

Introduction : La douleur thoracique est un mode de révélation peu évalué du syndrome de Brugada (Brs). La douleur thoracique peut être le fait d'une ischémie coronarienne et des cas de spasmes coronariens associés au Brs ont été décrits dans la littérature. L'objectif de notre travail est de définir la prévalence de la douleur thoracique comme mode de découverte dans le Brs et de préciser les caractéristiques cliniques, électrocardiographiques et pronostiques de cette population.

Méthodes : Nous avons inclus rétrospectivement 200 Brs probants diagnostiqués aux CHU de Toulouse et Bordeaux. Le mode de découverte du Brs était relevé. Un groupe de Brs patients diagnostiqués après douleur thoracique a été comparé aux Brs diagnostiqués pour d'autres motifs.

Résultats : La douleur thoracique comme occasion de diagnostic était retrouvée chez 17% (3^{ème} mode de diagnostic du Brs après la découverte fortuite et la syncope). 73 % des Brs avec douleur thoracique n'avaient pas de substratum cardiaque à la douleur, 12% présentaient un spasme coronarien et 15 % avaient une coronaropathie. Une IRM avait été faite chez 52 patients sans différence entre les groupes et aucune myocardite ou anomalie structurelle n'avait été retrouvée.

Les facteurs de risque CV étaient similaires dans les deux populations, sauf le tabac, le surpoids et les antécédents coronariens familiaux plus souvent présents en cas de Brs avec douleur thoracique ($p < 0.05$).

L'ECG (après disparition de la douleur) montrait un sus-décalage de type 1 spontané chez 59% des patients avec douleur thoracique et le test à l'ajmaline était positif chez tous les autres.

Le ST était plus élevé pendant la douleur thoracique comparé aux autres motifs de diagnostic ($p=0,0004$) mais était équivalent entre les groupes après disparition de la douleur thoracique et sous ajmaline.

Au cours du suivi, ni la MS ou syncope (6 vs 9%) ni les thérapies appropriées (0 vs 12%) différaient significativement entre les groupes. Seule les récurrences de douleurs thoraciques étaient plus fréquentes chez les Brs avec douleur thoracique initiale (24 vs 5%, $p=0.0002$). En multivarié, les antécédents de MS/syncope, un ST+ spontané, une coronaropathie familiale, un QT plus court et un spasme coronarien étaient liés au pronostic.

Conclusion : La douleur thoracique est un mode de présentation fréquent dans le syndrome de Brugada, pouvant être le fait parfois d'un angor spastique dont la prévalence semble élevée dans cette population. Nous n'avons pas mis en évidence de rôle pronostic de la douleur thoracique hormis si associée à un vasospasme coronarien.