

Jürg Schläpfer

Service of Cardiology,
CHUV, Lausanne

Tachycardie à QRS large après infarctus aigu

Description du cas

Patient de 61 ans en bonne santé habituelle ayant présenté 3 semaines auparavant un infarctus inférieur aigu sur une occlusion proximale de la coronaire droite rapidement dilatée et stentée; la fraction d'éjection du ventricule gauche est conservée.

Trois semaines plus tard, on fait un test d'effort en raison de l'apparition de douleurs précordiales atypiques. L'ECG est enregistré 50 secondes après l'arrêt de l'effort. La tension artérielle est 203/74.



Figure 1

Tachycardie à QRS large, régulière à 152/min, de morphologie retard droit et axe droit. La morphologie du QRS en précordiales n'est pas celle d'une aberration de conduction (concordance positive V_1 à V_6) et fait évoquer à première vue une tachycardie ventriculaire hypothèse la plus plausible vu le contexte clinique. Cependant, il y a un complexe QRS fin qui termine l'intervalle RR le plus long de cet enregistrement (560 ms). Ce QRS fin n'est pas précédé d'une onde P, mais la ligne de base montre des accidents compatibles avec une activité auriculaire rapide (flutter auriculaire). Il s'agit ici d'un flutter auriculaire pré-excité sur un faisceau accessoire latéral gauche qui n'avait jamais jusqu'alors provoqué d'arythmie symptomatique.

Il n'y a pas de conflit
d'intérêts.

Correspondance:
PD Dr med. J. Schläpfer
Service of Cardiology
CHUV, CH-1011 Lausanne
Jurg.Schlaepfer@chuv.ch

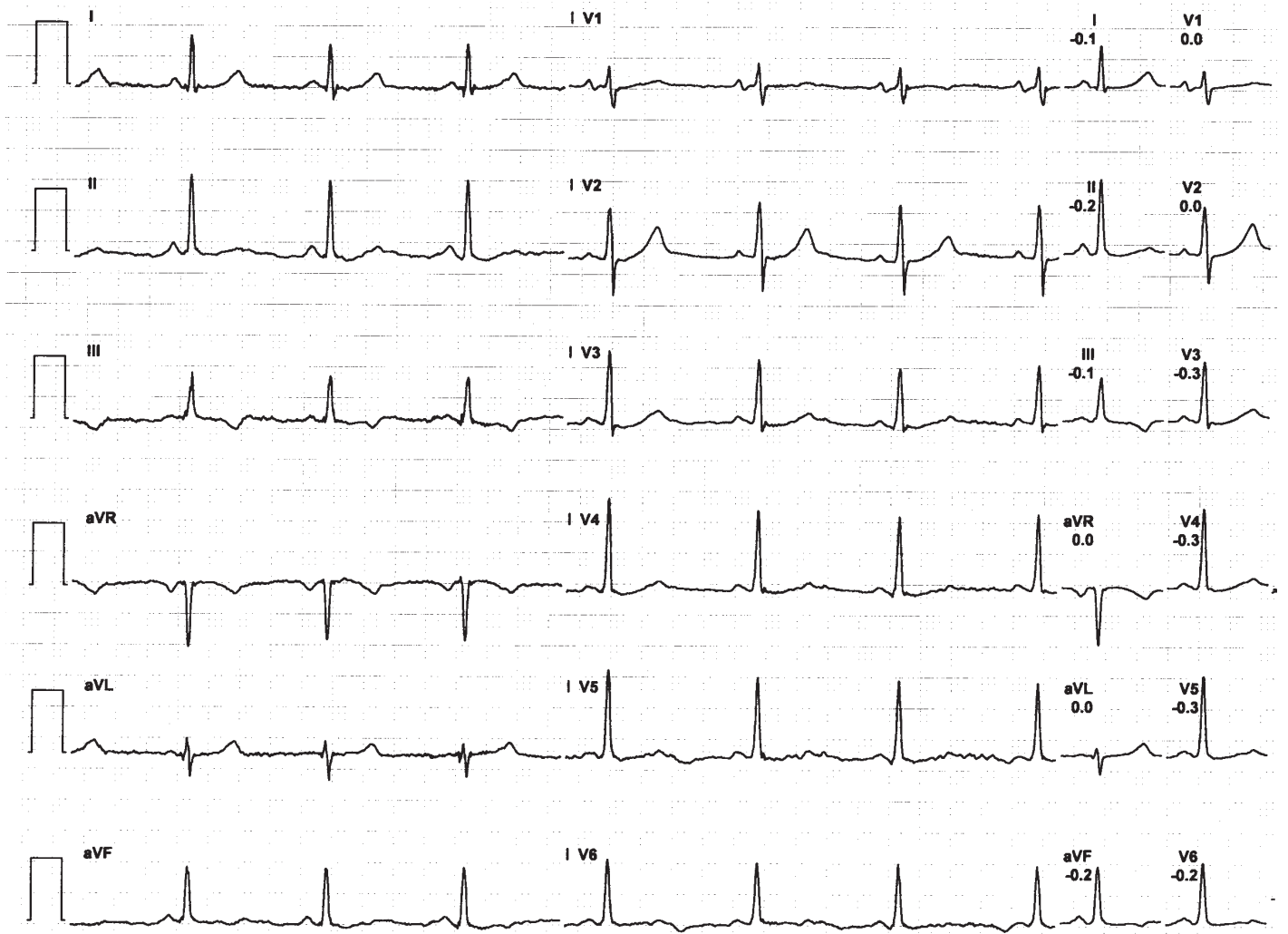


Figure 2

L'ECG en rythme sinusal montre un complexe QRS pré-excité relativement peu élargi (empâtement de la base du QRS). L'onde R anormale en V₁ avec transition précoce en V₂ indique qu'il s'agit d'une pré-excitation gauche.