

A. Kocher, J. L. Crevoisier

Unité de soins intensifs,
Hôpital du Jura, Delémont

Syndrome coronaire aigu?

Description du cas

L'ECG (fig. 1) enregistré en urgence 30 minutes après un épisode d'oppression thoracique accompagné de sudations et de nausées, suivi de syncope chez un patient de 77 ans, obèse, diabétique, et sans antécédents de maladie cardiaque.

L'ECG est interprété au service d'urgences comme reflétant un syndrome coronaire aigu dans le sens d'une ischémie antéro-latérale.

Relecture de l'ECG aux soins intensifs: rythme probablement ectopique de type auriculaire bas 86/min avec des extrasystoles auriculaires, axe QRS -30° , avec de relativement petits voltages dans les dérivations précordiales avec une zone de transition entre V_5 et V_6 , sous-décalages ST en I, avL, V_5 , V_6 avec inver-

sion des ondes T dans les dérivations V_1 à V_5 . Ce tracé évoquera également une embolie pulmonaire.

L'échocardiographie révèle ensuite une dilatation des ventricule et oreillette droits, une légère hypertension artérielle pulmonaire (insuffisance tricuspидienne avec gradient ventriculo-auriculaire de 44 mm Hg) et l'absence de troubles régionaux de contraction du ventricule gauche. L'angio-CT confirme la présence d'embolies pulmonaires bilatérales.

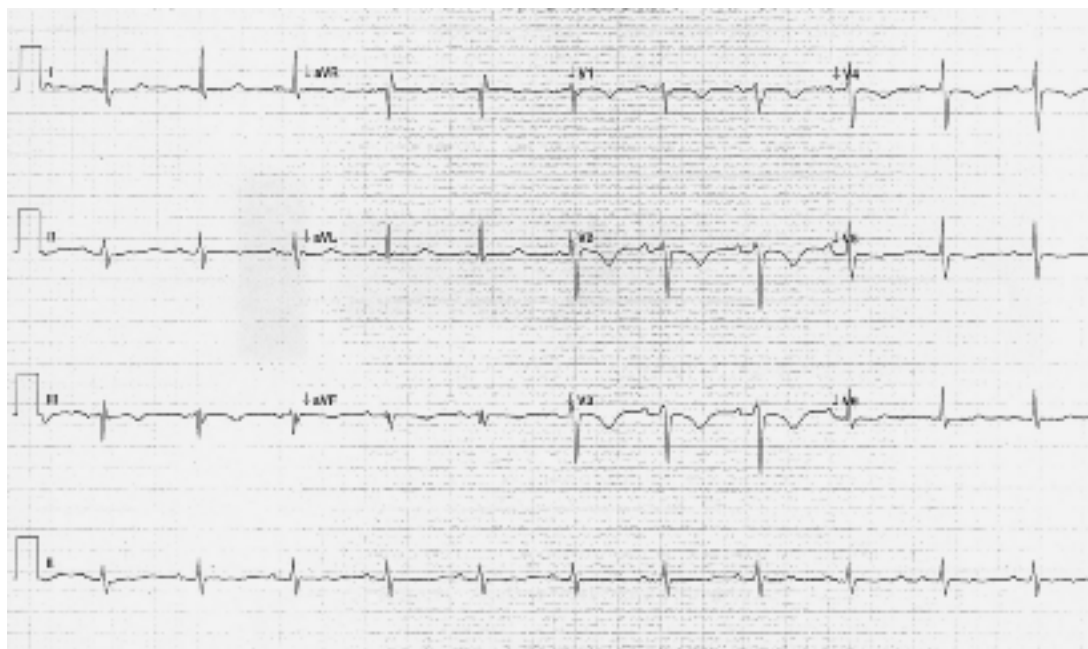
L'ECG enregistré deux jours plus tard (fig. 2) montre la réapparition d'un rythme sinusal de 70/min, de profondes ondes T négatives de V_1 à V_4 , reflétant une surcharge droite, et une quasi-normalisation de la zone de transition du complexe QRS dans les précordiales.

Figure 1
ECG à l'admission.



Correspondance:
Dr J.-L. Crevoisier
Cardiologue FMH
Hôpital du Jura
CH-2800 Delémont
E-Mail: jean-luc.crevoisier@h-ju.ch

Figure 2
ECG 48 heures
après l'admission.



Commentaire

Les anomalies ECG associées à des embolies pulmonaires consistent en une tachycardie sinusale, l'apparition d'ondes T négatives dans les précordiales droites, une modification du QRS dans le sens d'une configuration SI/QIII et des sous-décalages du segment ST dans les dérivations précordiales (syndrome de Mc Ginn et White) [1]. Des études récentes [2, 3] ont montré qu'en cas d'embolie pulmonaire les troubles de la repolarisation observés à l'ECG étaient d'autant plus fréquents que les embolies étaient étendues. Dans le cas de ce patient il s'agissait effectivement d'embolies pulmonaires bilatérales selon l'angio-CT et non pas

d'un syndrome coronaire aigu. L'absence de tachycardie sinusale s'explique probablement par la survenue d'un rythme auriculaire ectopique en phase aigüe.

Références

- 1 Gertsch M. Pulmonary embolism. In: *The ECG, a Two-Step Approach to Diagnosis*. Berlin Heidelberg: Springer; 2004. p. 95–104.
- 2 Kosuge M, Kimura K, Ishikawa T, Ebina T, Hibi K, Tsukahara K, et al. Prognostic significance of inverted T-waves in patients with acute pulmonary embolism. *Circ J*. 2006;70:750–5.
- 3 Daniel KR, Courtney DM, Kline JA. Assessment of cardiac stress from massive pulmonary embolism with 12-lead ECG. *Chest*. 2001;120:474–81.