

Syndrome de Lown-Ganong-Levin : un diagnostic différentiel d'une onde PR courte

Lown-Ganong-Levin syndrome: a differential diagnosis of a short PR wave

I.M. Ernestho-ghoud (1)*, D. Rakotoniaina (2), H.M.D. Vololontiana (1),
N. Rabearivony N (2)

(1) Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana

(2) Service de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana

Il s'agissait d'un jeune homme, âgé de 18 ans, lycéen, vu en consultation externe pour une anomalie électrique d'un bilan pré-opératoire. En fait, il avait un accès de palpitation à répétition, évoluant depuis 2011, sans autres signes accompagnateurs. Il n'avait pas d'antécédents personnels ni familiaux particuliers. Les paramètres hémodynamiques étaient normaux et stables. L'examen ne retrouvait pas de souffle ni de

bruit surajoutés. Les pouls périphériques étaient présents. Le reste de l'examen était sans particularités. L'électrocardiogramme révélait (Figure 1) une onde PR courte, surtout sur un tracé en DII long (Figure 2) avec une arythmie respiratoire (physiologique). L'échographie cardiaque était normale. Il s'agissait d'un syndrome de Lown-Ganong-Levin (LGL) lié aux faisceaux accessoires de James perméables de façon intermittente.

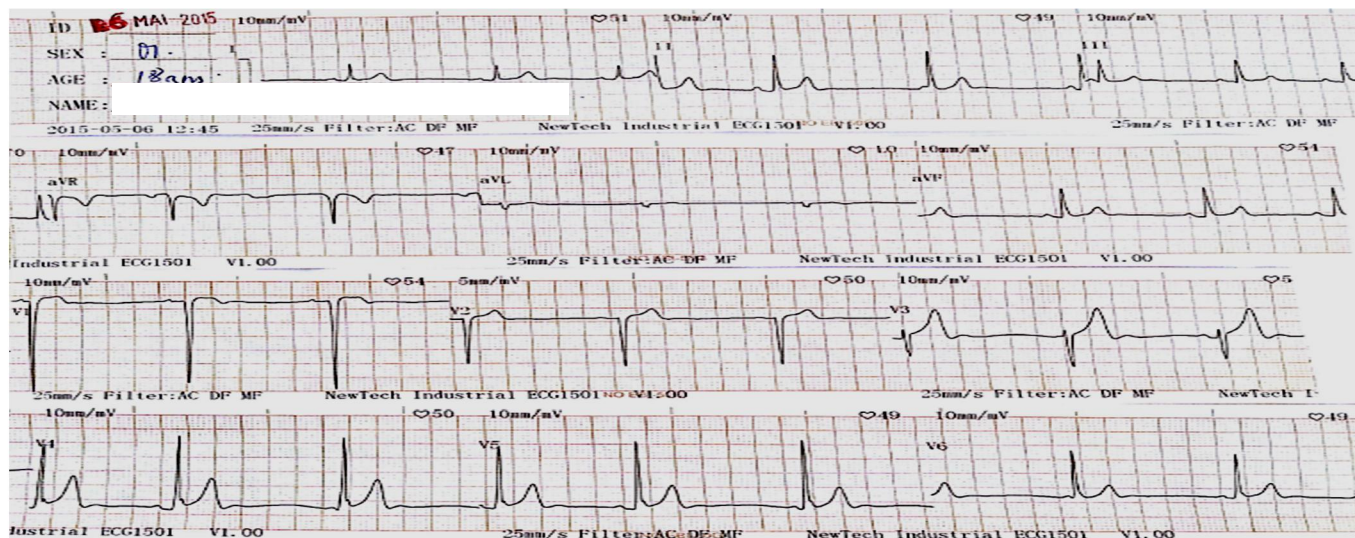


Figure 1. ECG. Arythmie sinusale avec faisceaux accessoire (faisceaux de James) perméable de façon intermittente.

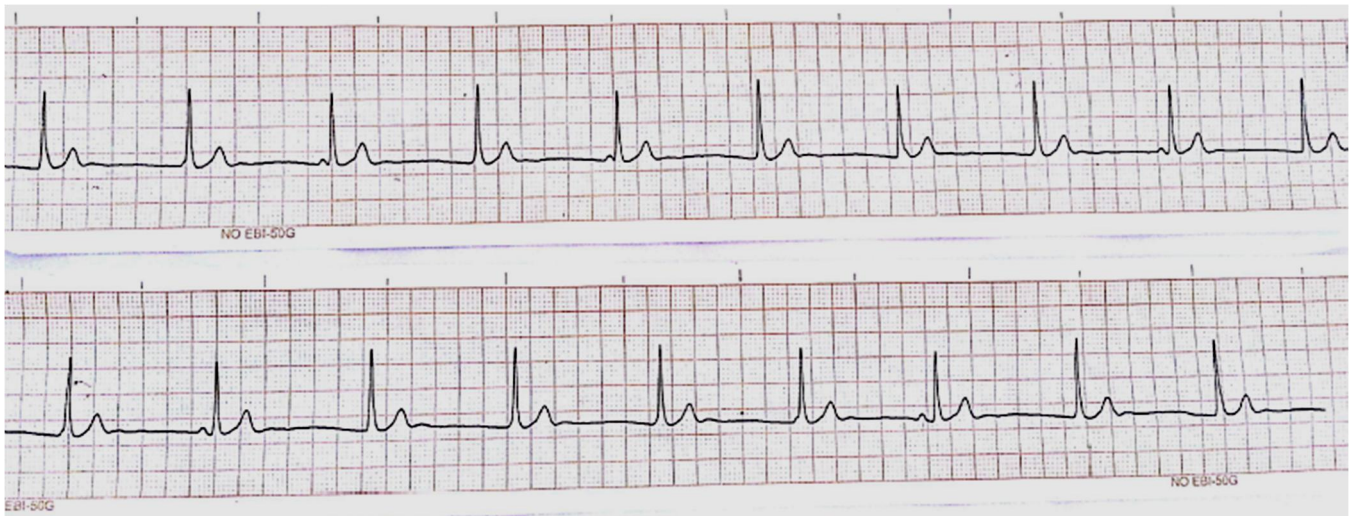


Figure 2. ECG. Arythmie sinusale, espace PR courte, intermittente de durée 0,02 seconde.

tente. L'absence de l'onde Delta écartait le syndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW). Il bénéficiait d'une surveillance régulière.

Le syndrome de LGL est une pathologie rare, se caractérisant par une voie accessoire qui relie l'oreillette au tissu hisien, court-circuitant le nœud auriculo-ventriculaire. À l'électrocardiogramme l'intervalle PR est court moins de 120 ms comme dans le syndrome de WPW mais le complexe QRS est normal. Le syndrome de LGL fait partie des tachycardies réciproques. Il s'agit de tachycardies paroxystiques régulières qui sont le résultat d'un circuit de réentrée qui utilise une voie accessoire. Cette pathologie est bien tolérée et passe souvent inaperçue. L'abstention thérapeutique est la règle en générale. Néanmoins une transforma-

tion de la tachycardie réciproque en fibrillation auriculaire peut survenir, constituant alors une urgence thérapeutique à cause de la réponse ventriculaire extrêmement rapide et potentiellement dangereuse [1,2]. Un bilan de suivi à la recherche de cette complication est alors indispensable.

Références

1. Lown B, Ganong WF, Levine SA. The syndrome of short P-R interval, normal QRS complex and paroxysmal rapid heart action. *Circulation* 1952; 5(5): 693-706.
2. Bauernfeind RA, Ayres BF, Wyndham CC, et al. Cycle length in atrioventricular nodal reentrant paroxysmal tachycardia with observations on the Lown-Ganong-Levine syndrome. *Am J Cardiol* 1980; 45(6): 1148-53.