

# Quiz ECG

Pierre Taboulet

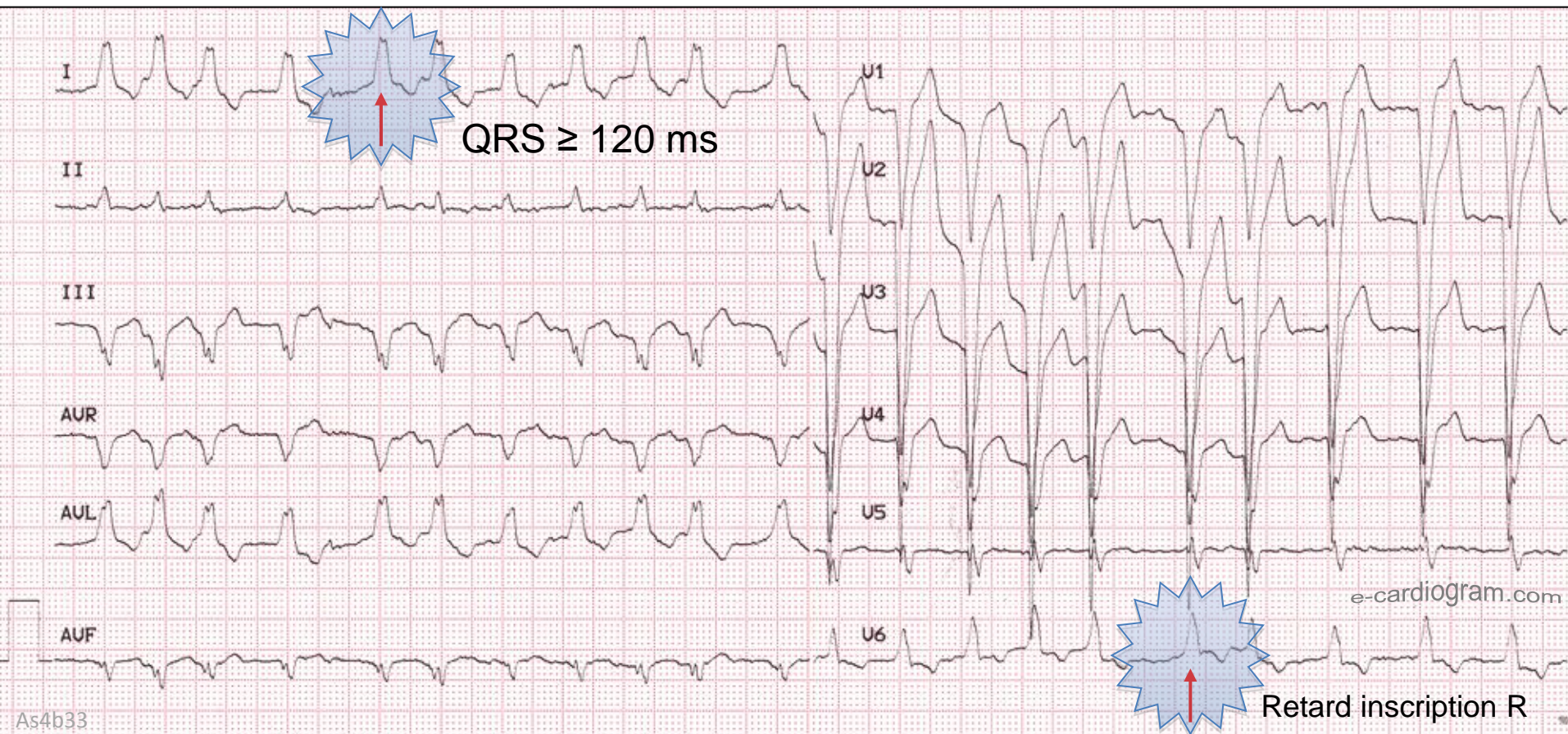
CHU Saint-Louis - Lariboisière

Lyon 2012



Femme 75 ans malaise et dyspnée assez brutale. HTA traitée. L'examen est compatible avec un œdème pulmonaire. Il n'y a pas de souffle valvulaire.  
TAS 110 mm Hg et FC 128/mn.

## Fibrillation auriculaire et BBG

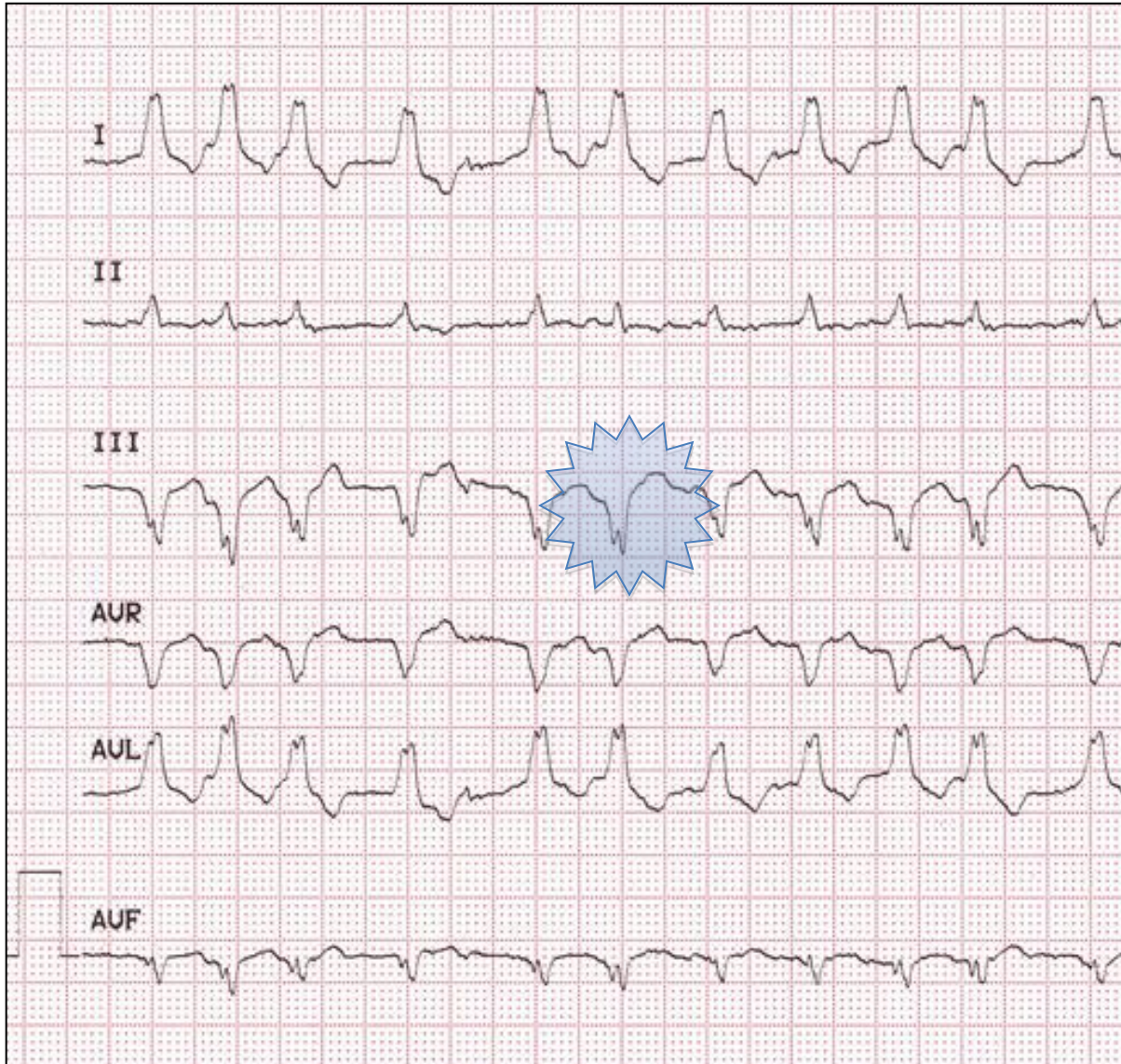


1 – fibrillation auriculaire et BBD

2 – fibrillation auriculaire et BBG

3 – tachycardie ventriculaire

# Séquelle de nécrose en territoire inférieur ?



1 – Vrai

2 – Faux

Séquelle si en DII

→  $Q_{DII} \geq 40$  ms

et  $Q_{VF} \geq 50$  ms

Séquelle si en VF

→  $R_{VF}$  crochetée ou

→  $S_{VF}$  crochetage initial

# Un infarctus antérieur aigu est probable ?

1 – Vrai

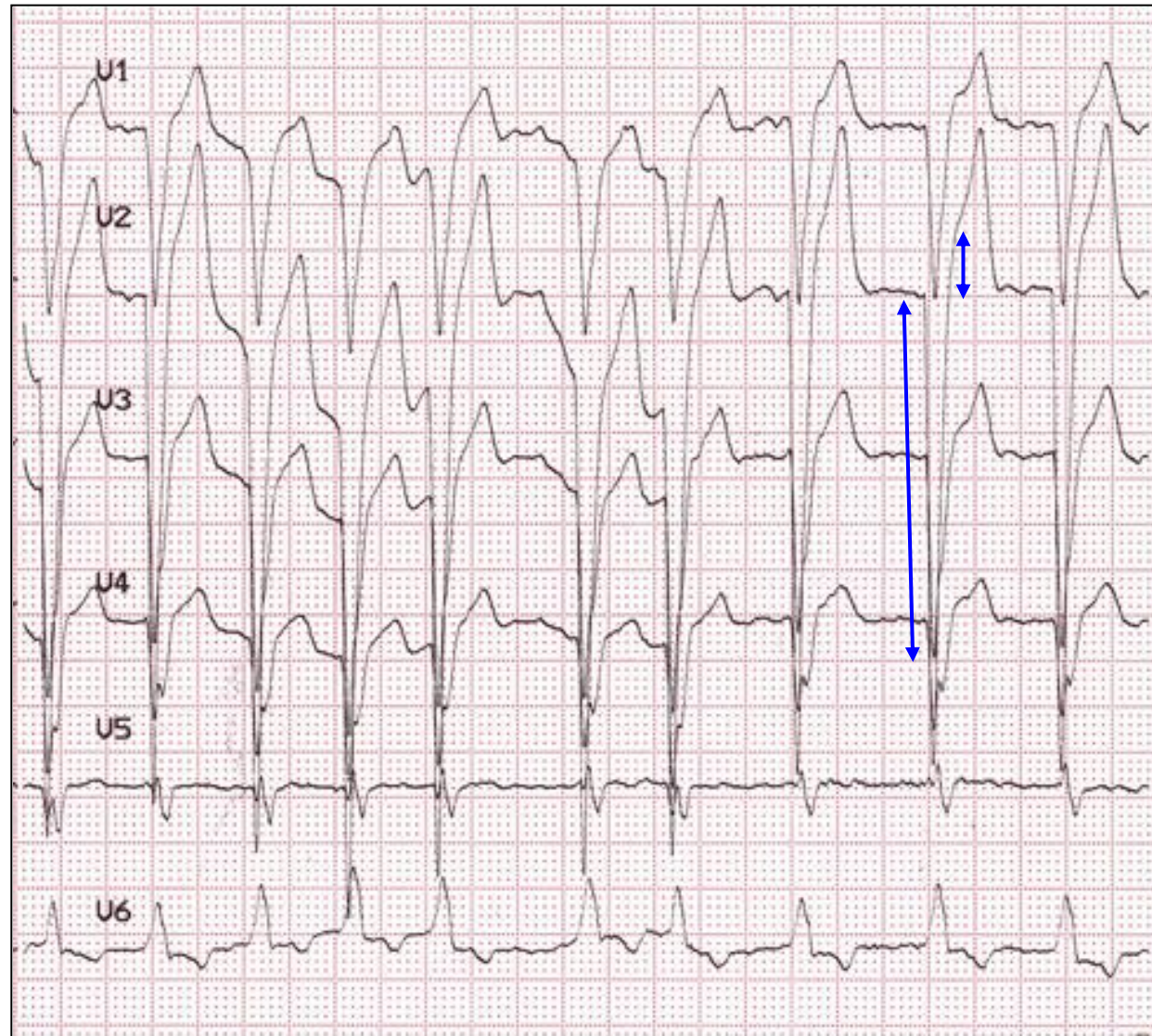
2 – Faux

Infarctus si :

→ discordance inappropriée

- $ST+ > 5 \text{ mm}$  +
- $\text{ratio } ST/S \geq 0,20$  +++

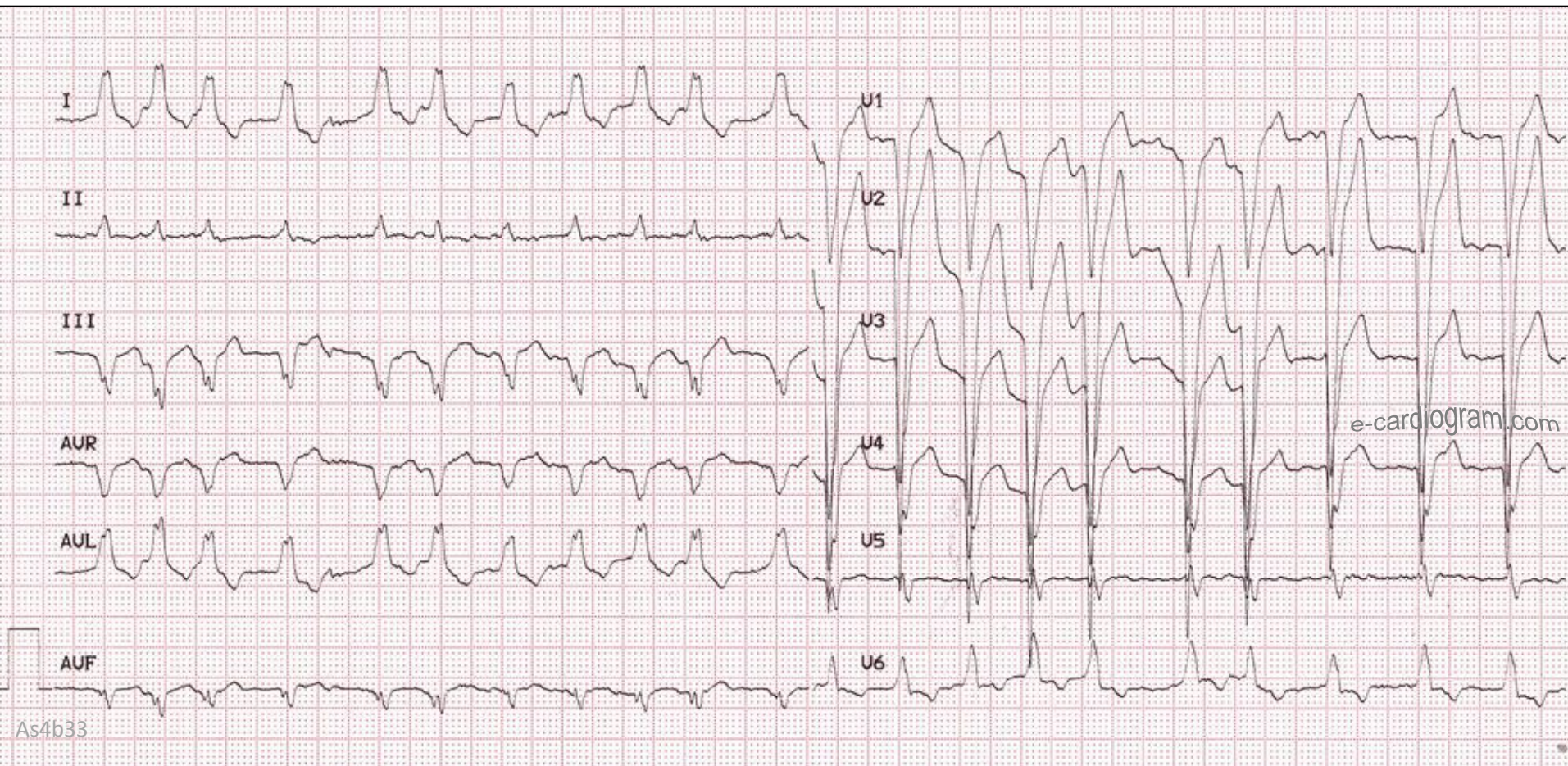
→ ou concordance QRS/ST



en V2 :  $ST+/S = 7/39 = 0,18$

Femme 75 ans malaise et dyspnée assez brutale. HTA traitée.  
L'examen est compatible avec un œdème pulmonaire. Il n'y a pas de  
souffle valvulaire. TAS 110 mm Hg et FC 128/mn.

## Quel(s) traitement(s) dans les premières heures ?



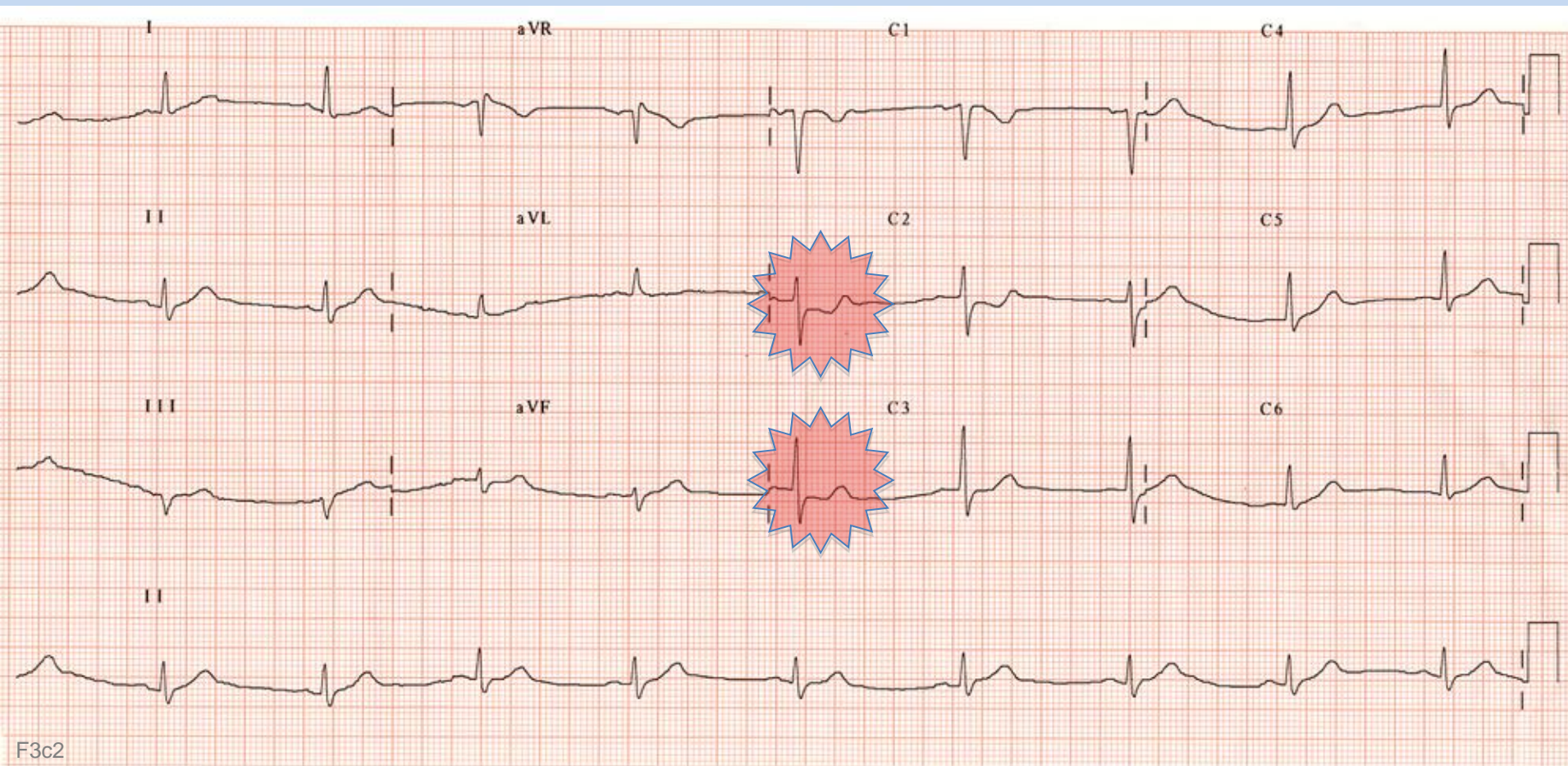
1 - furosémide/trinitrine/oxygène  
3 - digitalique IV

2 - héparinothérapie efficace (HBPM)  
4 - amiodarone IV

# 2<sup>ème</sup> cas clinique

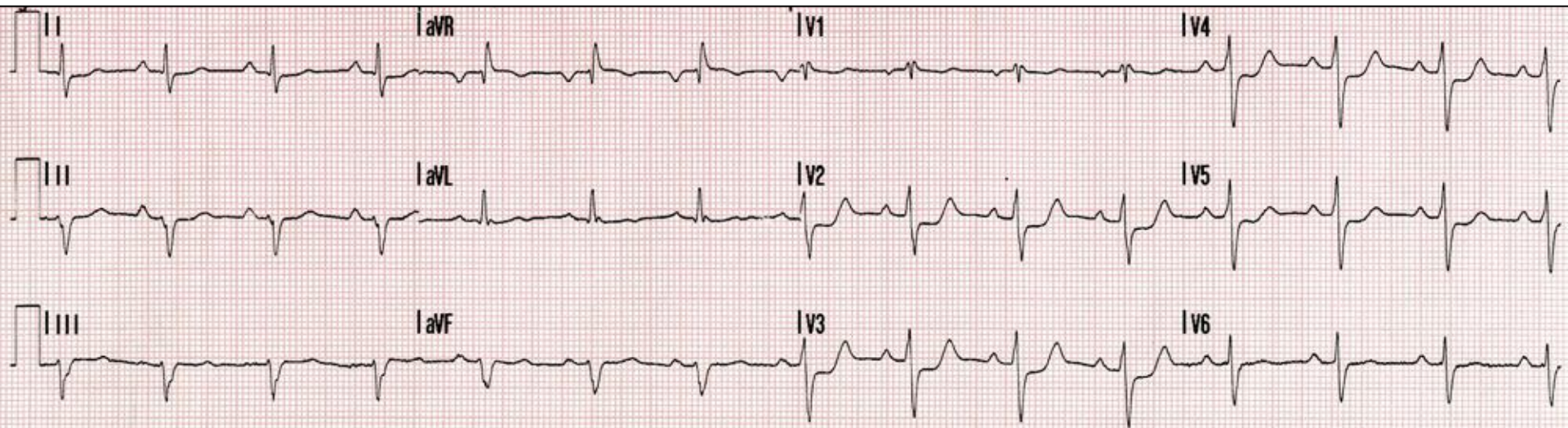
Voici l'ECG d'un homme de 55 ans qui consulte pour une « gêne thoracique » persistante. Examen normal, pas d'anomalie des constantes

## ECG évocateur de SCA



**1 – Vrai** : tout ST < 0 en V1-V3 est évocateur d'ischémie coronaire

# SCA à traiter comme un **SCA ST + ?**

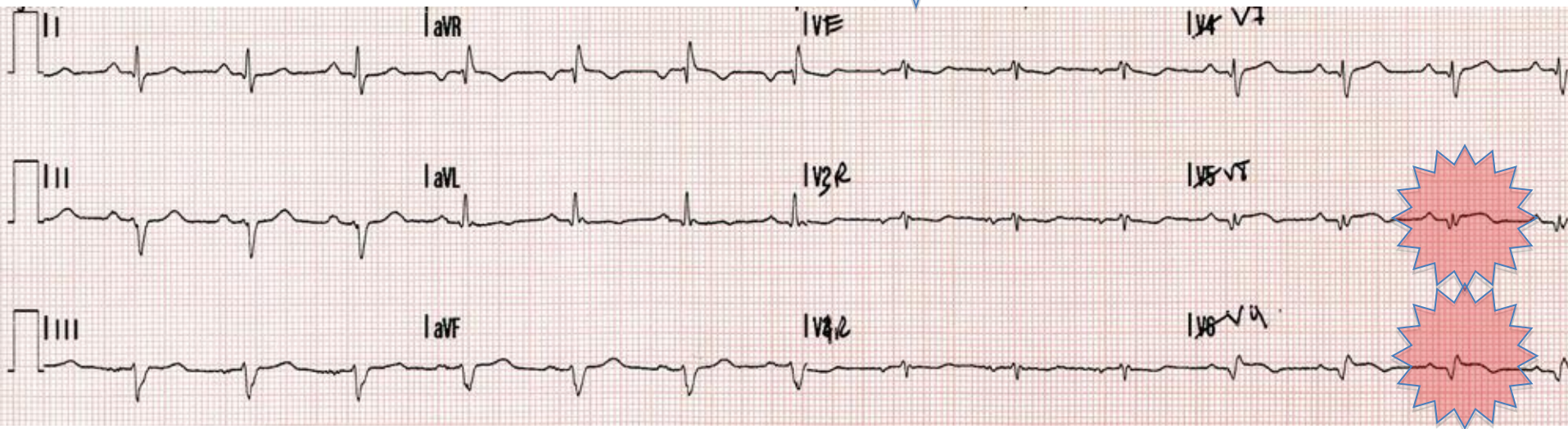
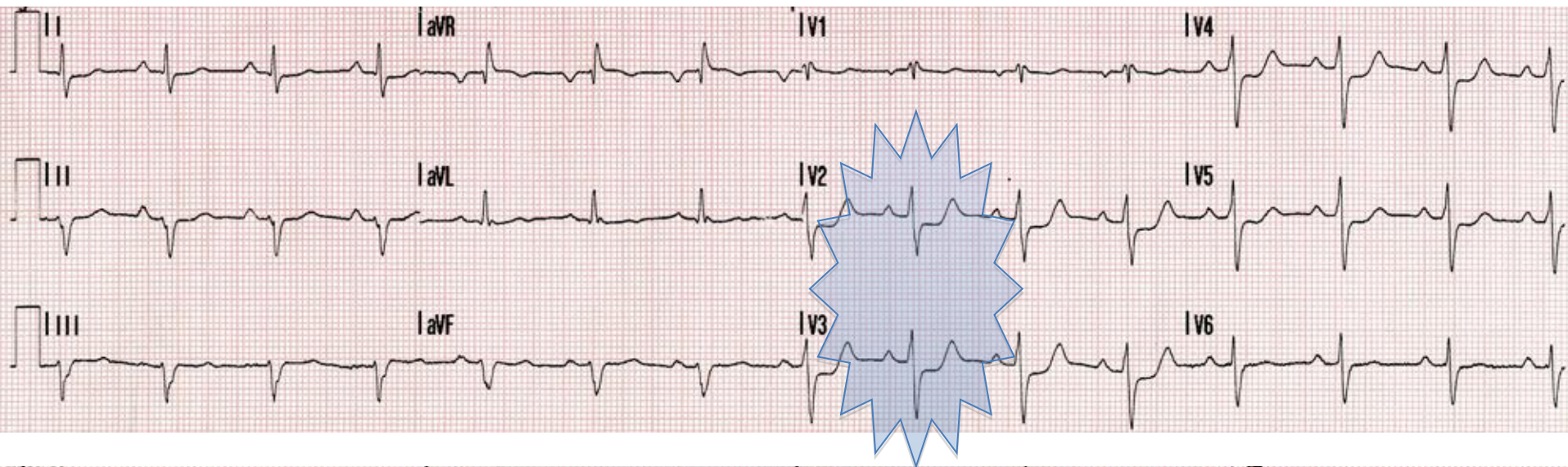


Co3c7

1 - Vrai

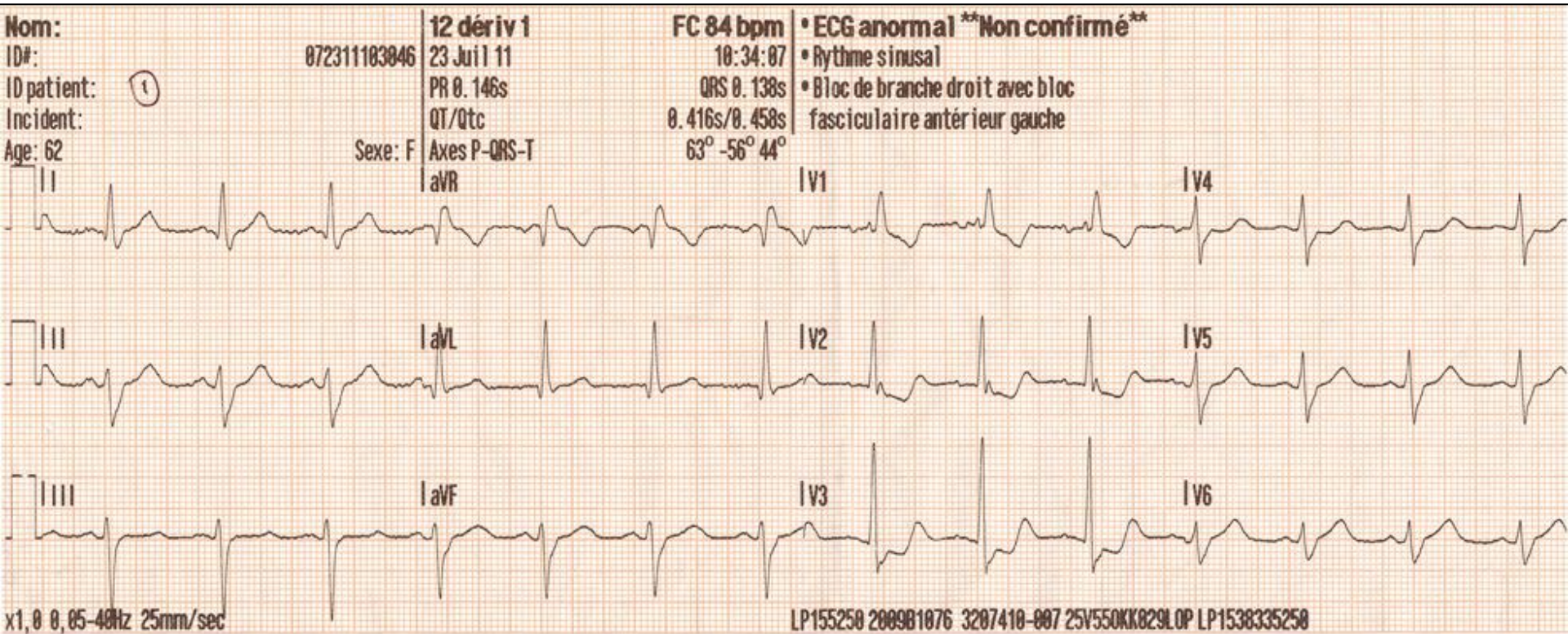
2 - Faux

# SCA ST+ territoire basal



1 – Vrai : tout ST  $\leq$  1 mm en V1-V3 est évocateur d'infarctus basal

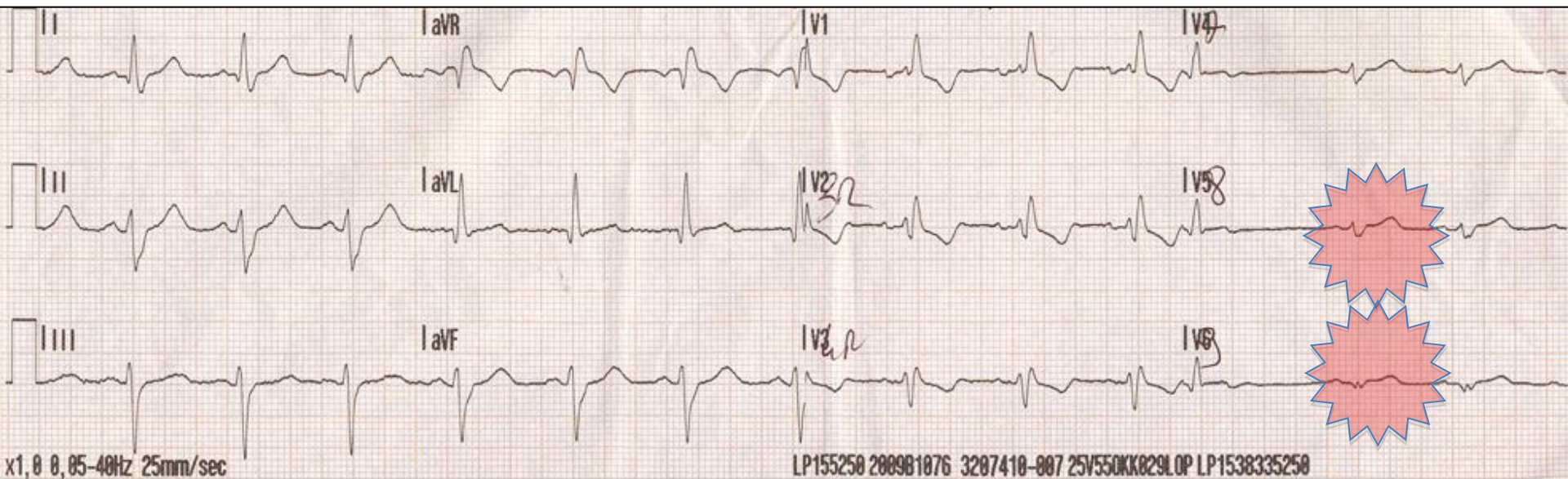
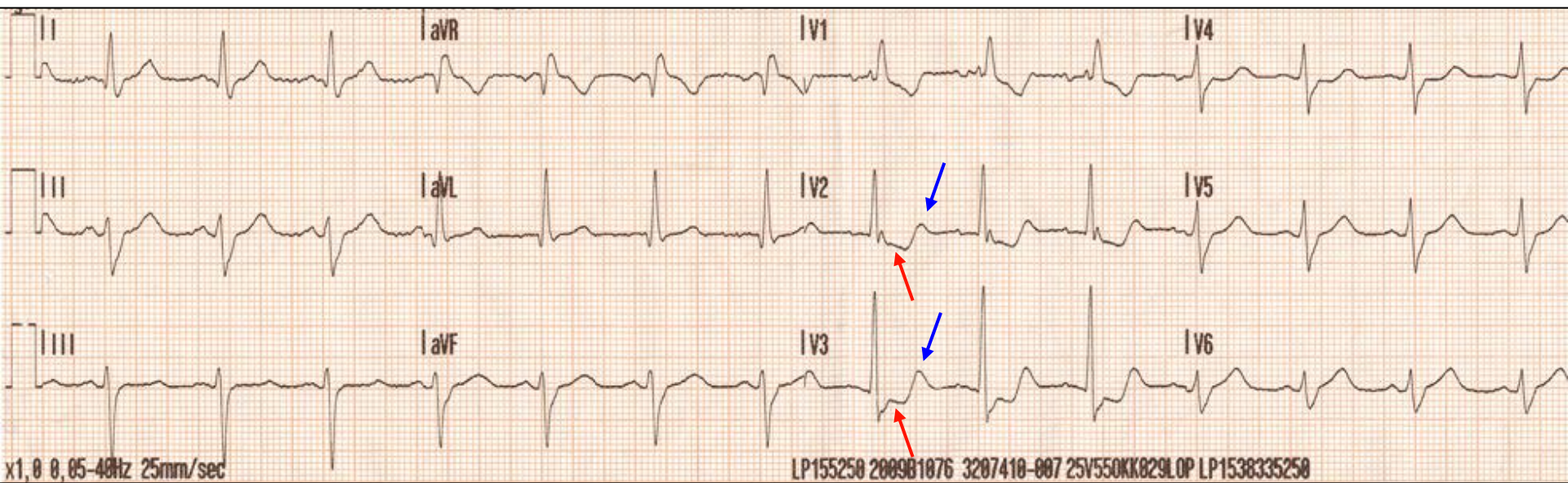
# SCA à traiter comme un SCA ST+ ?



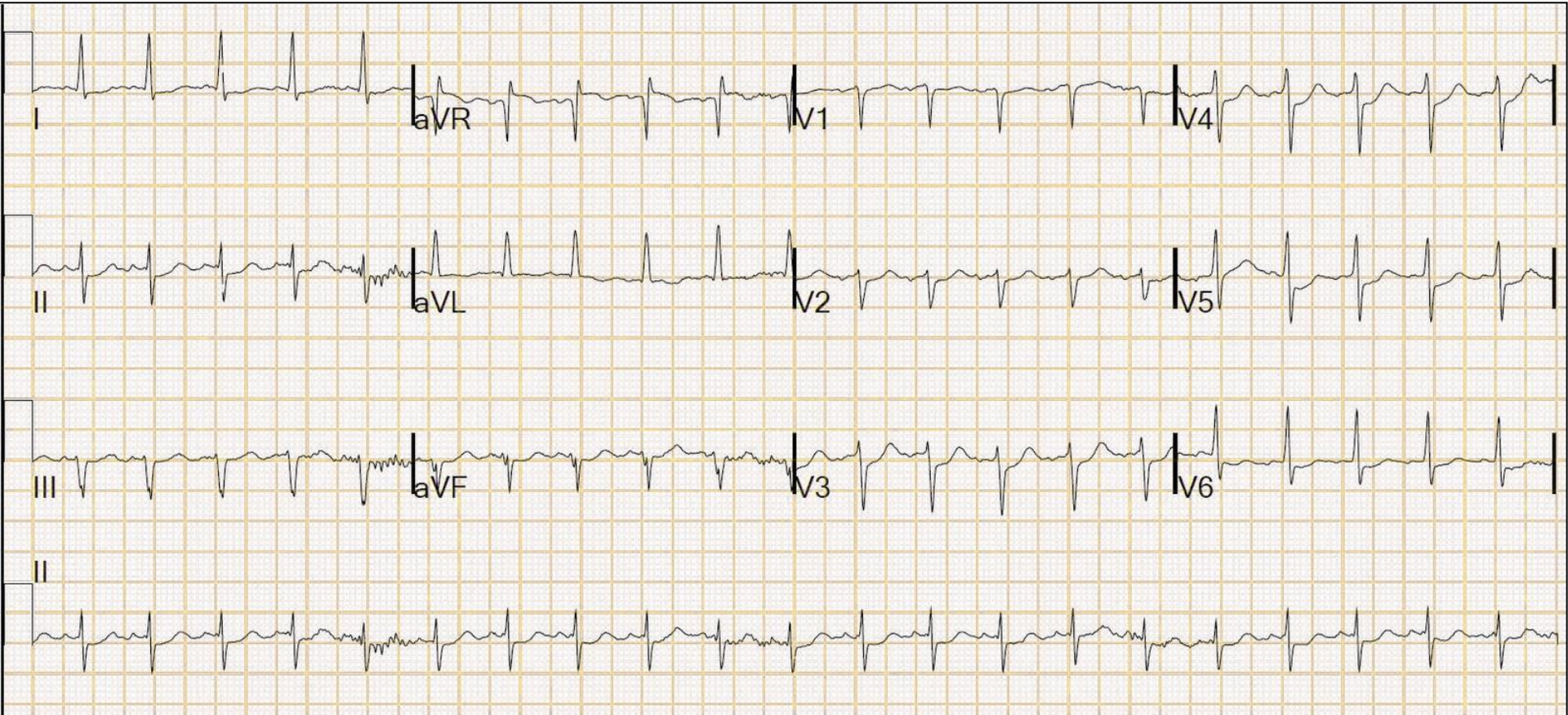
1 - Vrai

2 - Faux

# SCA ST + territoire basal



# SCA en rapport avec un infarctus territoire basal ?

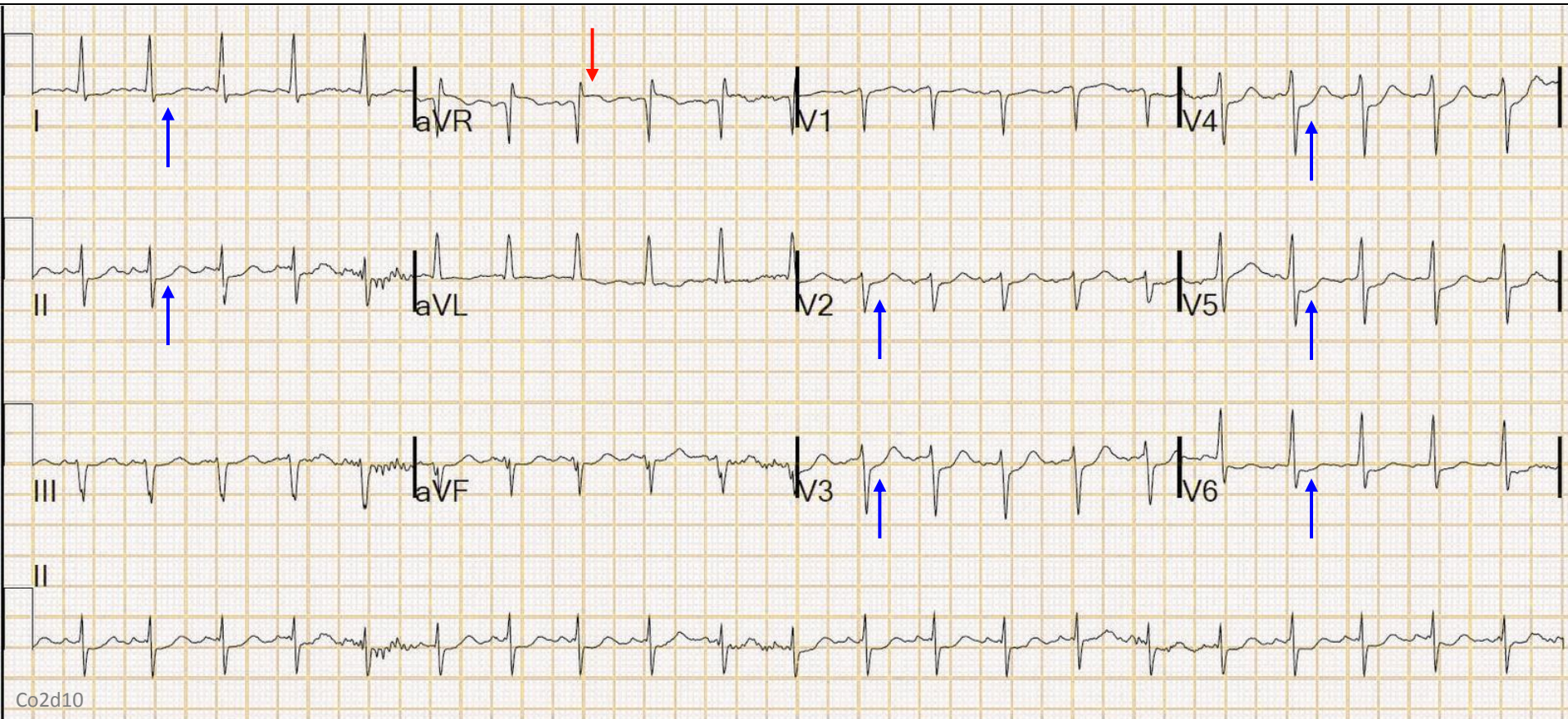


Co2d10

1 - Vrai

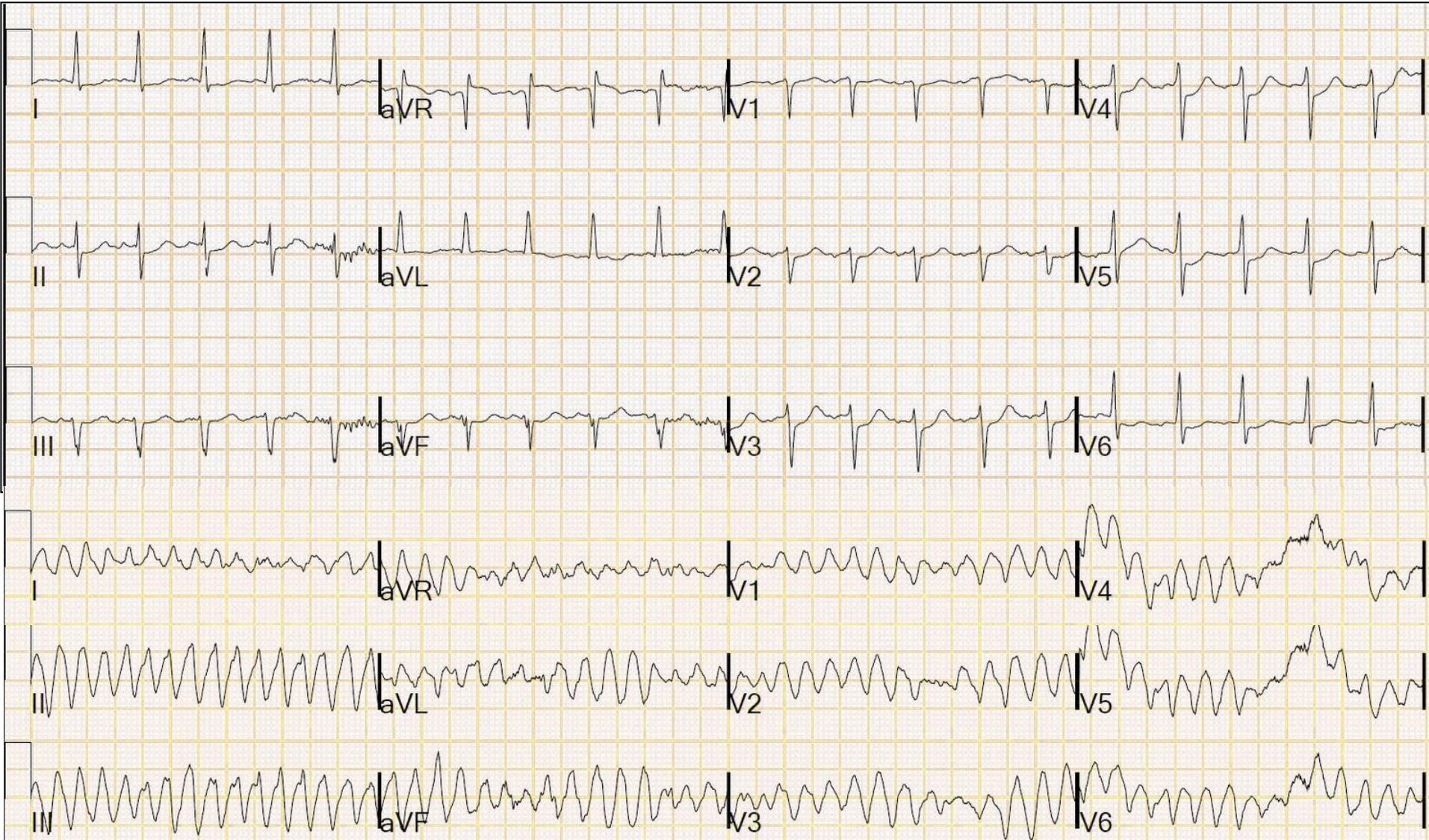
2 - Faux

# SCA équivalent ST+ territoire antérieur (tronc commun)



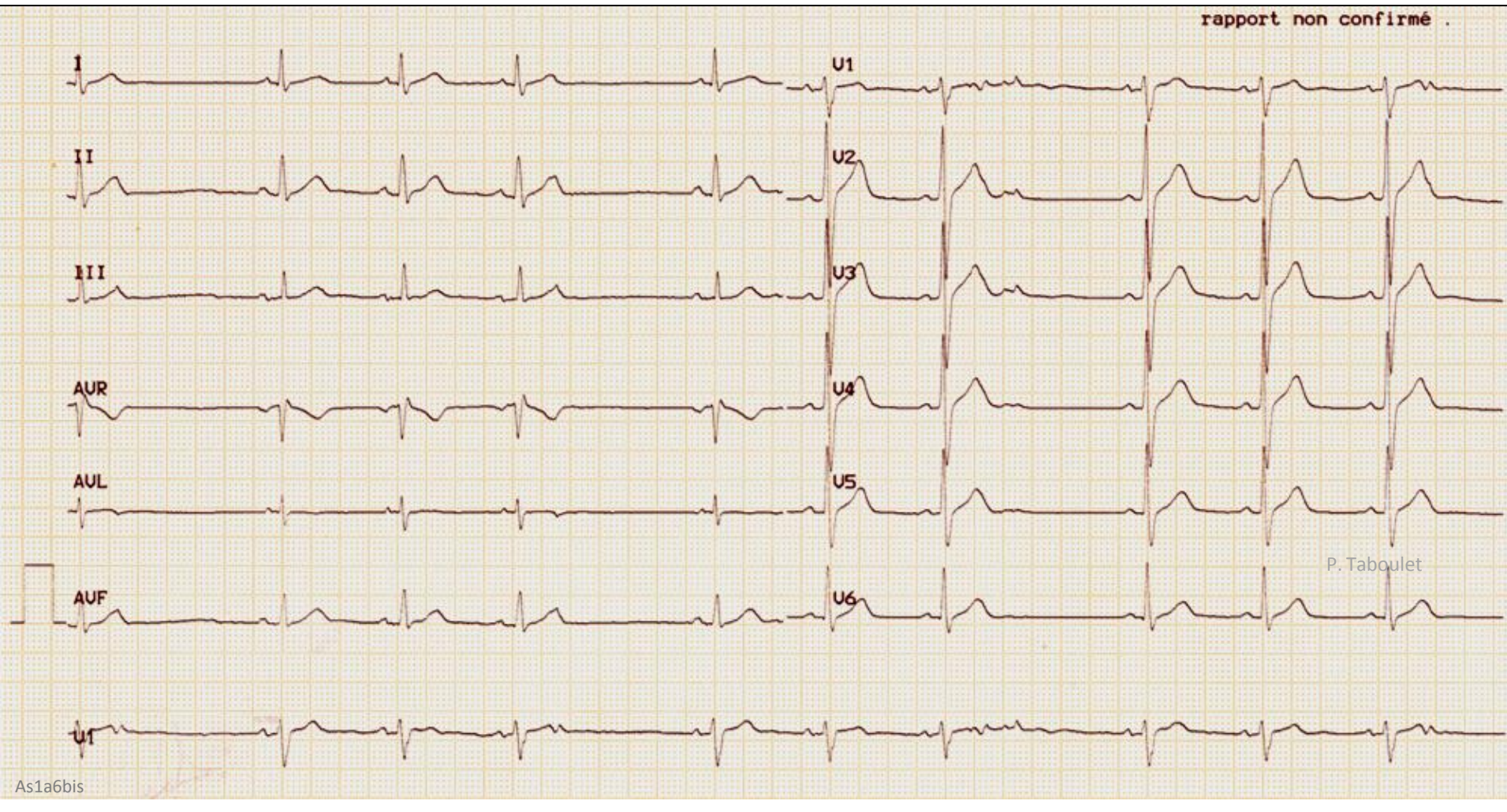
2 – Faux : ST- diffus avec ST+ aVR : tritronculaire ou TC

# SCA équivalent ST+ territoire antérieur (tronc commun)



# 3<sup>ème</sup> cas clinique

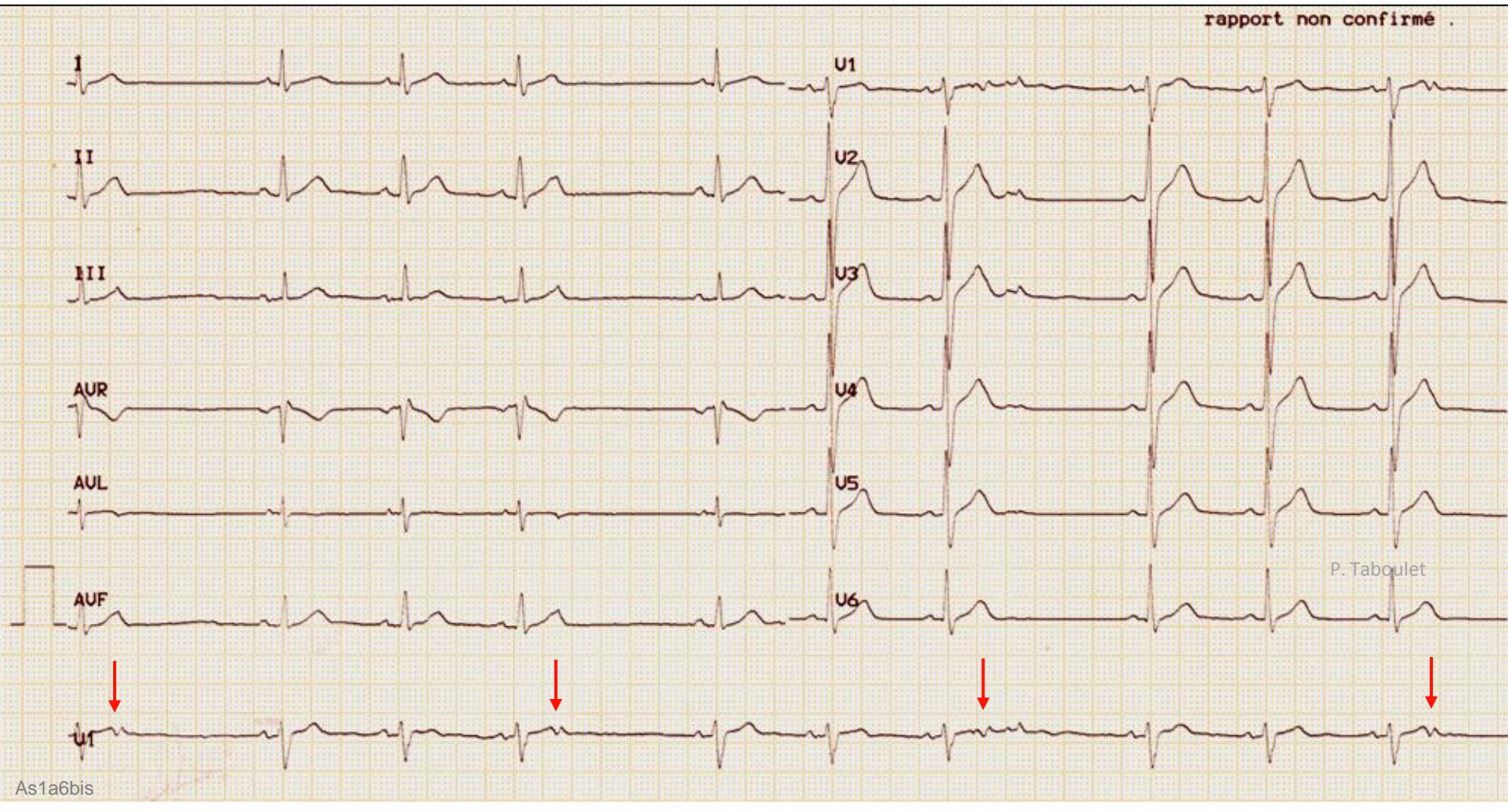
# Ce patient a un **bloc AV type I (LW)** ?



1 - Vrai

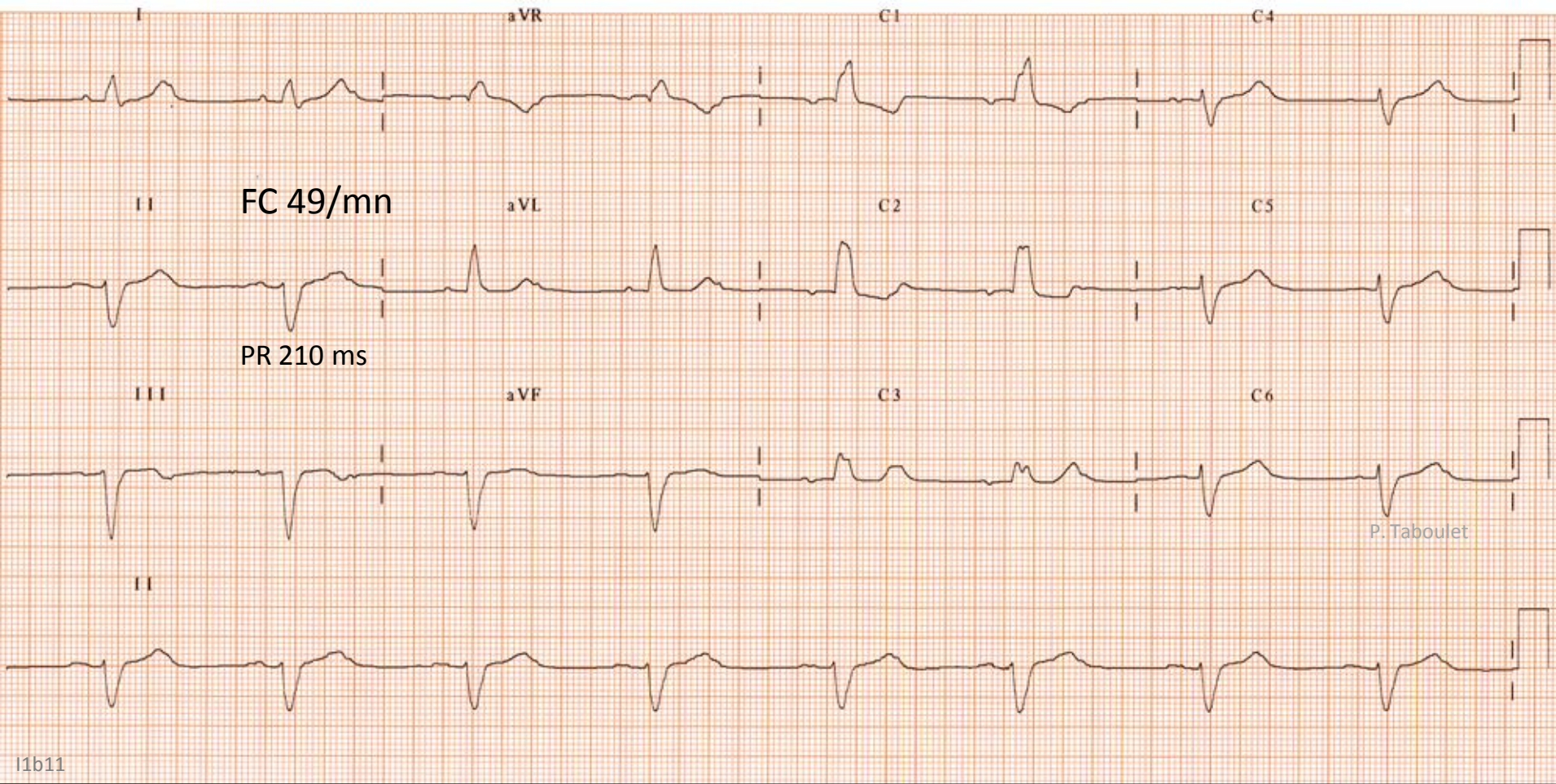
2 - Faux

# Extrasystoles auriculaires bloquées (pseudo-bloc)



2 – Faux : rythme sinusal avec ESA trigéminées

# Ce patient a un **bloc AV dangereux** ?

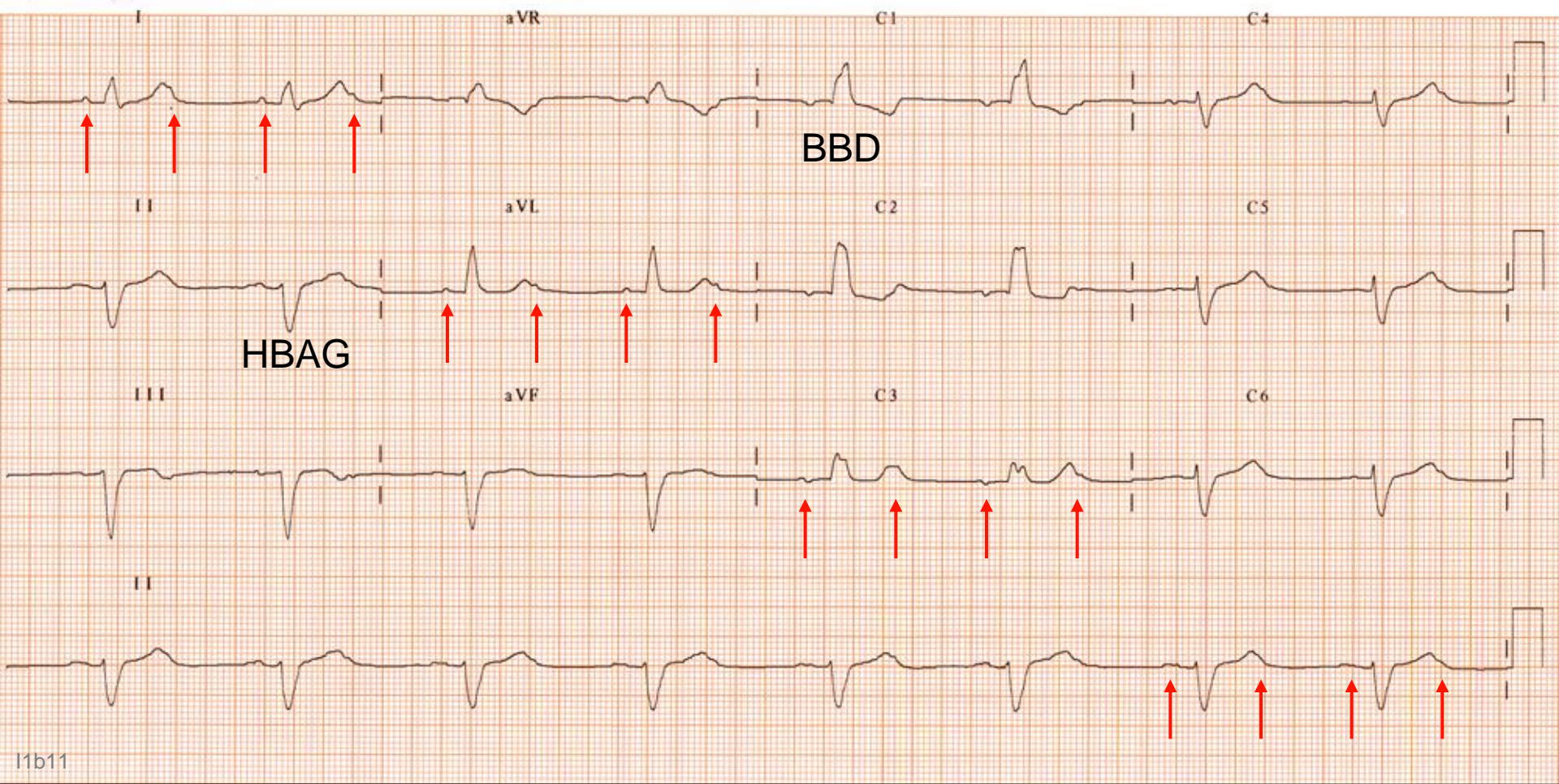


1 - Vrai

2 - Faux

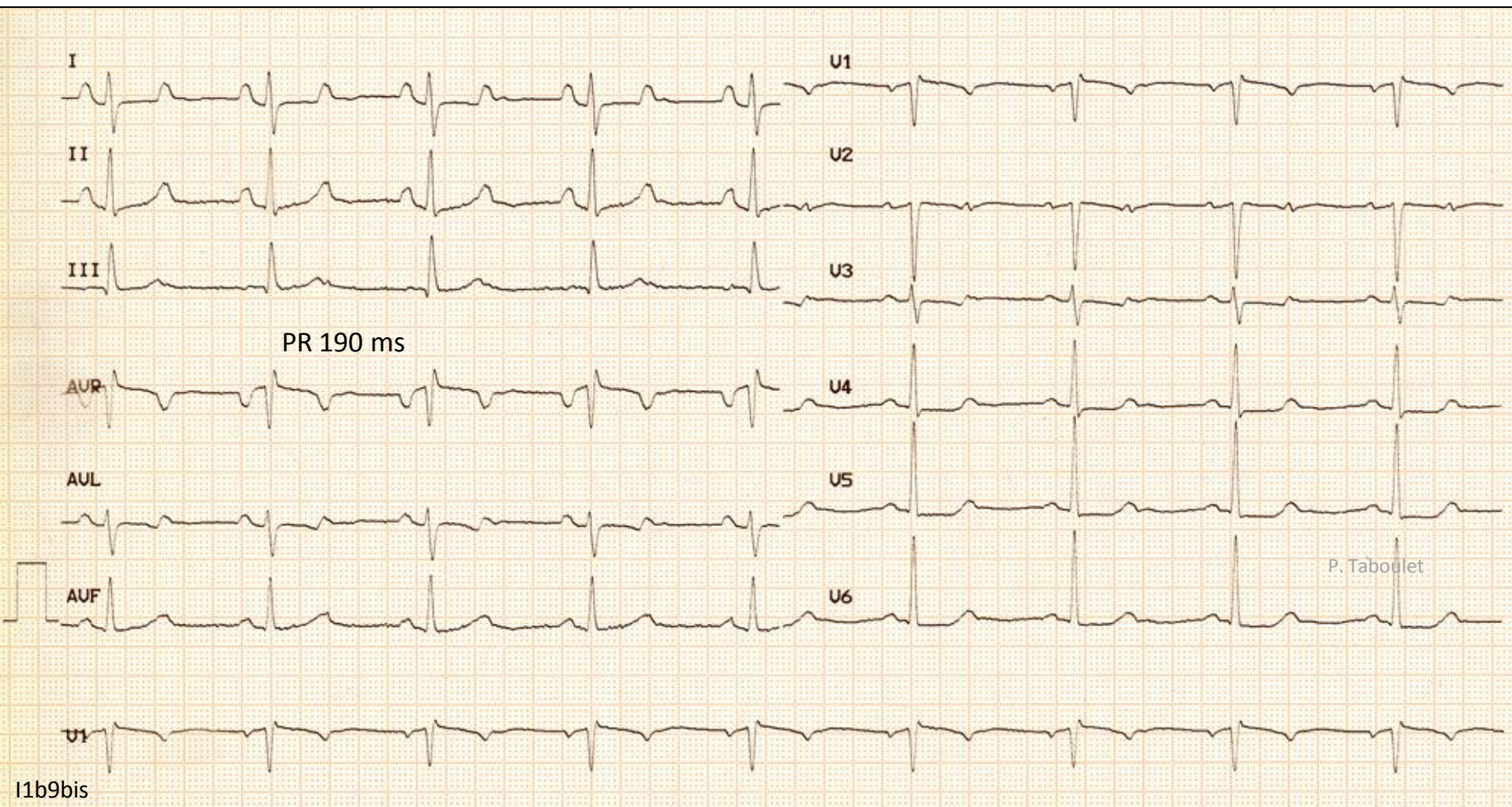
FC 49  
 PR 217  
 QRSD 156  
 QT 498  
 QTc 450  
 --Axe--  
 P 21  
 QRS -76  
 T 19

# bloc AV 2<sup>ème</sup> degré type II (Mobitz II)



1 – Vrai : bloc bifasciculaire et bradycardie : chercher 2 ondes P

# Ce patient a un **bloc AV** ?



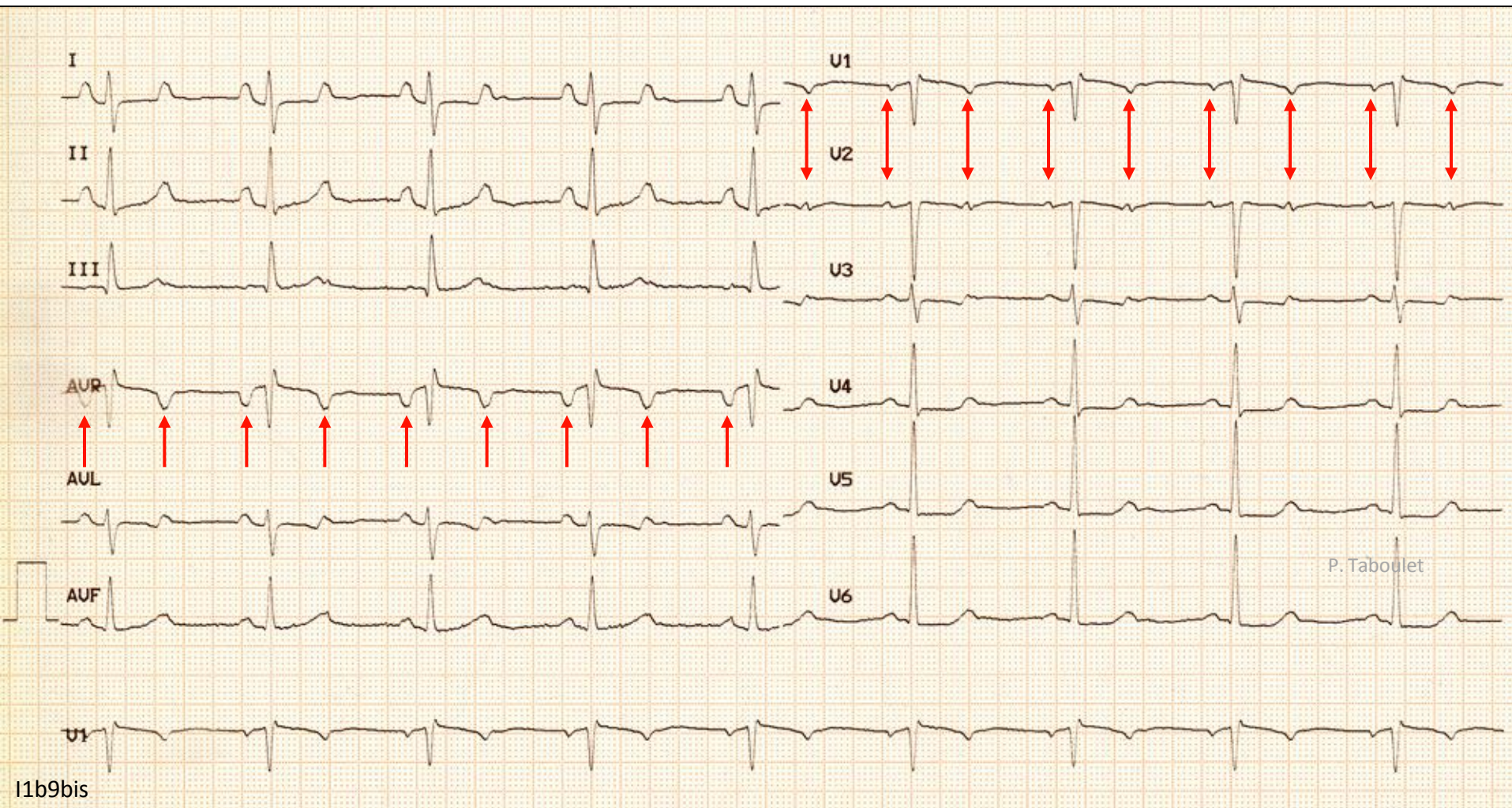
1 - Non

3 - 2ème degré Type II (M)

2 - 2ème degré Type I (LW)

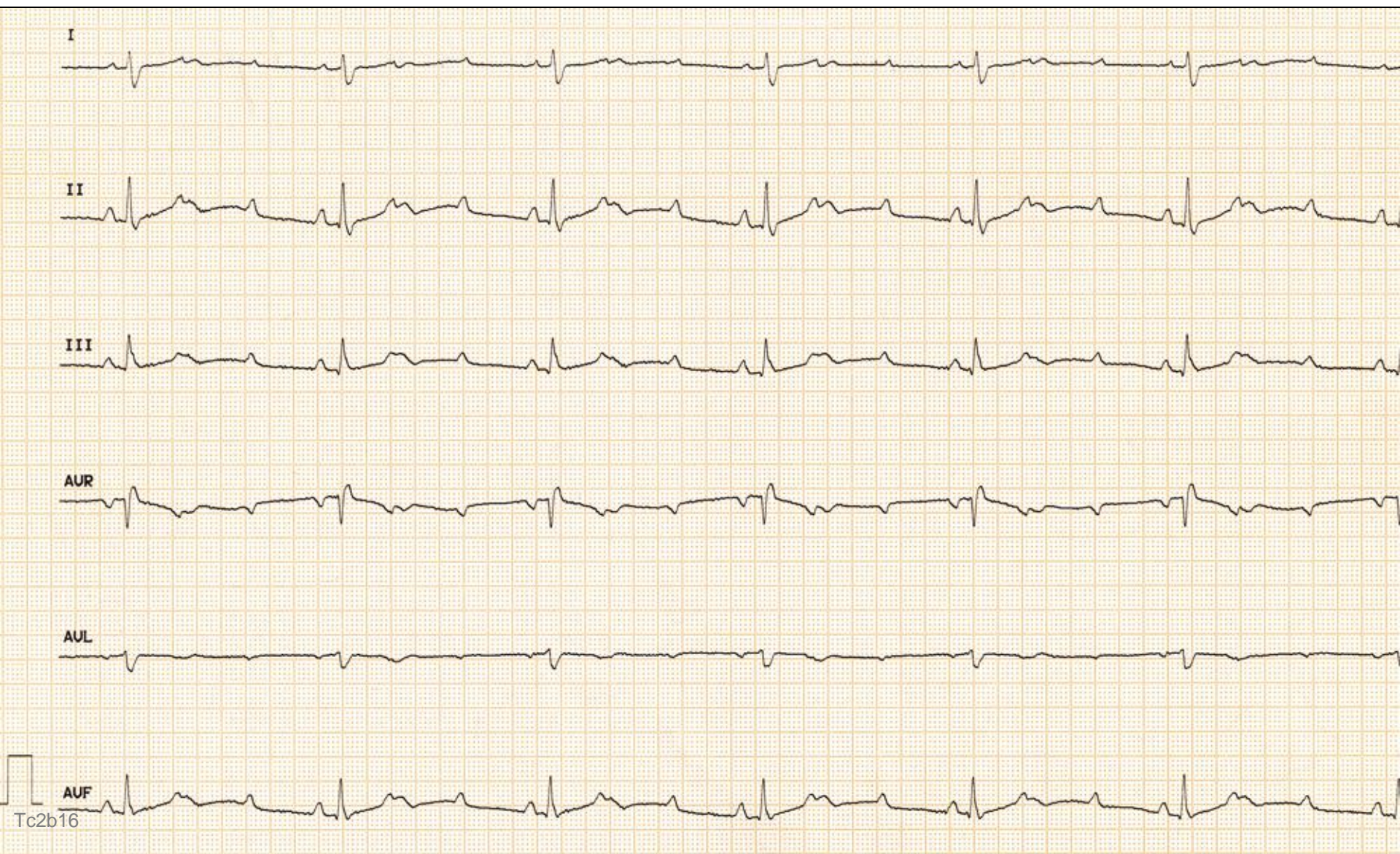
4 - 2ème degré indéterminé (2/1)

# **bloc AV : 2<sup>ème</sup> degré indéterminé (2/1)**



**4 – 2<sup>ème</sup> degré indéterminé** : QRS fins donc intranodal (LW) >> infranodal (M)

# Ce patient a un **bloc AV** ?

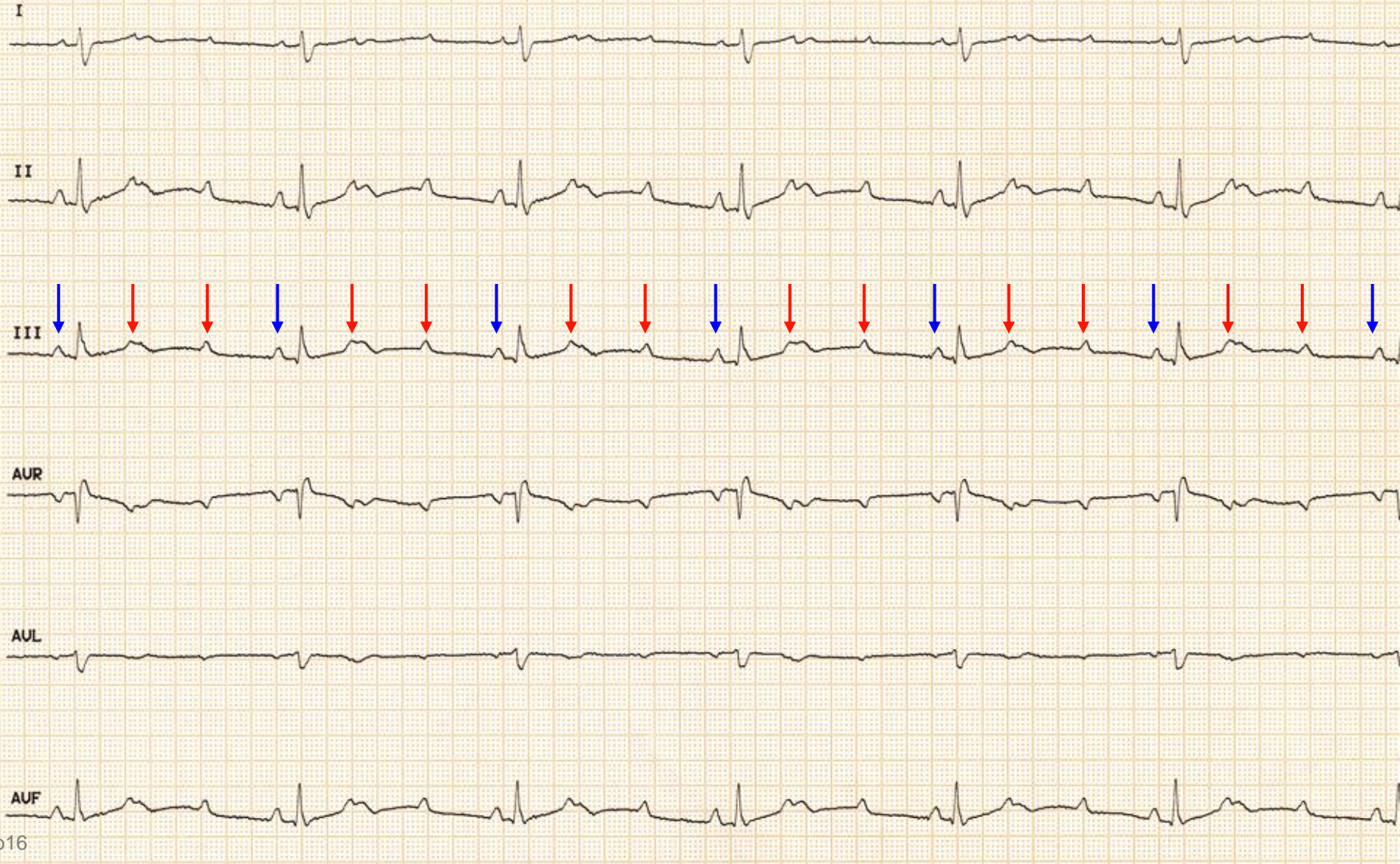


1 - 2ème degré Type I (LW)

2 - 2ème degré Type II (M)

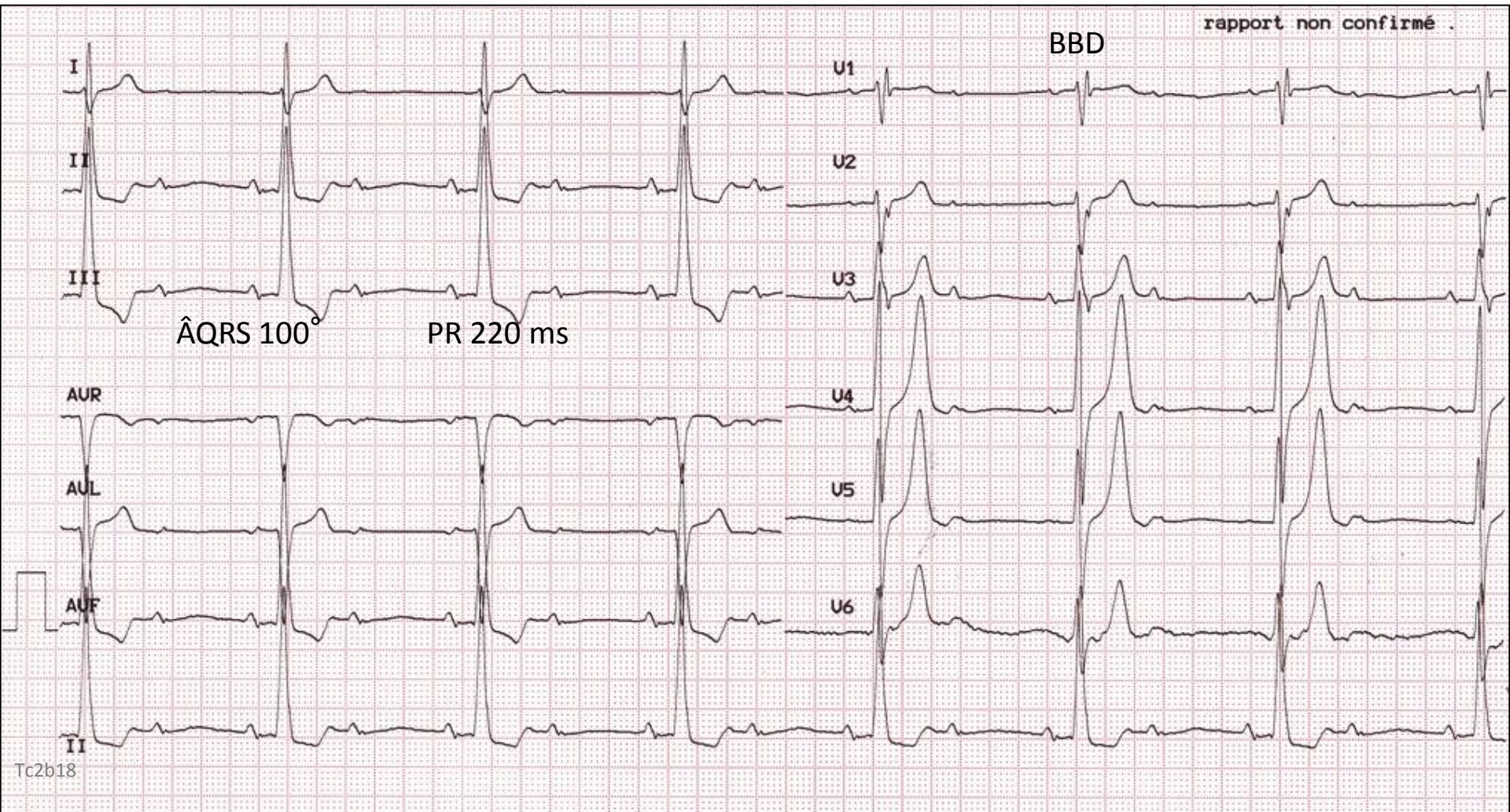
3 - Haut degré

# bloc AV : haut degré



3 – Haut degré (entre 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> degré) : 2 ondes P bloquées consécutives

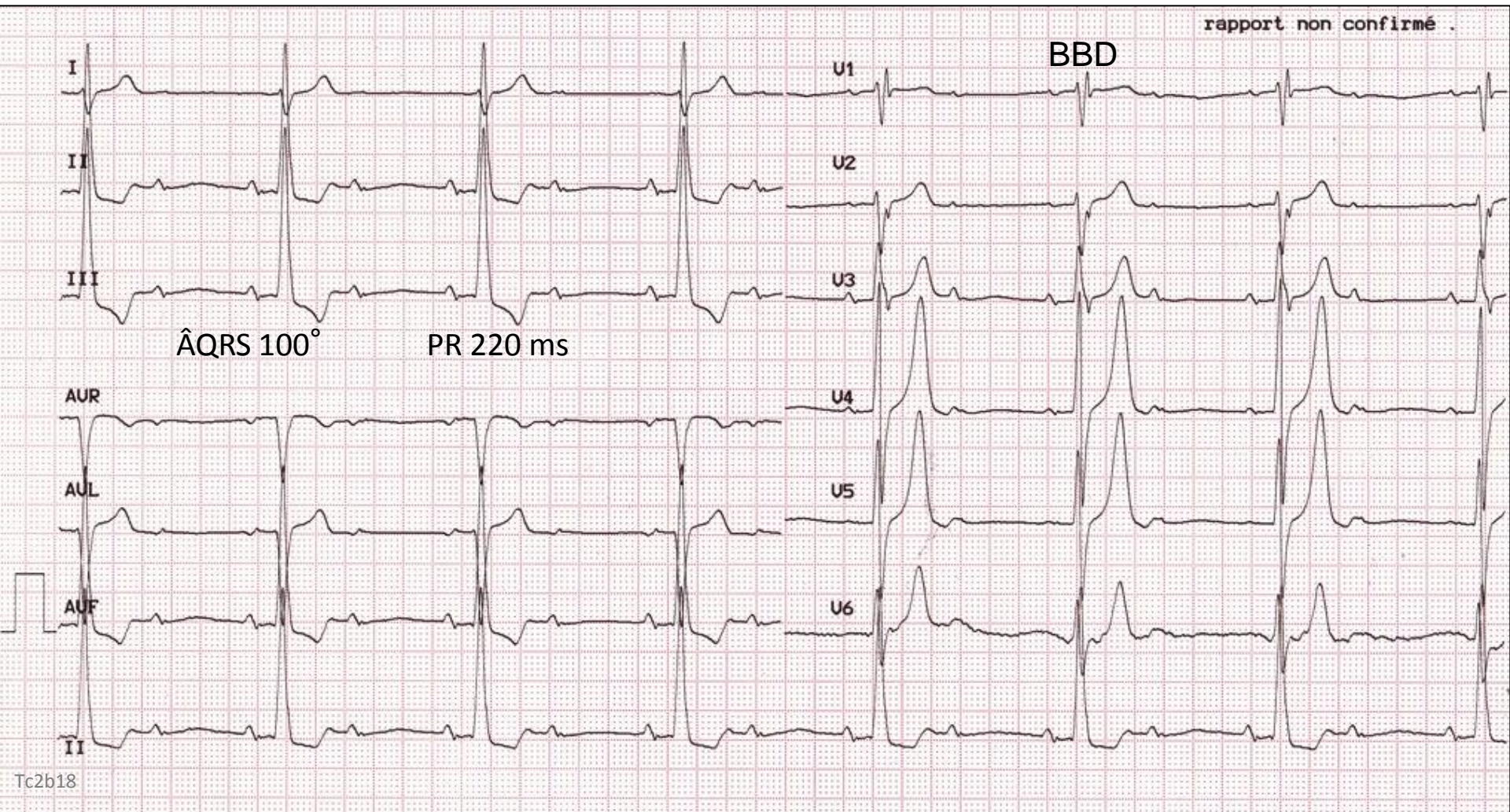
# L'isoprénaline peut ralentir la FC ?



1 - Vrai

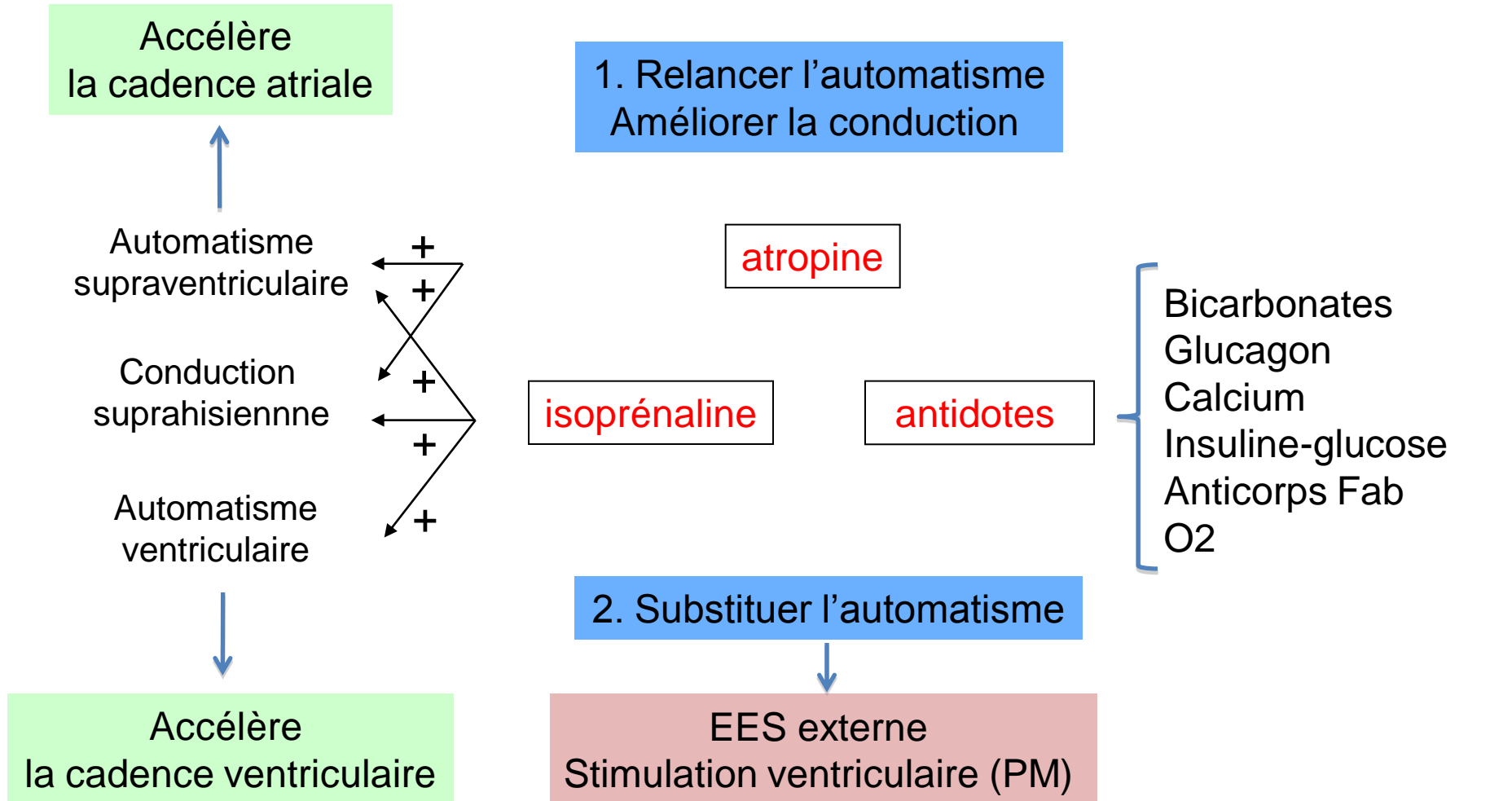
2 - Faux

# Bloc infranodal : pas de récepteurs $\Sigma$ ou $P\Sigma$ tissu nodal



**1 – Vrai** : ni l'atropine ni l'isoprénaline n'améliorent la conduction IV infranodal; ce bloc peut s'aggraver si les influx SV sont plus nombreux (bloc fréquence-dépendant)

# Traitement d'un BSA/BAV mal toléré



atropine 0,5 mg jusqu'à 3 mg IV  
isoprénaline 5 ou adrénaline 2 à 10 mcg/min

1. atropine et isoprénaline peuvent améliorer automatisme sinusal et jonctionnel et conduction suprahisienne
2. isoprénaline peut accélérer un automatisme ventriculaire (rythme d'échappement) en cas de BAV complet