

Interprétation des tracés électrocardiographiques présentés dans le cadre du Congrès des J.E.P. de l'A.M.U.B.

A. Friart

Service de Cardiologie, C.H.U. Tivoli, La Louvière

Les tracés ont été publiés dans le numéro 4 de la *Revue Médicale de Bruxelles* (septembre 2012 ; volume 33 : pages 295-303).

Tracés 1

- a) Douleur précordiale constrictive depuis 15 minutes.
ECG : rythme sinusal, lésion sous-endocardique antérieure étendue, latérale et inférieure ; lésion sous-épiscardique en AVR.
- b) Après Cedocard® sublingual : disparition de la douleur et normalisation de la repolarisation.

Diagnostic : Crise d'angor très sévère ; coronarographie : rétrécissement serré, proximal, IVA.

Traitement : PTCA.

Tracé 2

Douleur précordiale depuis 3 heures avec hypotension.

ECG : FA, à réponse ventriculaire parfois rapide ; onde Q inférieure ; lésion sous-épiscardique significative inférieure et antéro-latérale ; lésion sous-endocardique latérale. 1 ESV.

Diagnostic : FA, STEMI inférieur au stade aigu.

Traitement : PTCA en urgence : désocclusion coronaire droite.

Tracés 3

Douleur précordiale depuis 7 h le matin.

- a) 9 h : bradyrythmie sinusale, bloc AV du premier degré, lésion sous-épiscardique inférieure, lésion sous-endocardique antéro-latérale et latérale.
- b) 12 h : majoration de la lésion sous-épiscardique inférieure.

Diagnostic : STEMI inférieur au stade aigu (diagnostic erroné : NSTEMI antérieur).

Traitement : PTCA en urgence : désocclusion coronaire droite.

Tracés 4

Douleur précordiale durant 3 heures.

- a) Bradycardie sinusale, onde R minime V1-V2, lésion sous-épiscardique V1-V2 - AVL, lésion sous-endocardique inférieure, onde T acuminée V3 à V5.
- b) Idem avec bigéminisme ventriculaire.

Diagnostic : STEMI antérieur au stade aigu (diagnostic erroné : NSTEMI inférieur).

Traitement : PTCA en urgence : désocclusion IVA.

Tracés 5

Douleur précordiale depuis 3 heures.

a) Rythme sinusal, lésion sous-endocardique V1 à V4.

b) Complément d'ECG : V3 R et V4 R : altération non significative, V7 à V9 : lésion sous-épicaudique.

Diagnostic : STEMI latéral au stade aigu (diagnostic erroné : NSTEMI antéro-septal).

Traitement : Désocclusion et angioplastie circonflexe.

Tracé 6

Bradycardie sinusale. Lésion sous-épicaudique diffuse, concave.

Diagnostic différentiel : Vagotonie, repolarisation précoce, péricardite.

Tracé 7

Insuffisance coronaire chronique stable, patient ne présentant aucune douleur au moment de l'ECG.

Rythme sinusal, ESSV, ischémie sous-épicaudique antérieure, inférieure et latérale.

Comparaison avec les tracés précédents : aucune évolution.

Tracé 8

Douleur précordiale depuis 3 heures.

Rythme sinusal onde Q inférieure, lésion sous-épicaudique inférieure, lésion sous-endocardique D1, 2 salves de tachycardie ventriculaire.

Diagnostic : STEMI inférieur au stade aigu (coronaire droite), compliqué de TV.

Traitement : PTCA en urgence : désocclusion coronaire droite.

Tracé 9

Malaise, légèrement lipothymique, 12 mois après un infarctus inférieur.

ECG : TV.

Traitement : Défibrillateur implantable et/ou ablation par radiofréquence du foyer de TV.

Tracé 10

Douleur précordiale depuis 2 heures.

Antécédent : stent IVA.

ECG : BBG à 120 ms, D1 AVL ; lésion sous-épicaudique antéro-septale (8 mm en V3).

Diagnostic : Occlusion du stent IVA.