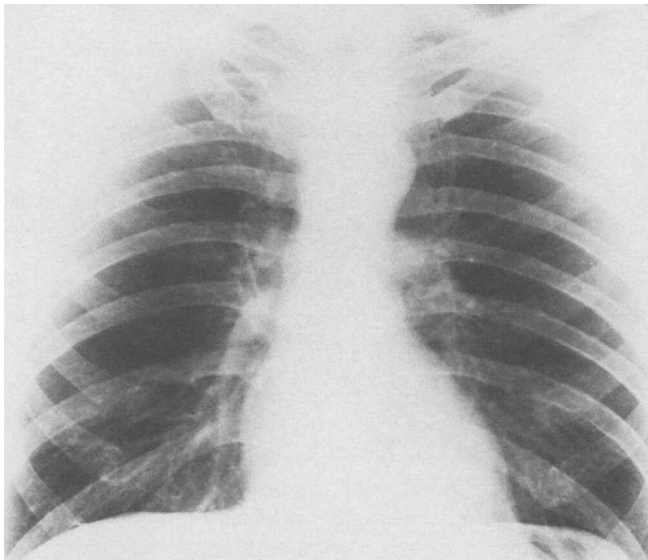
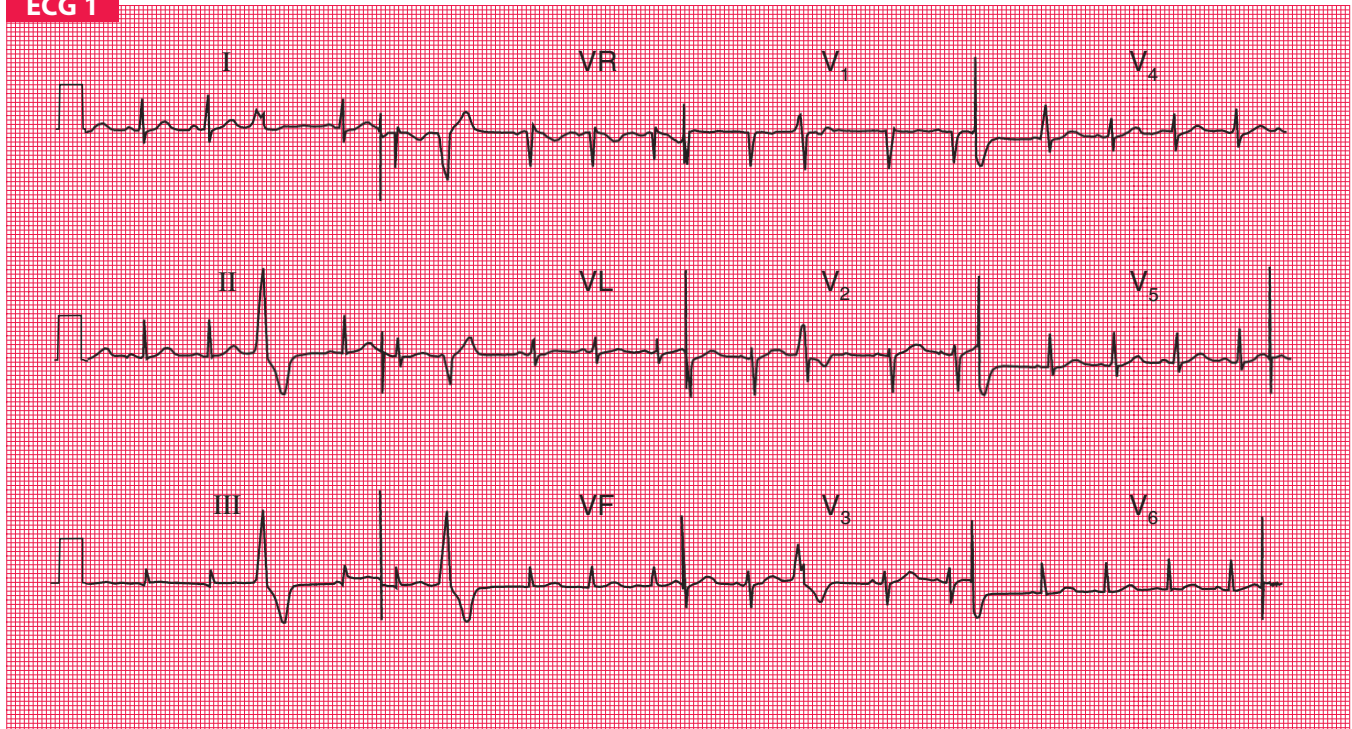


ECG 1



Cet ECG a été enregistré chez un étudiant de 20 ans qui se plaignait de battements cardiaques irréguliers. En dehors d'un pouls irrégulier, le cœur était cliniquement normal. Que montrent l'ECG et la radiographie de thorax et quelle sera votre attitude ?

RÉPONSE 1

L'ECG montre :

- rythme sinusal ;
- extrasystoles ventriculaires ;
- axe normal ;
- complexes QRS et ondes T normaux.

La radiographie de thorax est normale.

Interprétation clinique

Il est évident que les extrasystoles sont fréquentes, mais l'ECG est par ailleurs normal.

Que faire ?

Les extrasystoles ventriculaires sont on ne peut plus banales. Dans des séries importantes de patients, il existe une corrélation entre la présence d'extrasystoles et des cardiopathies de natures diverses. Toutefois, chez les sujets jeunes par ailleurs asymptomatiques et dont le cœur est normal à l'examen clinique, le risque de découvrir un problème cardiaque important est minime.

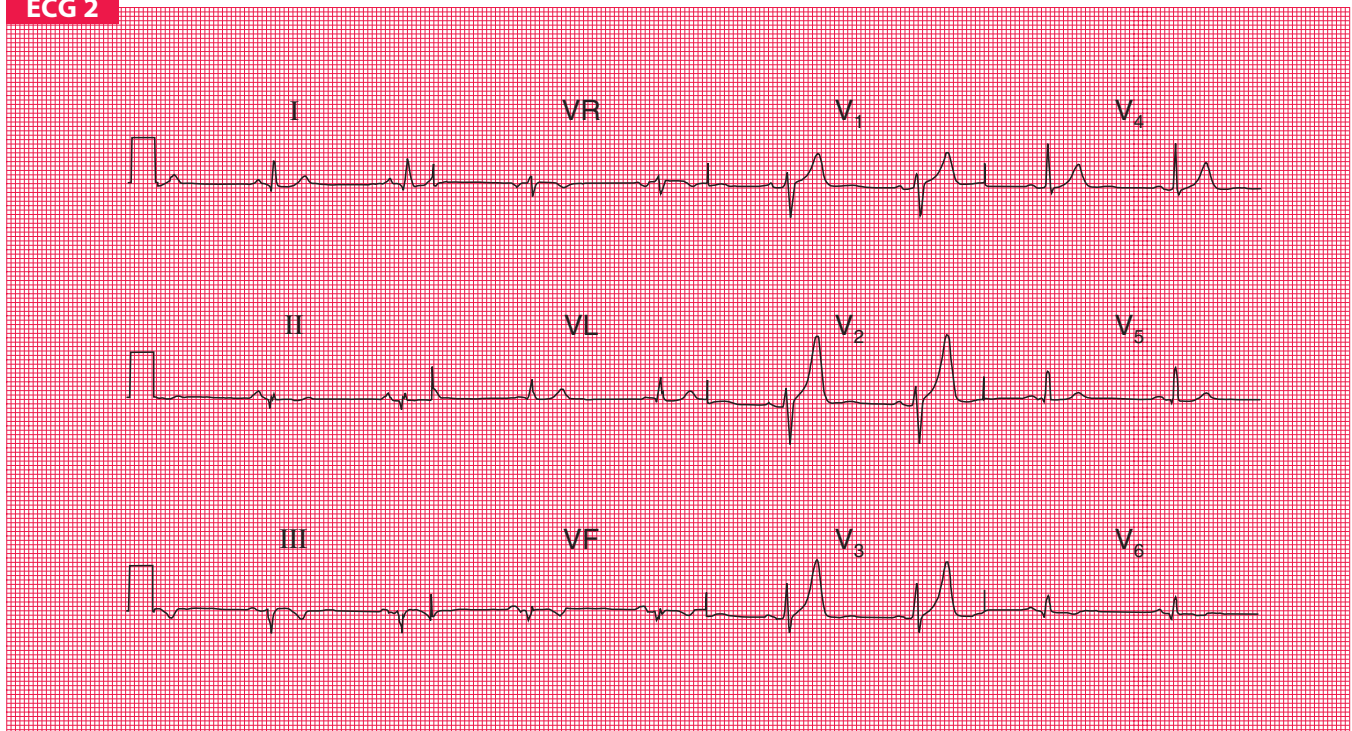
Chez une jeune femme, il est préférable de doser l'hémoglobine. Une échocardiographie permettrait d'apaiser ses craintes mais n'est pas essentielle. La conduite à tenir consiste à lui recommander de ne pas fumer et d'éviter l'alcool, le café et le thé.

Résumé

Rythme sinusal avec extrasystoles ventriculaires.



ECG 2



Un homme de 60 ans est examiné à son domicile, se plaignant d'une douleur médiosternale plutôt vague survenant à l'effort. Cette douleur ne survient jamais au repos. Que montre l'ECG et quelle sera votre attitude ?

RÉPONSE 2

L'ECG montre :

- rythme sinusal ;
- axe normal ;
- petites ondes Q en D_{II}, D_{III} et VF ;
- ondes T biphasiques en D_{II} et V₆ ; ondes T inversées en D_{III} et VF ;
- ondes T nettement pointues en V₁ et V₂.

Interprétation clinique

Les ondes Q en dérivations inférieures, accompagnées d'ondes T inversées, orientent vers un infarctus myocardique inférieur ancien. Alors que les ondes P pointues et symétriques en dérivations inférieures peuvent être dues à une hyperkaliémie ou une ischémie myocardique, il s'agit là d'une variante de la normale extrêmement fréquente.

Que faire ?

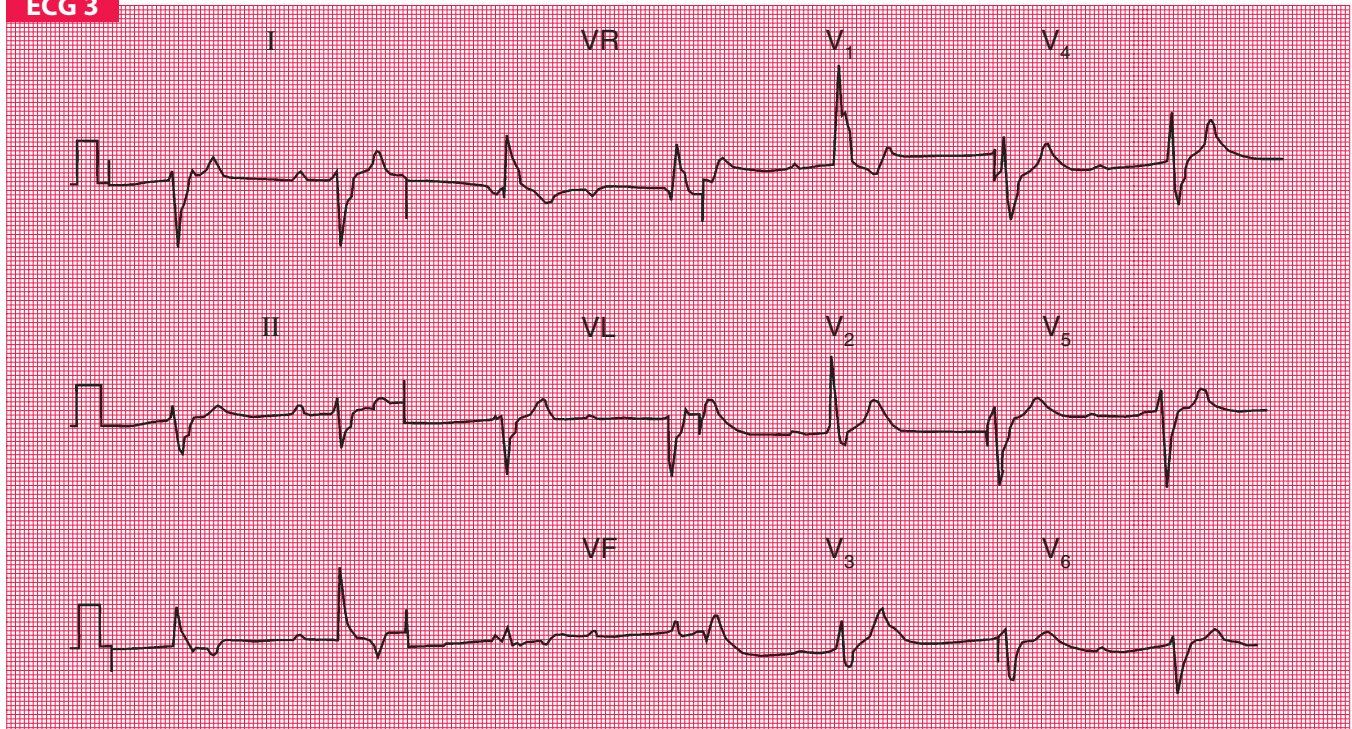
Il semble que le patient ait fait un infarctus du myocarde dans le passé, et par déduction, la vague douleur thoracique dont il se plaint peut relever d'une angine de poitrine. Il faut s'attacher à rechercher les facteurs de risque (tabac, pression artérielle, cholestérol plasmatique) et il devra très probablement se soumettre à un traitement au long cours comportant aspirine et statine. Une épreuve d'effort sera le meilleur moyen de décider si la coronaropathie dont il souffre mérite une coronarographie.

Résumé

Infarctus du myocarde ancien de territoire inférieur.



ECG 3



Une femme de 80 ans, qui avait auparavant présenté quelques malaises, tombe et se brise la hanche. On découvre à cette occasion un pouls lent. L'ECG ci-dessus est enregistré. Les chirurgiens souhaitent l'opérer le plus rapidement possible, mais l'anesthésiste n'est guère enthousiaste. Que montre l'ECG et quelle est la conduite à tenir ?

RÉPONSE 3

L'ECG montre :

- bloc auriculoventriculaire complet ;
- fréquence ventriculaire : 45/min.

Interprétation clinique

Au cours du bloc auriculoventriculaire complet, il n'existe pas de relation entre les ondes P (ici à la fréquence 70/min) et les complexes QRS. Le rythme « d'échappement » ventriculaire se présente avec des complexes QRS larges et des ondes T anormales. Aucune interprétation supplémentaire de l'ECG n'est possible.

Que faire ?

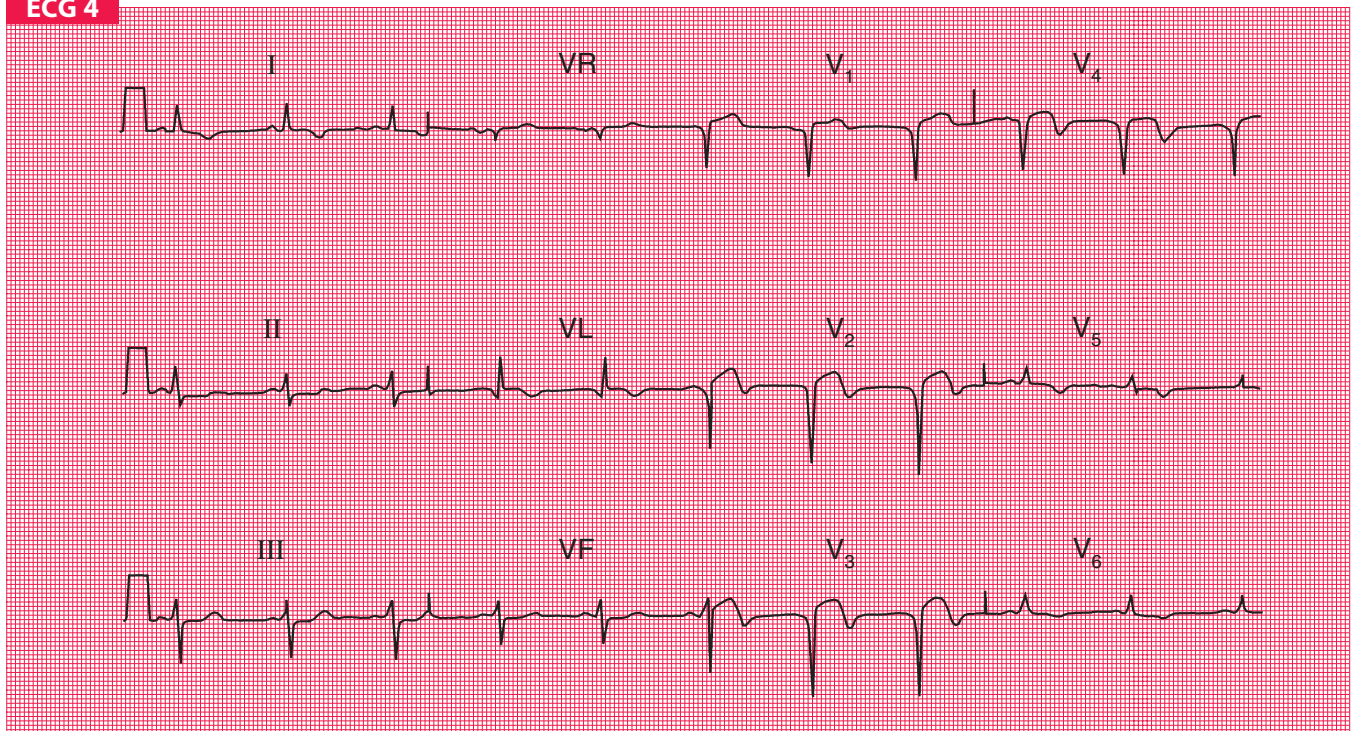
En l'absence d'histoire clinique évoquant un infarctus du myocarde, cette femme est presque certainement atteinte d'un bloc auriculoventriculaire chronique : la chute peut ou non avoir été déclenchée par un syndrome de Stokes-Adams. La pose d'un pacemaker définitif est nécessaire, immédiatement dans l'idéal, en raison du risque de complications liées à un entraînement électrosystolique temporaire. Si la pose d'un pacemaker permanent n'est pas possible dans l'immédiat, la mise en place d'un pacemaker temporaire est néanmoins nécessaire avant l'intervention chirurgicale.

Résumé

Bloc auriculoventriculaire complet (3^e degré).



ECG 4



Un homme de 50 ans est reçu au département des urgences, porteur d'une forte douleur médiosternale ayant débuté 18 h plus tôt. Que montre l'ECG et quelle est la conduite à tenir ?

RÉPONSE 4

L'ECG montre :

- rythme sinusal ;
- axe normal ;
- ondes Q de V₂ à V₄ ;
- sus-décalage du segment ST de V₂ à V₄ ;
- inversion des ondes T en D₁, VL, et de V₂ à V₆.

Interprétation clinique

Il s'agit d'un infarctus myocardique aigu typique de siège antérieur avec sus-décalage du segment ST.

Que faire ?

Plus de 18 h se sont écoulées depuis le début de la douleur, c'est pourquoi le patient est en dehors des limites conventionnelles de temps pour effectuer une thrombolyse. Néanmoins, si la douleur persiste et si l'état du patient semble préoccupant, un traitement thrombolytique devra être entrepris, à moins qu'il n'existe de bonnes raisons pour ne pas le mettre en route. L'autre alternative à envisager consiste en une angioplastie percutanée transluminale immédiate. Dans tous les cas, il sera administré un traitement antalgique et aspirine et le patient sera obligatoirement admis en milieu hospitalier pour surveillance¹.

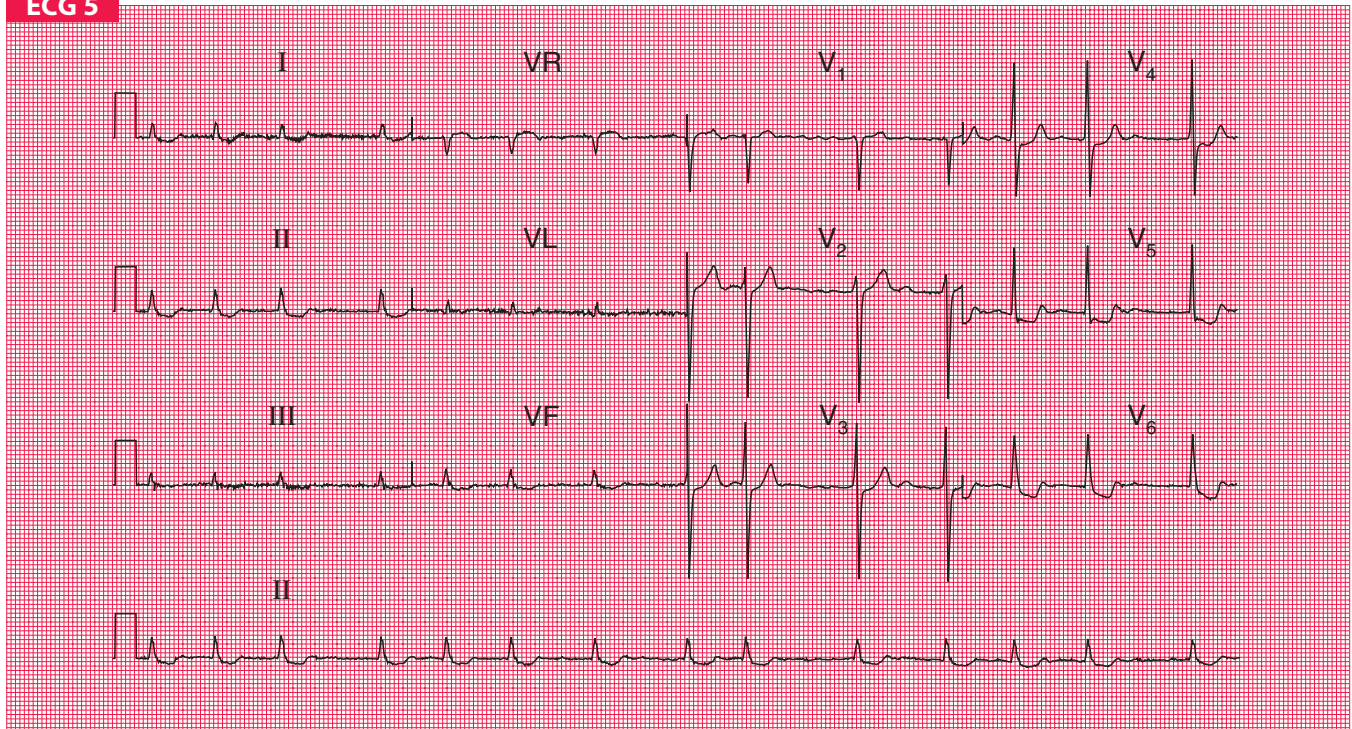
Résumé

Infarctus myocardique antérieur aigu.



1. Admission en unité de soins intensifs cardiologiques si possible. (N.d.T.)

ECG 5



Cet ECG a été enregistré chez une femme de 60 ans atteinte d'une cardiopathie rhumatismale. Elle était en insuffisance cardiaque, mais celle-ci a été traitée et la patiente n'est plus essoufflée. Que montre l'ECG et quelles questions devez-vous lui poser ?

RÉPONSE 5

L'ECG montre :

- fibrillation auriculaire avec fréquence ventriculaire d'environ 80/min ;
- axe normal ;
- complexes QRS normaux ;
- ondes U proéminentes en V_2 - V_3 ;
- segment ST sous-décalé à pente descendante, particulièrement visible en V_5 - V_6 .

Interprétation clinique

Le sous-décalage à pente descendante du segment ST (« cupuliforme ») est en faveur d'un traitement par la digoxine. La fréquence ventriculaire semble bien contrôlée. Les ondes U proéminentes en V_2 et V_3 sont probablement normales : les ondes U secondaires à une hypokaliémie s'accompagnent d'un aplatissement des ondes T.

Que faire ?

Demander à la patiente si elle a de l'appétit : le symptôme le plus précoce d'intoxication par la digoxine est la perte de l'appétit, bientôt suivie de nausées et de vomissements. Si la patiente est traitée par des diurétiques, dosez la kaliémie – une kaliémie basse potentialise les effets de la digoxine. En cas de doute, la digoxinémie est facile à mesurer.

Résumé

Fibrillation auriculaire avec imprégnation par la digoxine.

