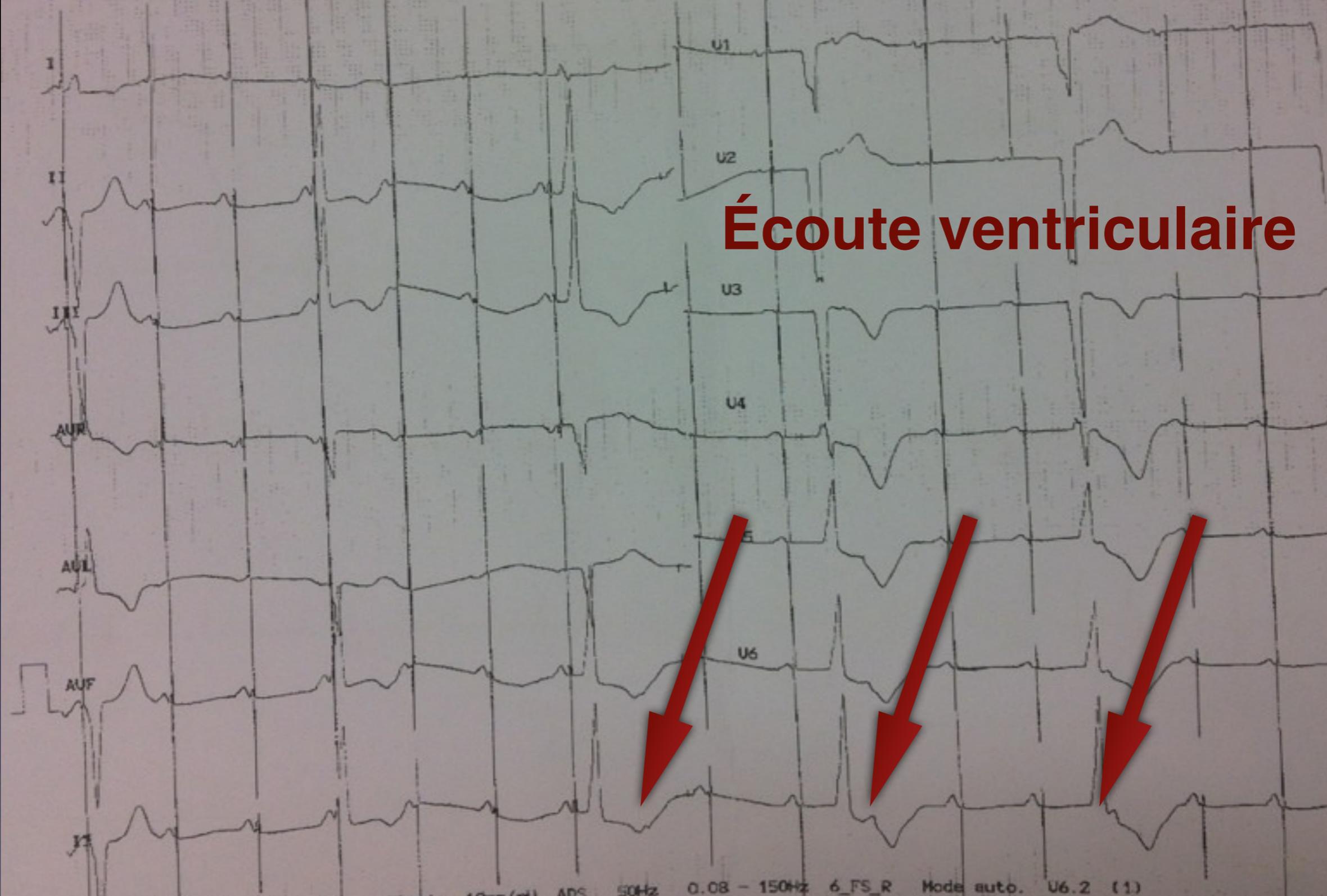
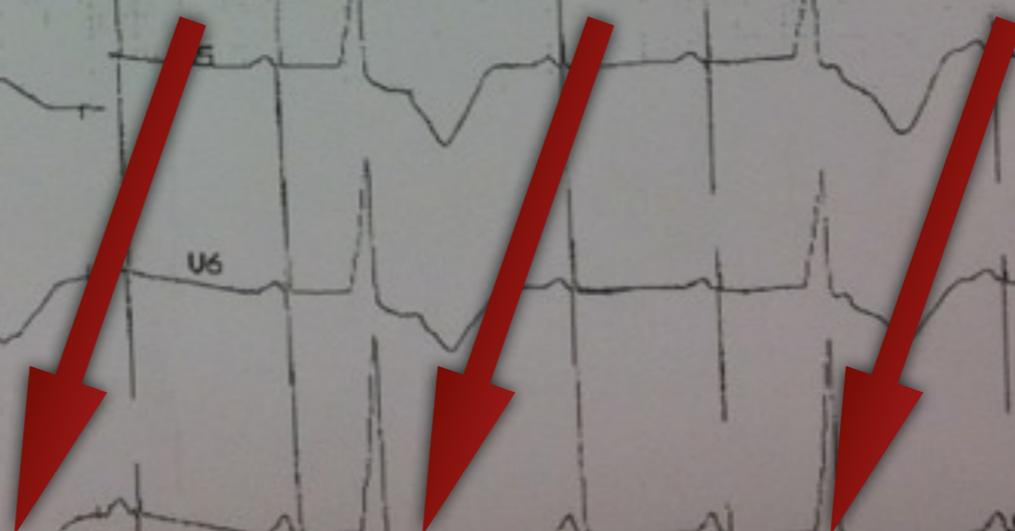
Écoute atriale

Femme de 80 ans

PM double chambre il y a 4 mois pour BAV complet

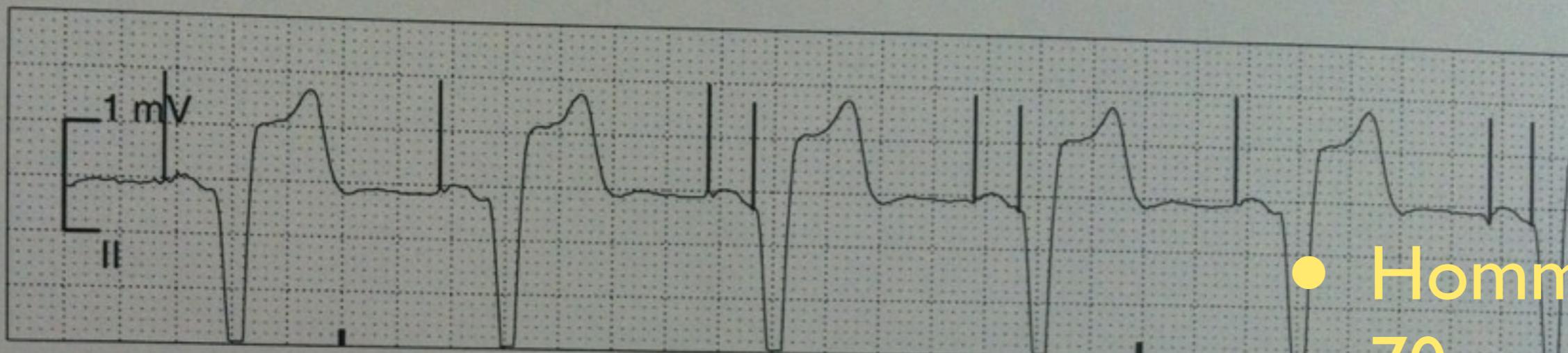
FC 30/min

Écoute ventriculaire

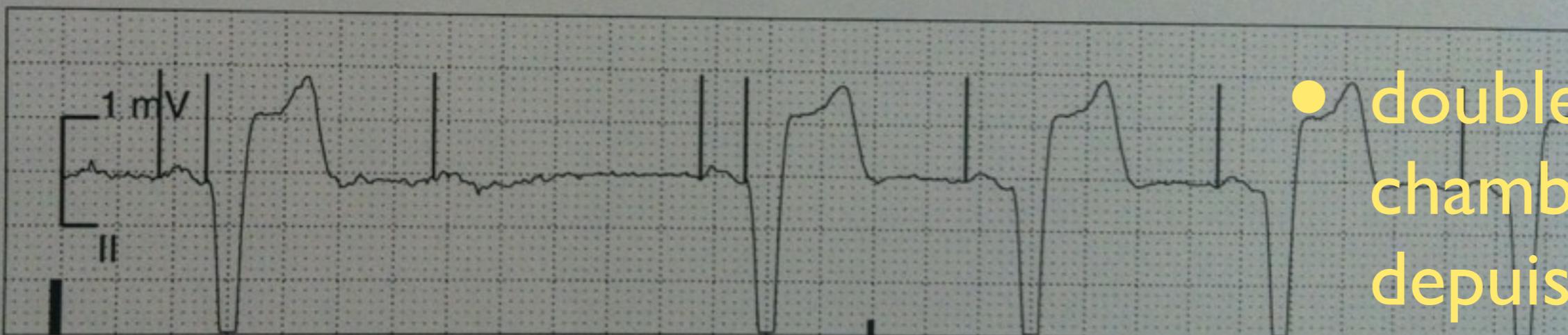


25mm/s 10mm/mV ADS 50Hz 0.08 - 150Hz 6_FS_R Mode auto. U6.2 (1)

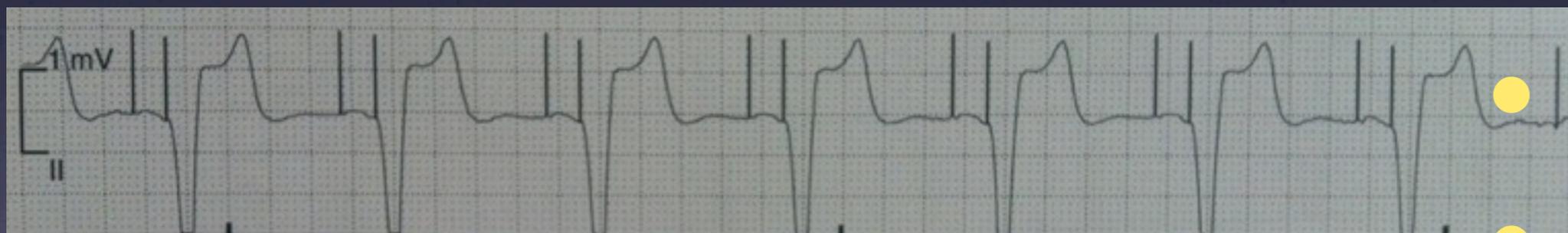




- Homme de 70 ans



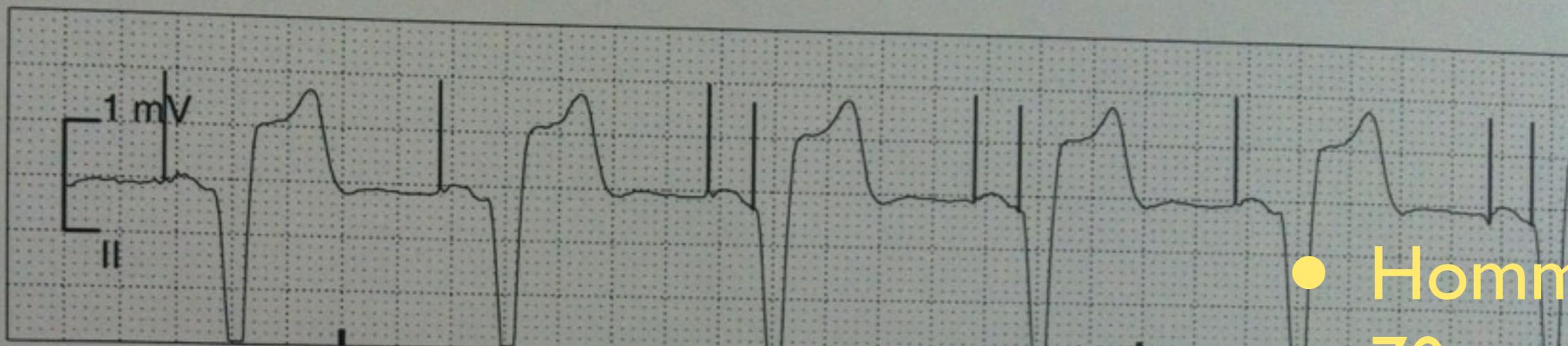
- double chambre depuis 4 ans pour BAV



- dépendant



- dernier contrôle: OK



- Homme de 70 ans



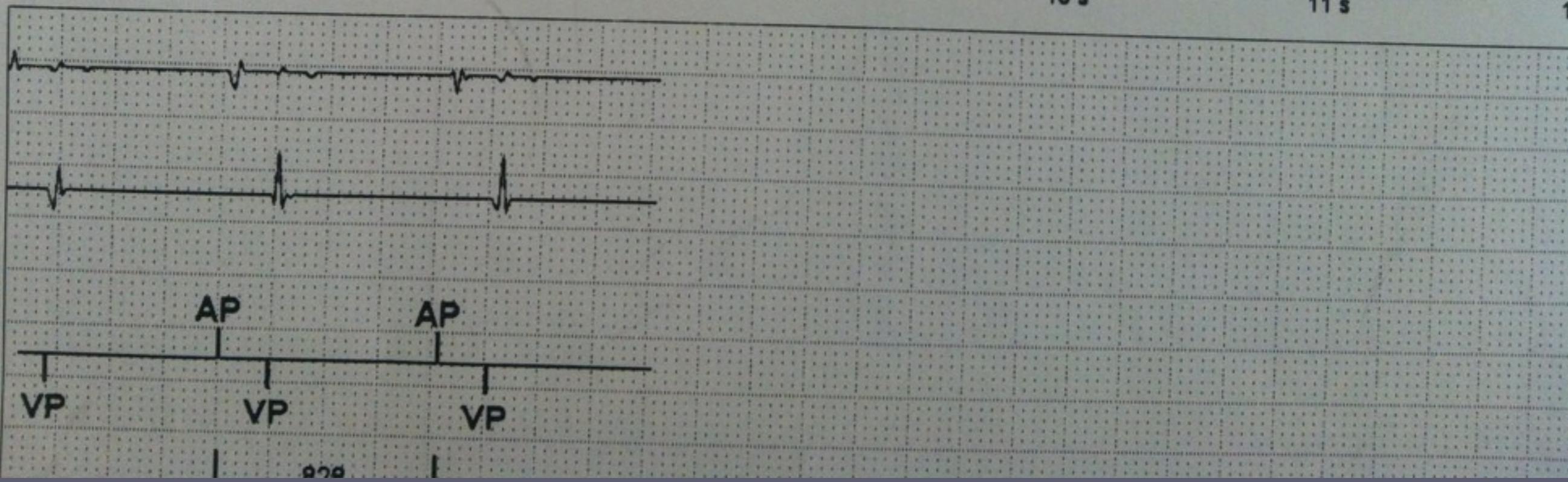
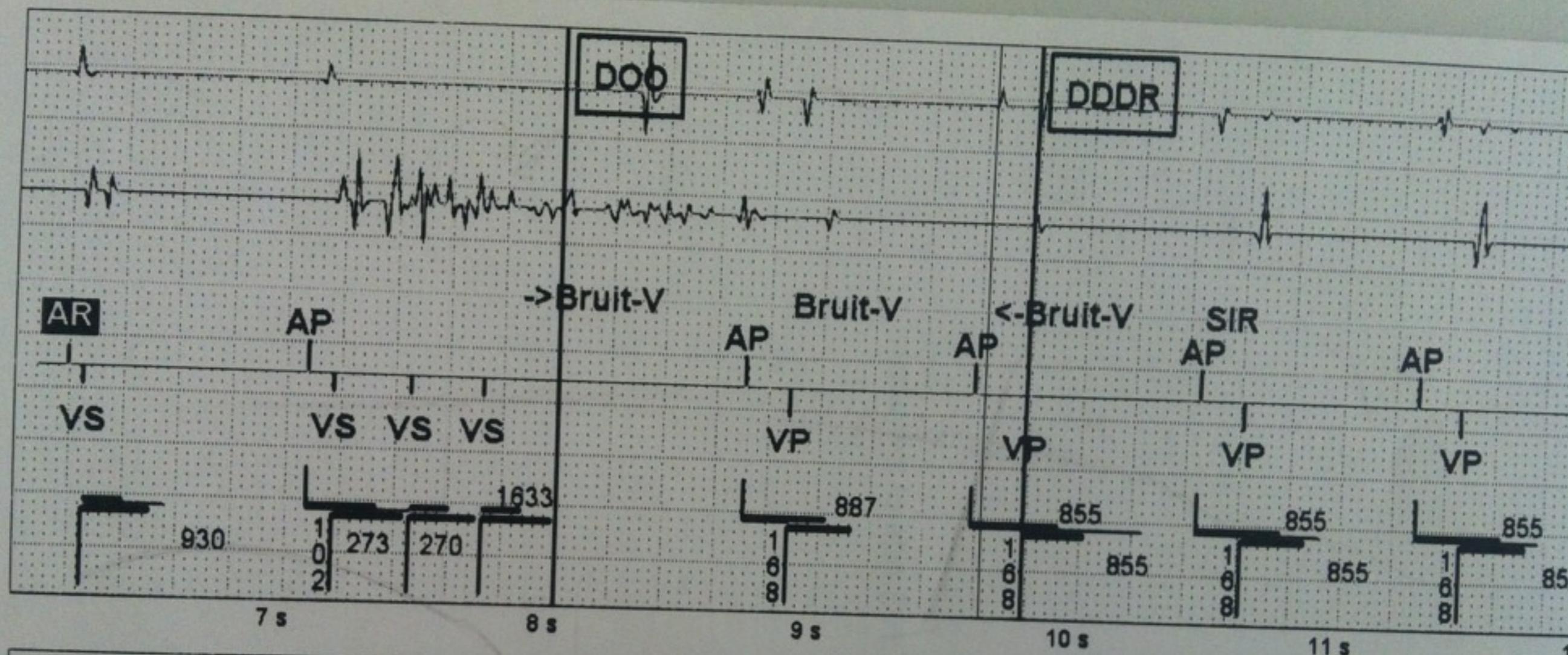
- double chambre depuis 4 ans pour BAV

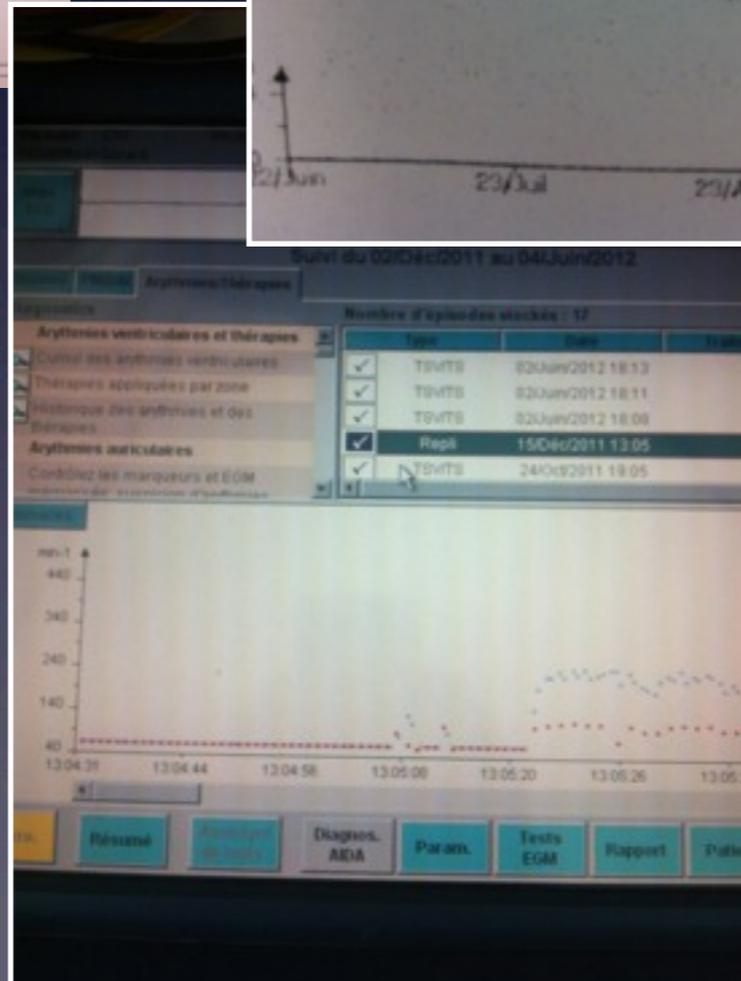
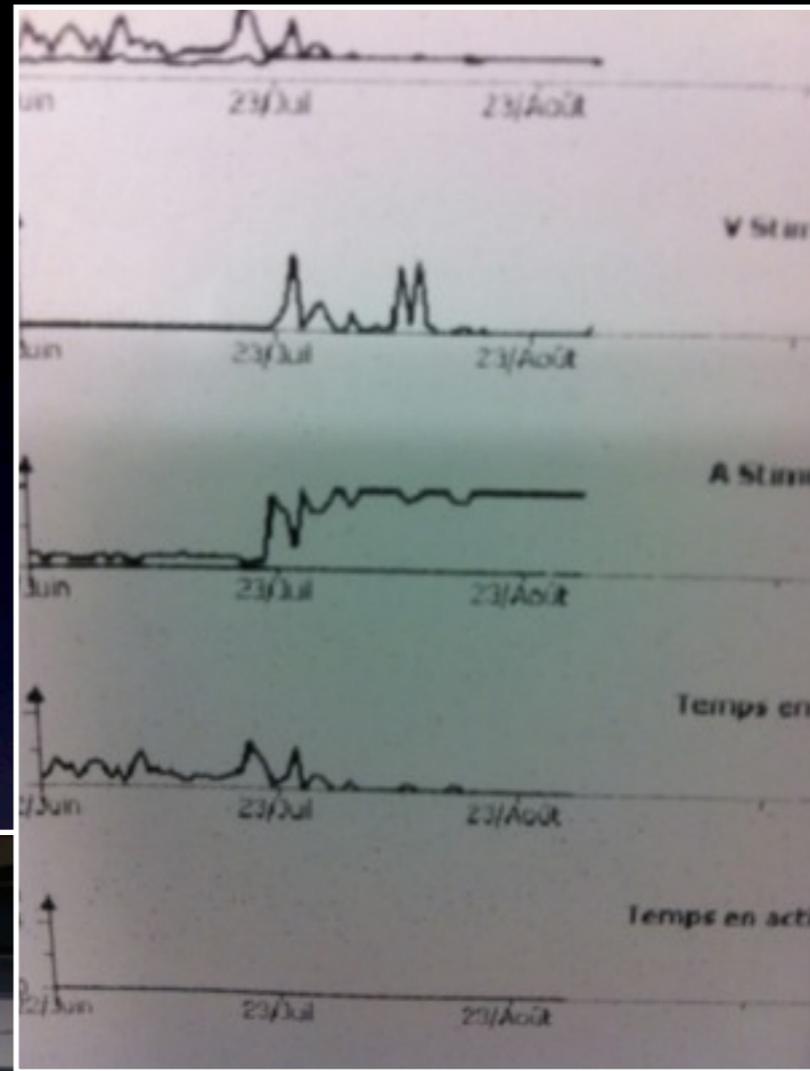
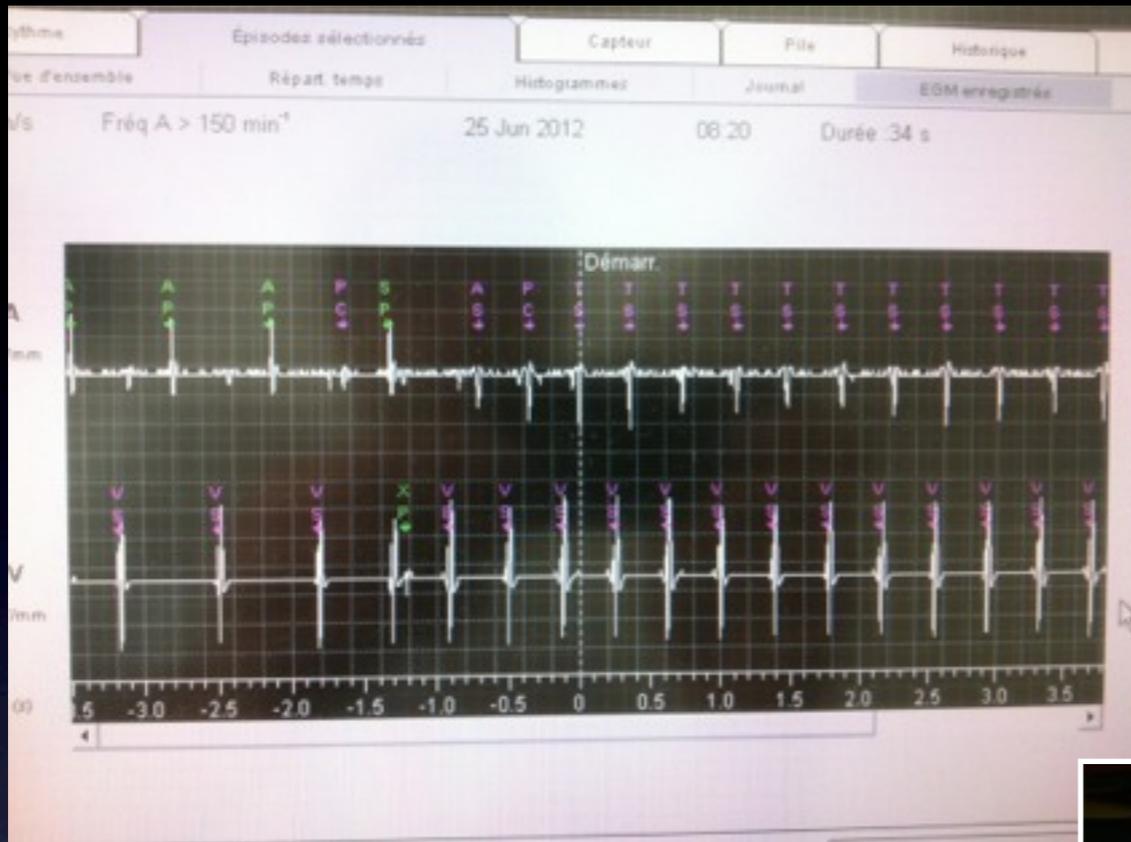


- dépendant



- dernier contrôle: OK

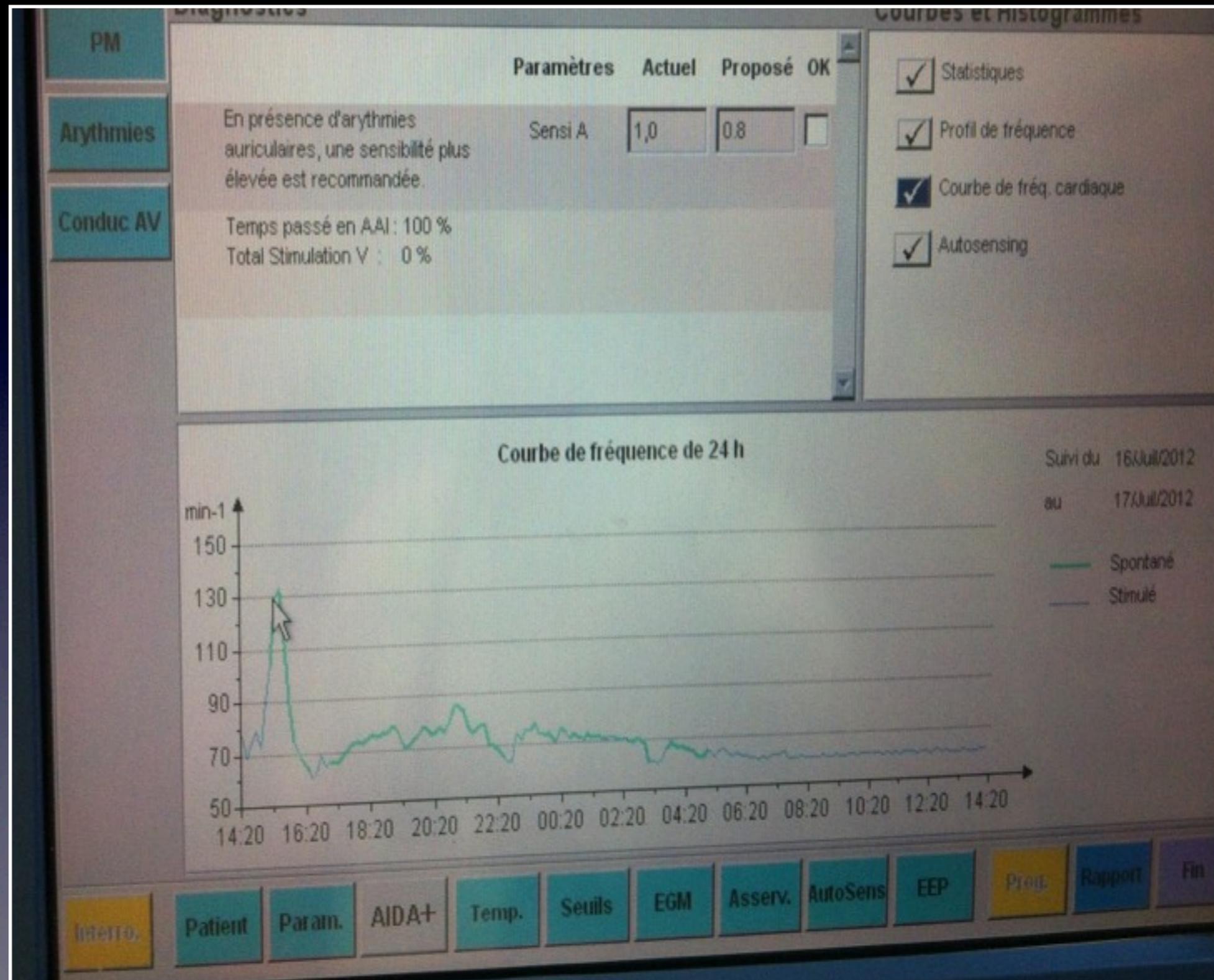




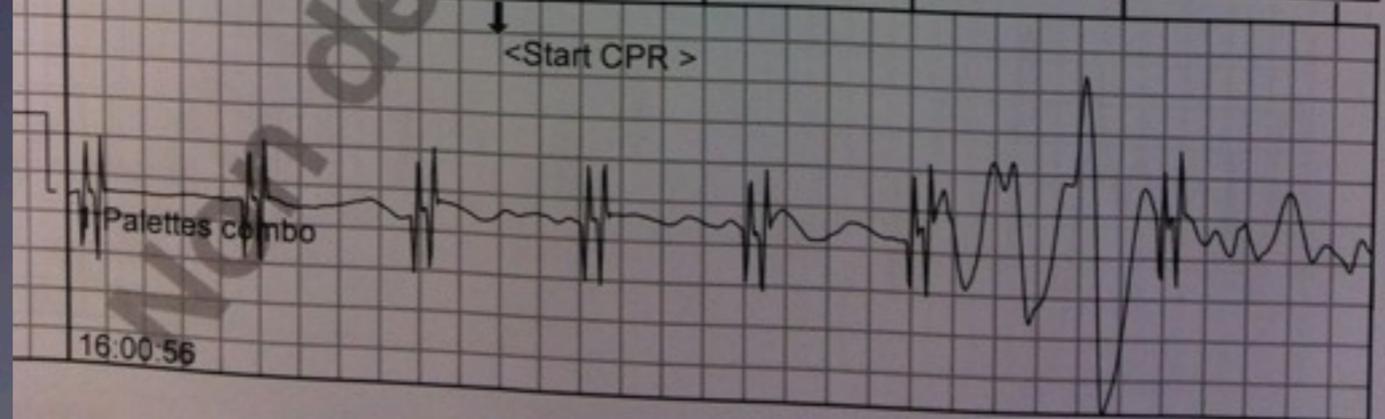
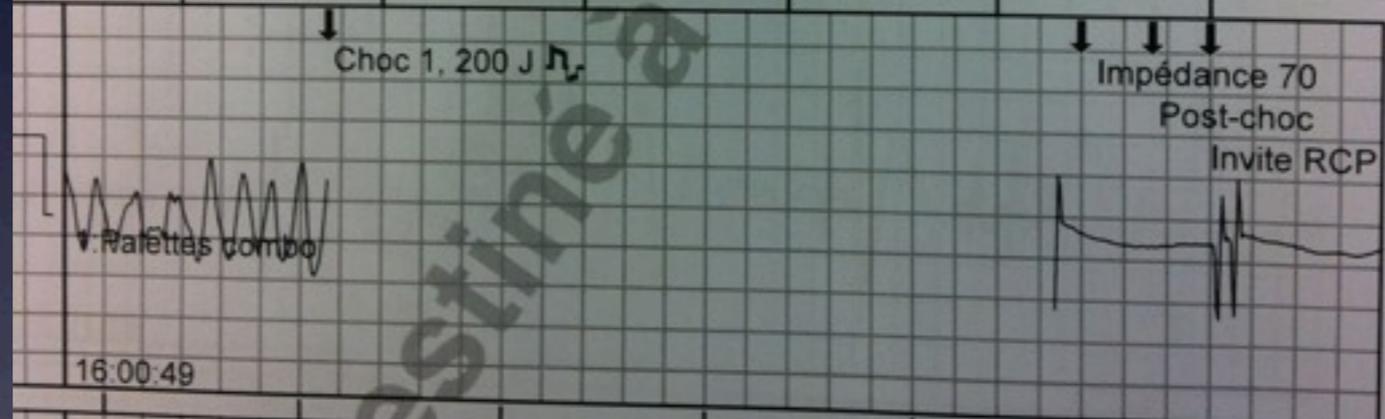
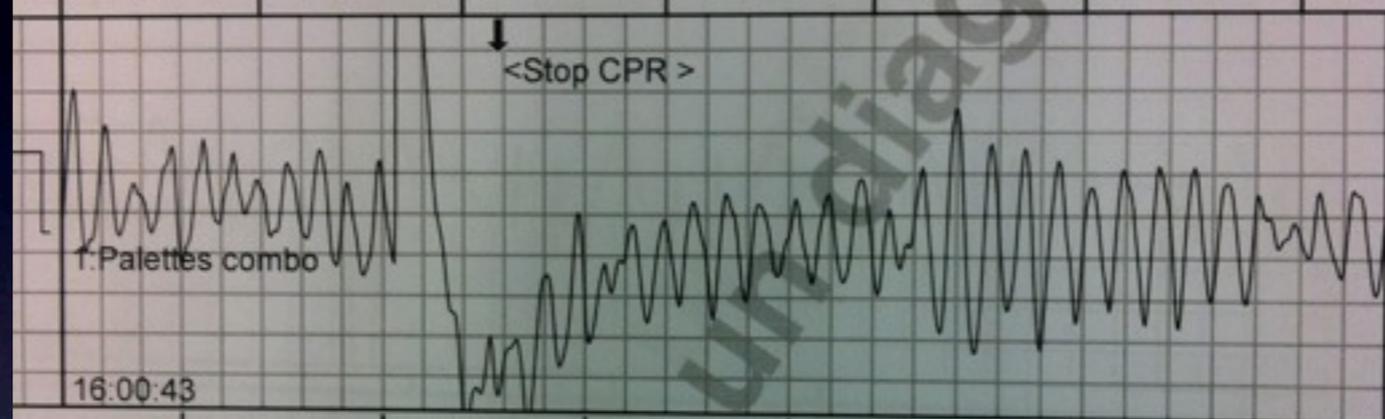
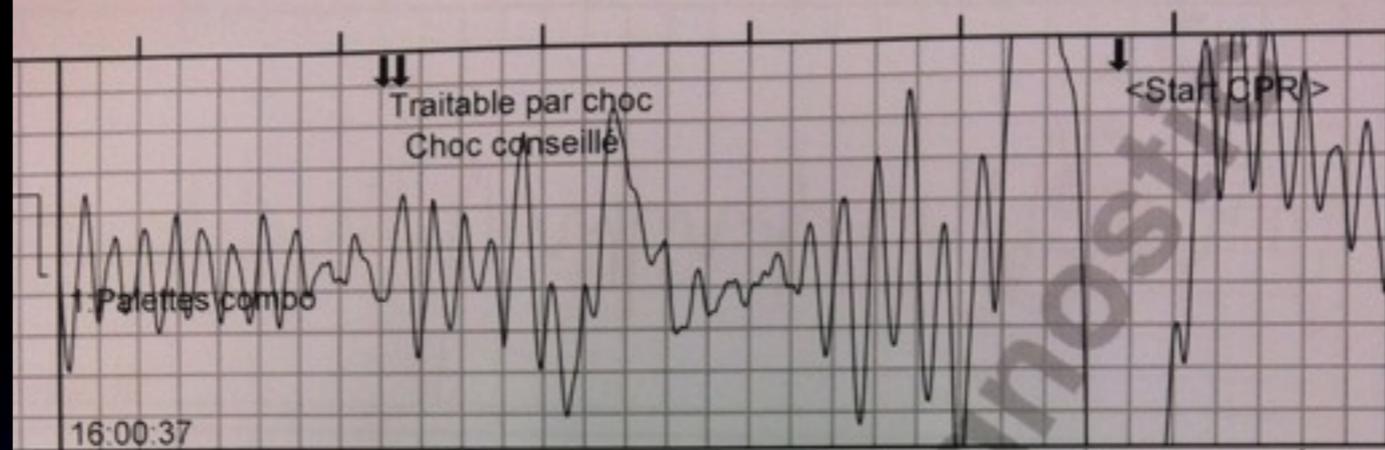
Médecine par internet...



- Homme 82 ans
- double chambre pour syncope + bloc bifasciculaire
- noyade



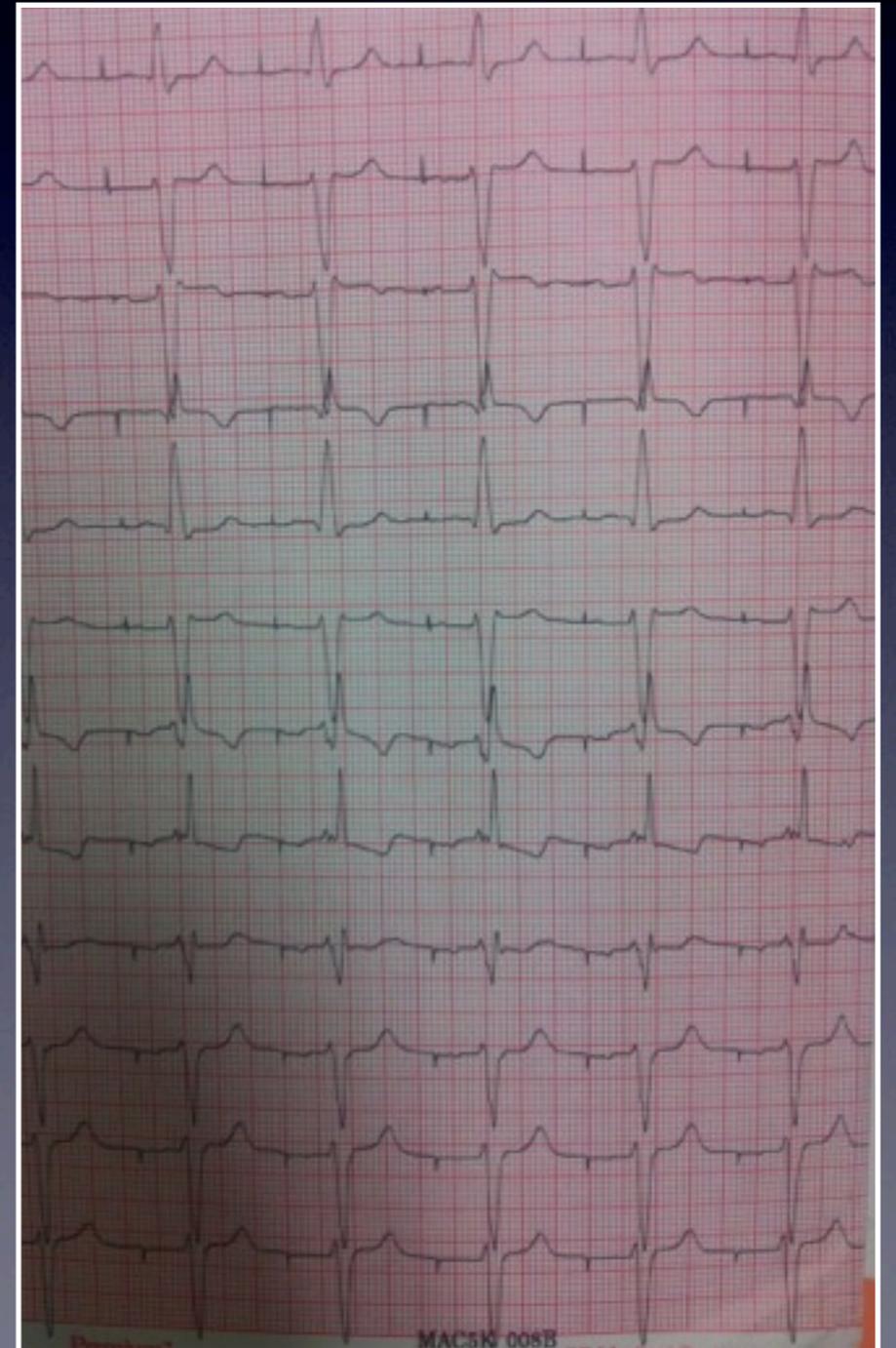
res ont été ajustées par le système.

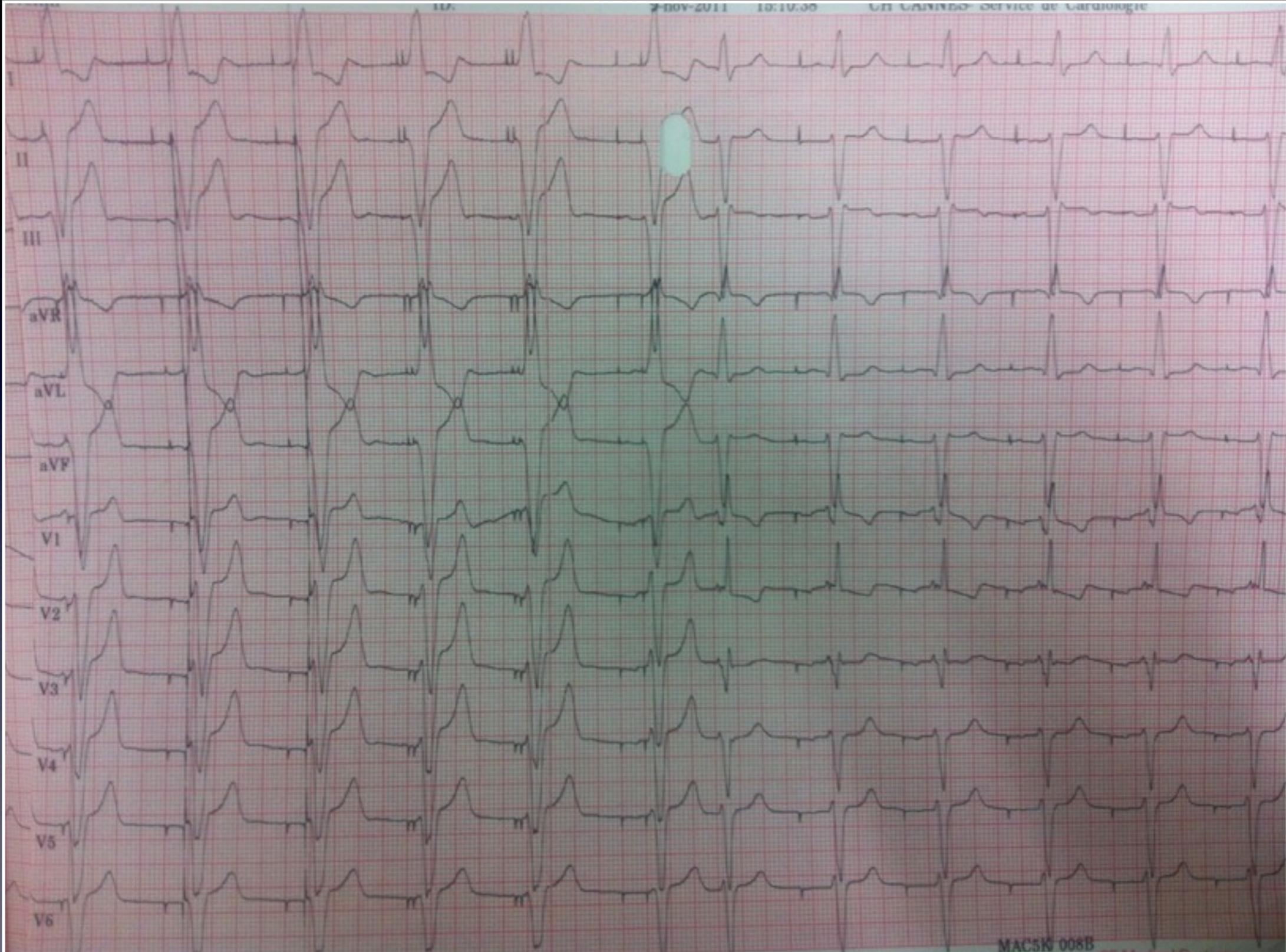




H 75 ans, hospitalisé pour bronchite

- DNID
- PAC il y a 20 ans, compliqué d'une infection
- Kc pulmonaire, lobectomie sup G + Rx thérapie, il y a 5 ans
- Syncope depuis 3ans, BBD +HBAG, implantation d'un PM double chambre prépectoral G il y a 3 ans





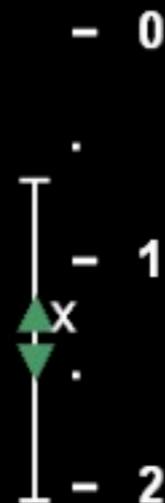
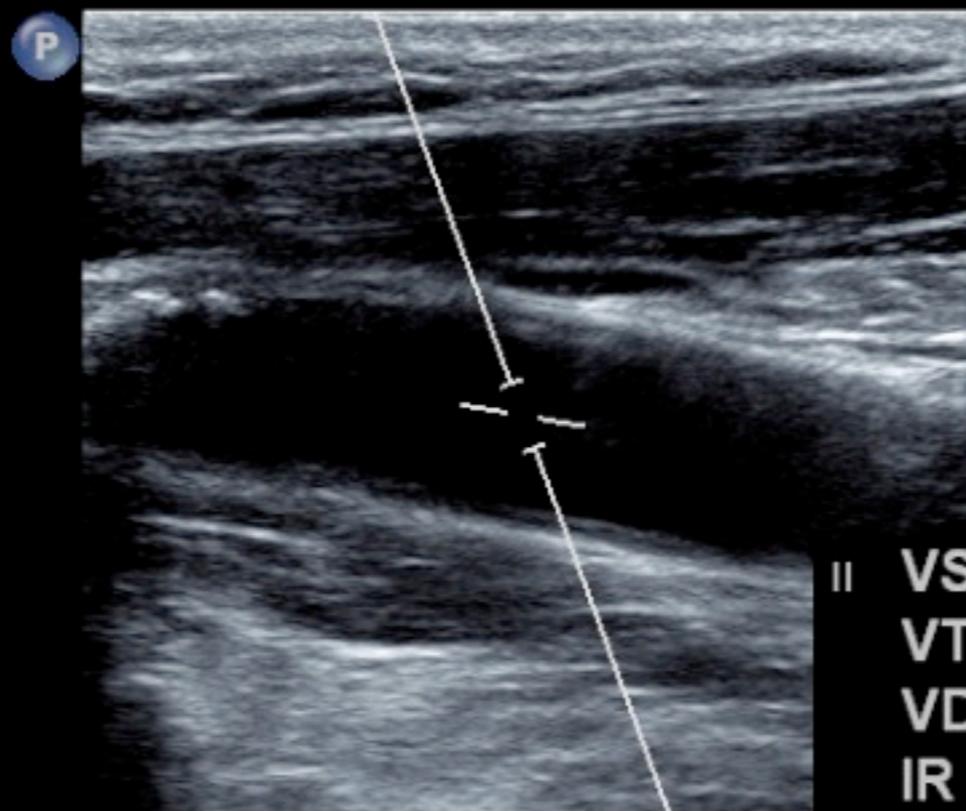
- HypoTA ortho: -
- CPM: pas de TDR mémorisé, bon fonctionnement, patient non dépendant
- Holter: pas de bradycardie ni TDR
- Que faire?

- Echocardiographie car syncope positionnelle....non réalisable car anéchogène en décubitus dorsal et convulsions en décubitus latéral G

CI 41Hz 60°
3.5cm

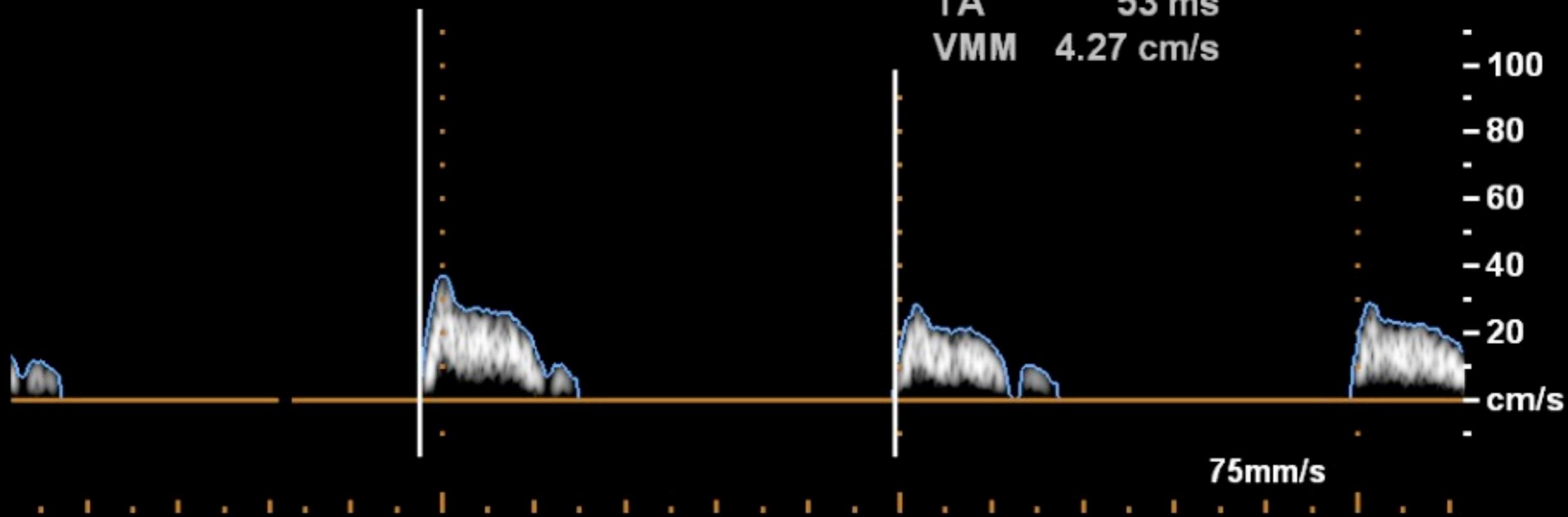
C3

2D
61%
C 53
P Moy
Rés



DP
45%
3.6MHz
FP 110Hz
VE3.0mm
1.9cm

|| VSM 37.1 cm/s
VTD 0.000 cm/s
VDM 0.000 cm/s
IR 1.00
TA 53 ms
VMM 4.27 cm/s

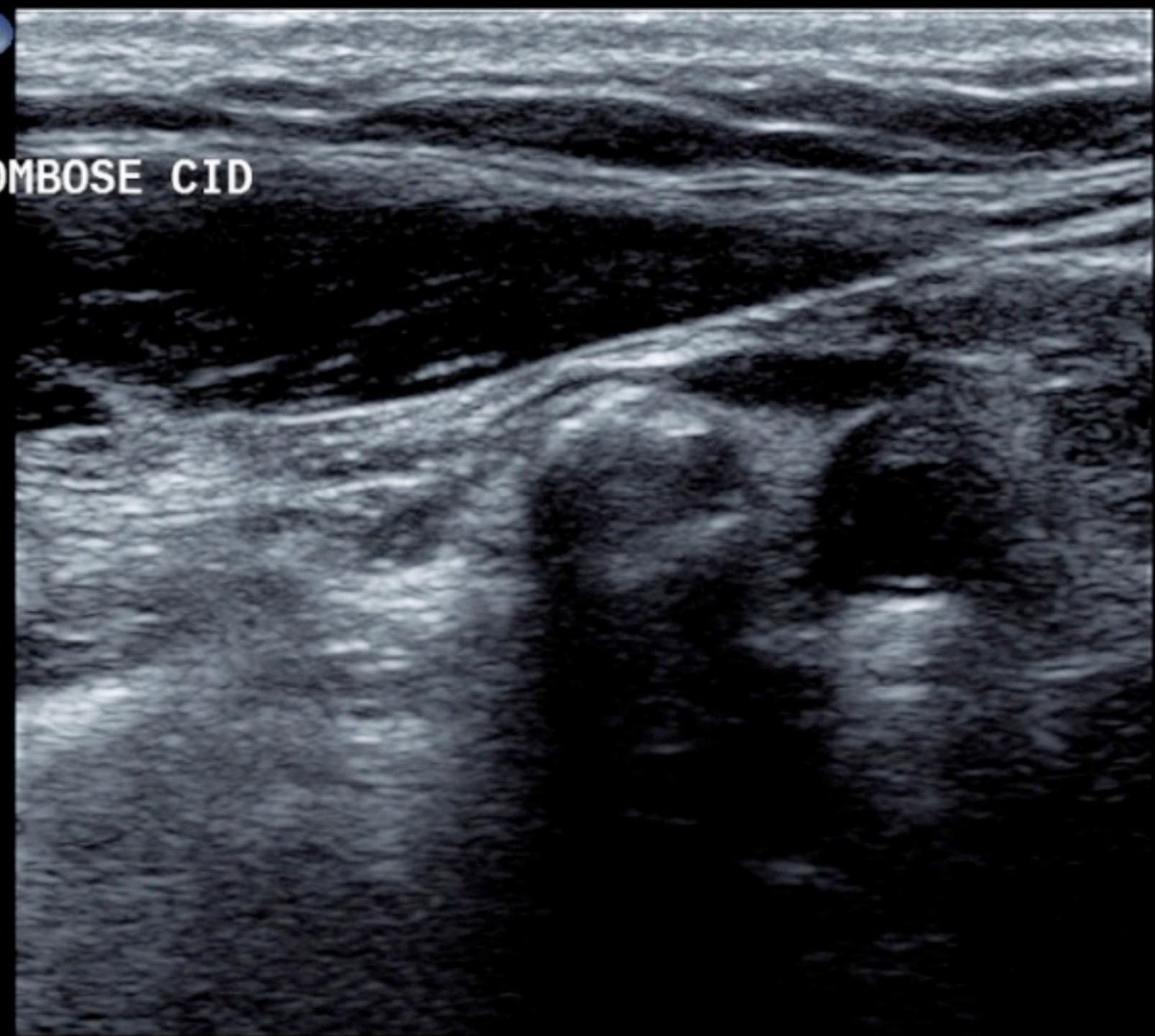


CI 41Hz
3.5cm

2D
61%
C 53
P Moy
Rés

THROMBOSE CID

P



C3

- 0

- 1

- 2

- 3



CI 19Hz 38°
5.0cm

2D
63%
C 58
P Bas
Pén

CCG

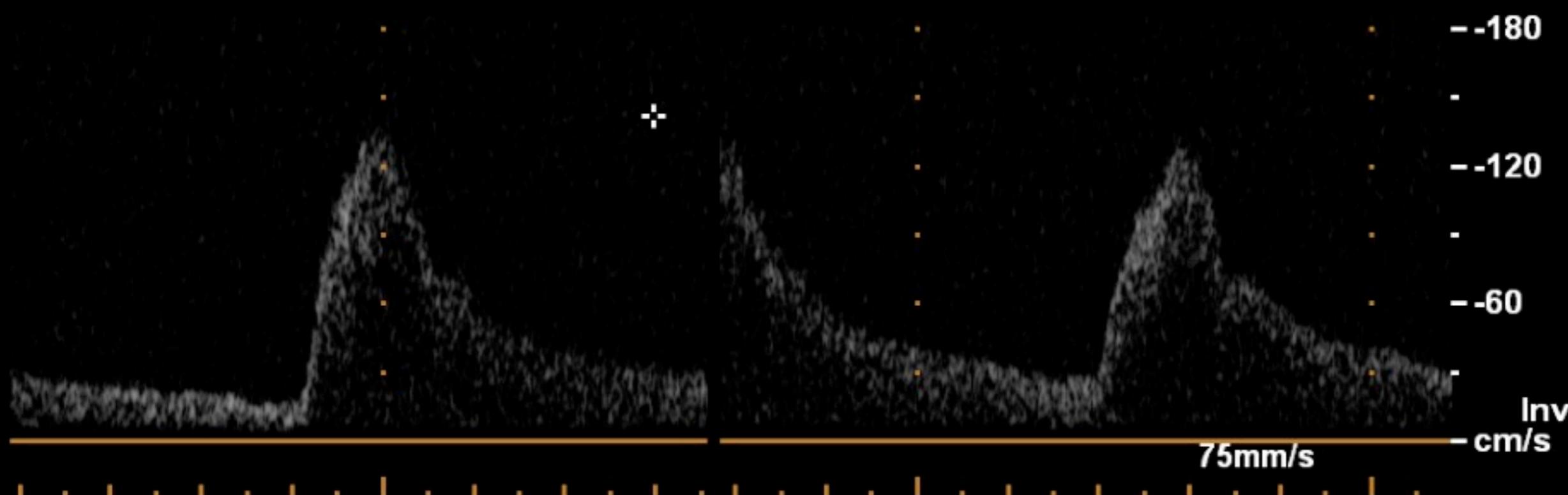
Coul
85%
4.0MHz
FP Max
Moy

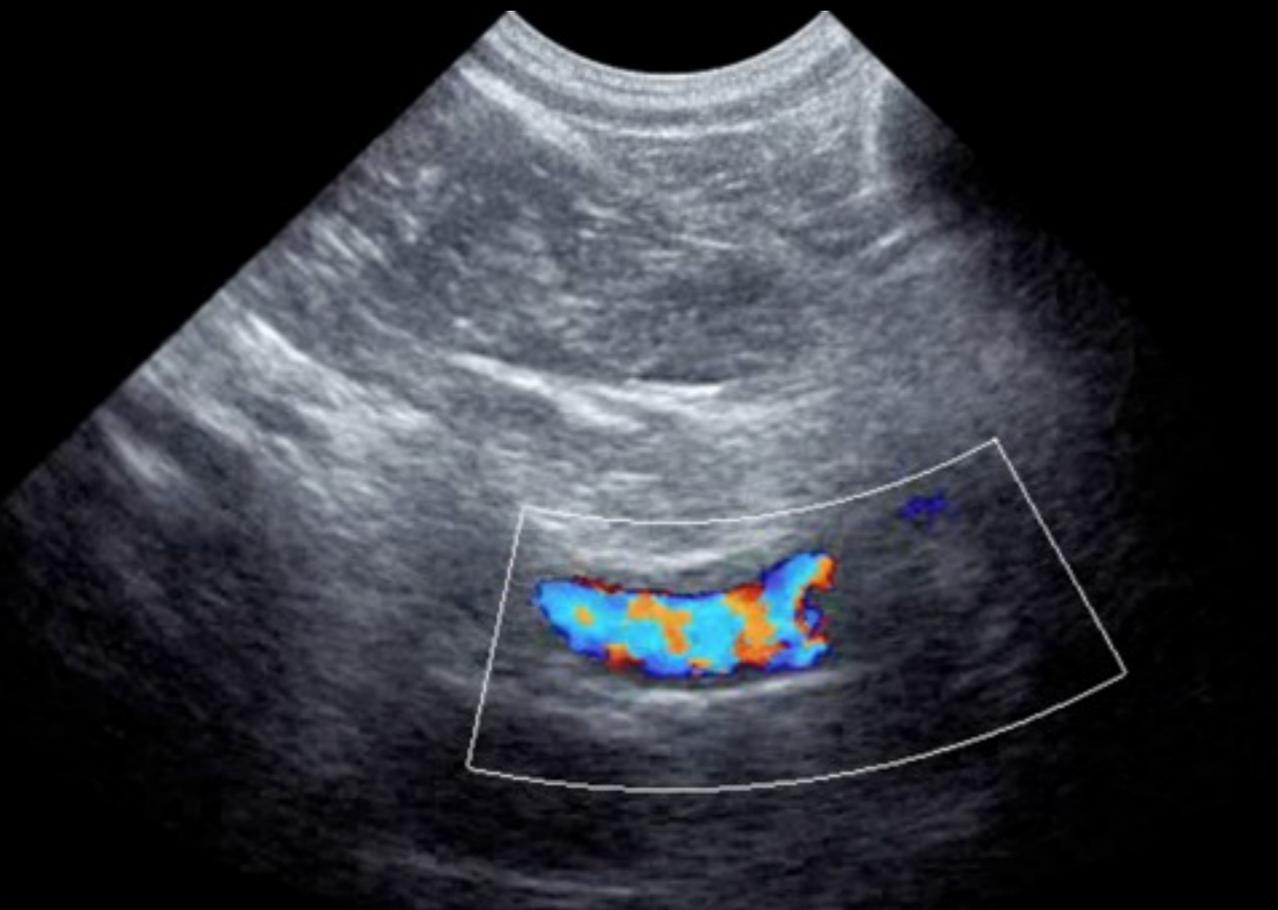


- 0
·
- 1
·
- 2
·
- 3
·
- 4
·
- 5

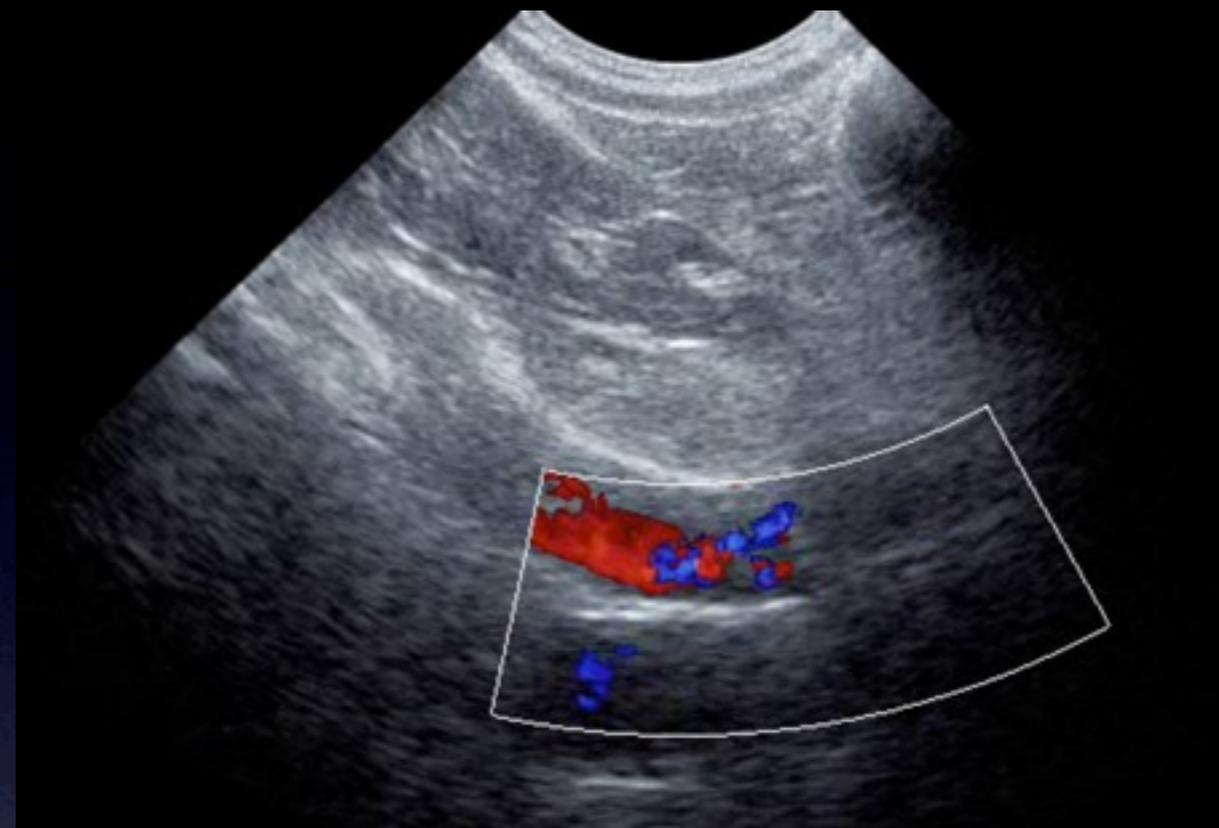
✦ Vit -142 cm/s

DP
75%
3.6MHz
FP 140Hz
VE3.0mm
2.4cm

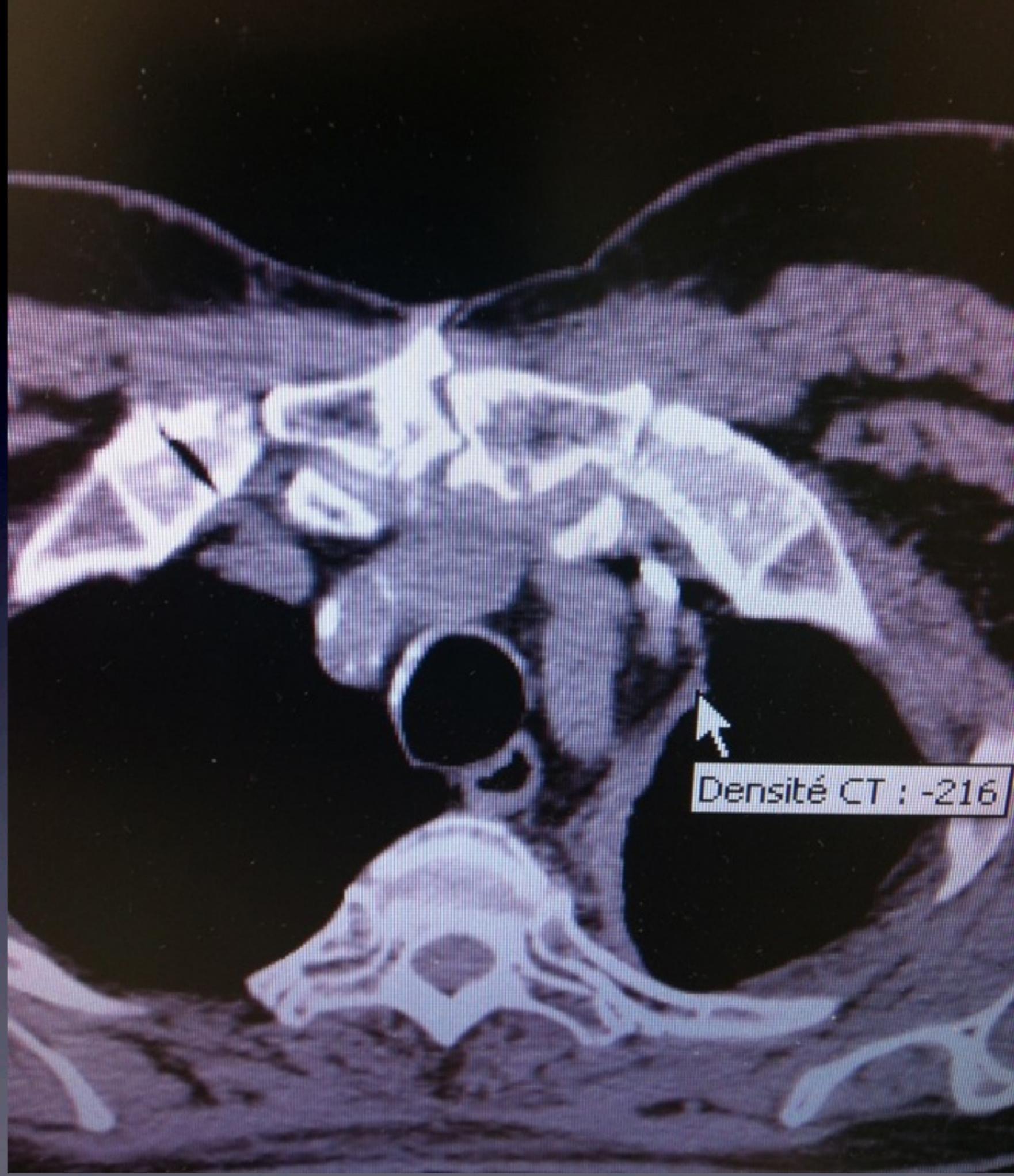




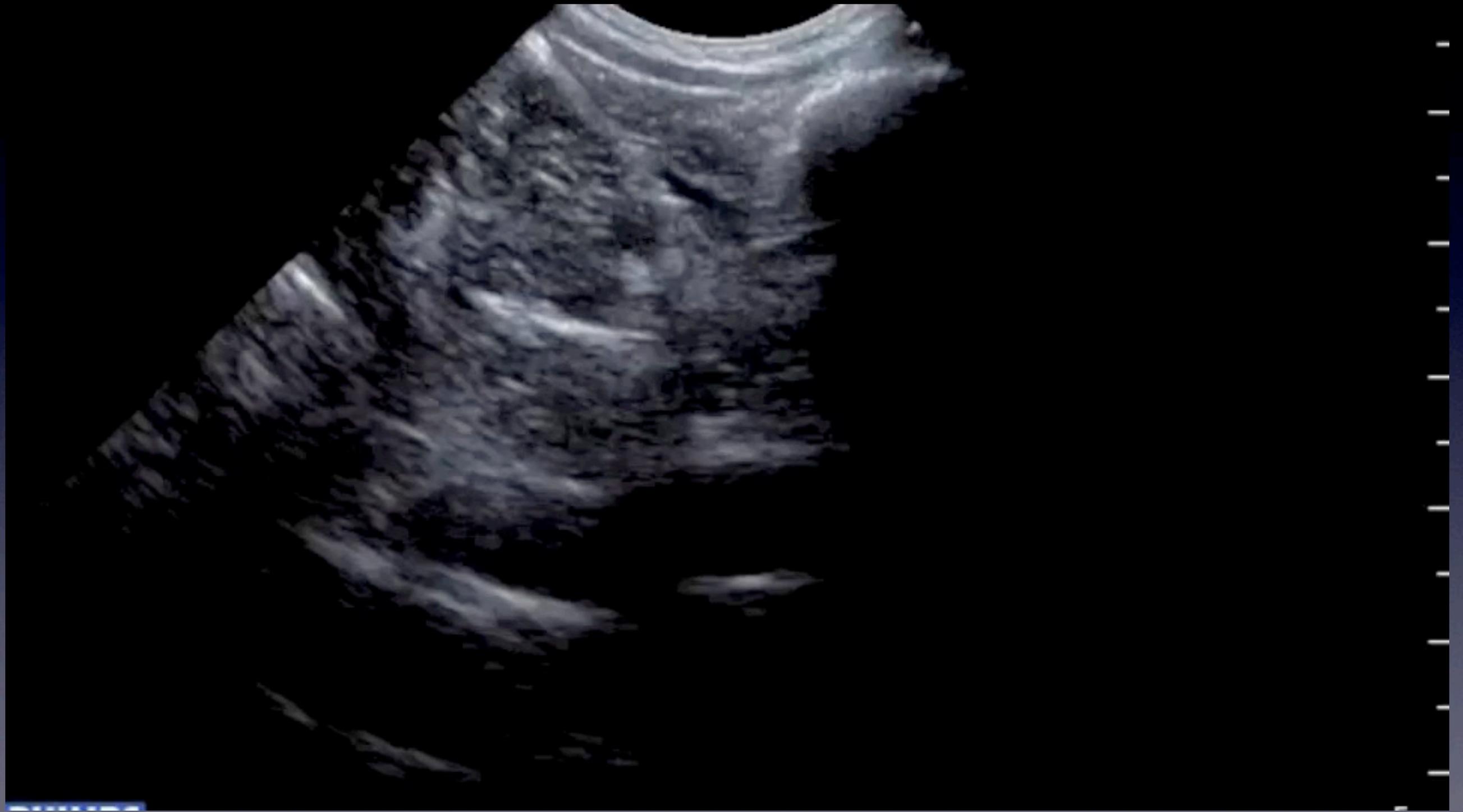
Repos



Adduction de l'épaule G



Densité CT : -216



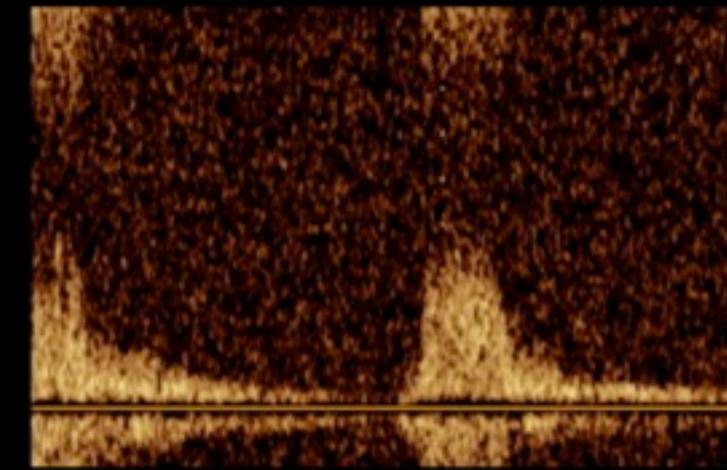
0.0cm
D
84%
C 54
P Bas
Rés
Coul
82%
4.5MHz
FP Max
Moy

CCG



- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

DP
85%
5.0MHz
FP 110Hz
VE2.5mm
3.8cm



CI 18Hz
6.0cm
74°
2D
65%
C 54
P Bas
Rés

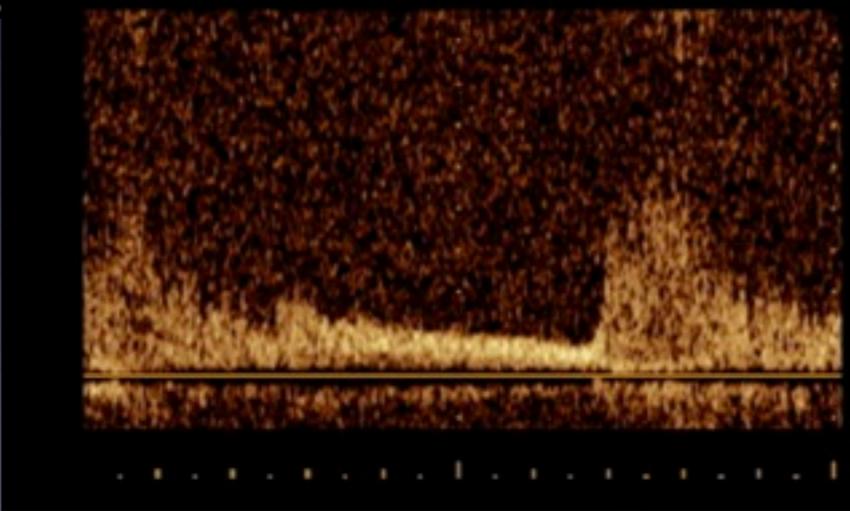
Coul
88%
4.5MHz
FP Max
Moy

CCG



- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

DP
85%
5.0MHz
FP 110Hz
VE2.5mm
3.5cm



6.0cm
2D
65%
C 54
P Bas
Rés
Coul
88%
4.5MHz
FP Max
Moy

CCG



- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



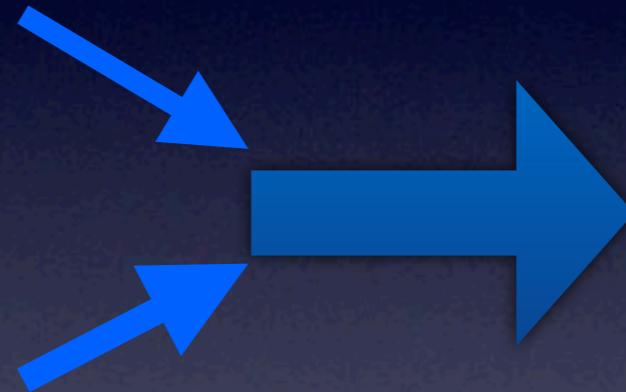
- Une syncope car PDC brève par baisse transitoire du débit sanguin cérébral
- La conjonction:
 - d'une Tx carotidienne
 - D'une dysjonction sternale
 - d'une lobectomie supérieure controlatérale
 - d'une fibrose radique du même site
 - d'une malédiction probable



TRT: Pontage ASCG/CCG

Moralité

- Un dysfonctionnement peut être intermittent
- un trouble du rythme peut ne pas être mémorisé.
- Une syncope peut ne pas être de cause rythmique



INTERET
DU
HOLTER