

# 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.