

Syndrome coronaire aigu à haut risque

High-Risk Acute Coronary Syndrome

I. Demarle · E. Dupire · M. Jourdain

Reçu le 6 janvier 2021 ; accepté le 19 avril 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

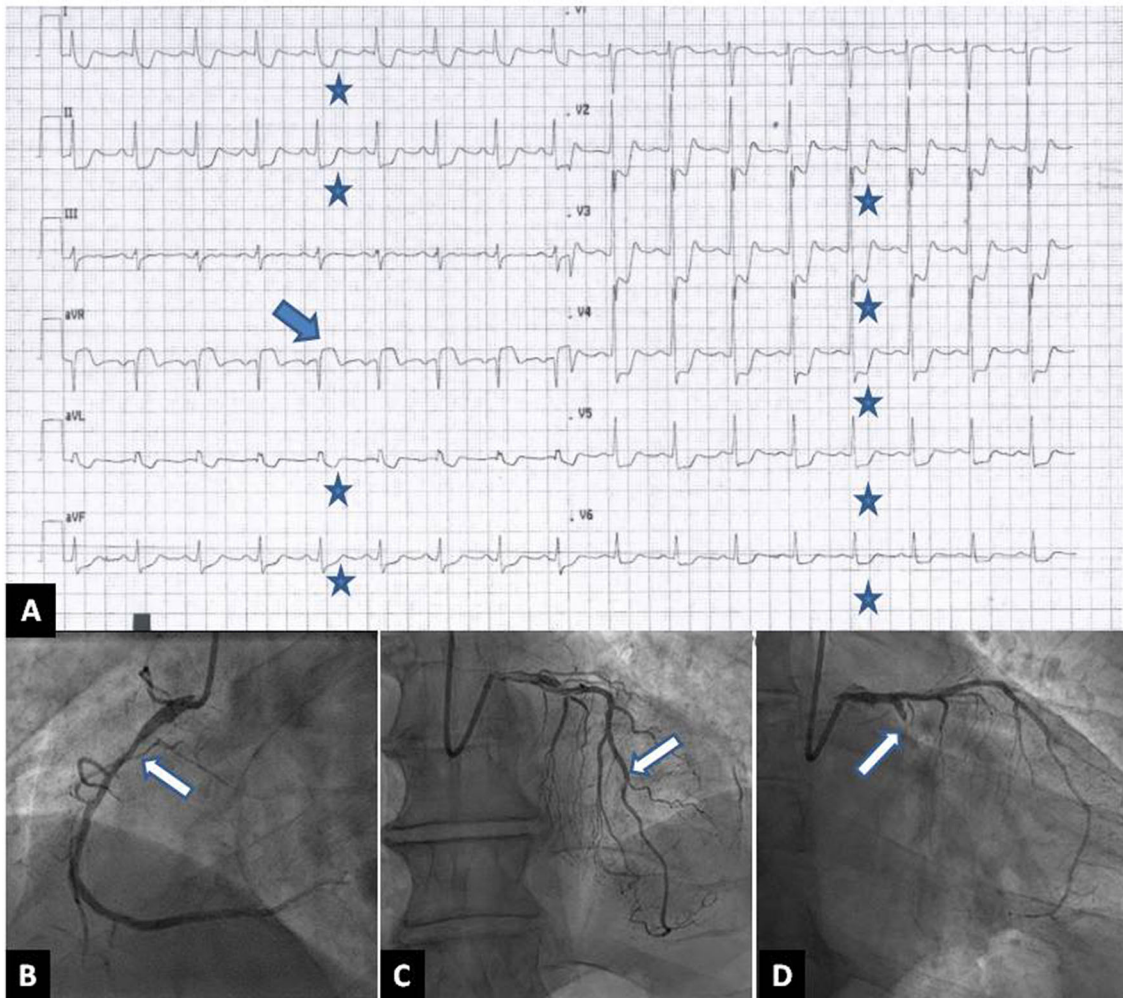


Fig. 1 A. ECG 12 dérivation montrant un sus-décalage du segment ST en aVR (flèche) associé à un important sous-décalage de V2 à V6, DI, DII, aVL et aVF (étoiles). B. Angiocoronarographie mettant en évidence une lésion de la coronaire droite proximale (flèche). C. Angiocoronarographie mettant en évidence une lésion de l'IVA moyenne (flèche). D. Angiocoronarographie mettant en évidence une thrombose proximale de l'artère circonflexe (flèche)

I. Demarle · E. Dupire · M. Jourdain (✉)
Service des urgences et SMUR,
hôpital Jean-Bernard, centre hospitalier de Valenciennes,
avenue Désandrouin, F-59322 Valenciennes cedex, France
e-mail : mat_jourdain@hotmail.com

Un homme de 58 ans sans facteur de risque cardiovasculaire connu s'est présenté aux urgences pour une douleur médiothoracique oppressive, sans irradiation, ayant débuté trois heures auparavant. La pression artérielle était mesurée à 109/67 mmHg, la fréquence cardiaque à 72/min, la fréquence respiratoire à 18 cycles/min, et la saturation transcutanée était à 96 % en air ambiant. Un ECG était réalisé à l'accueil des urgences (Fig. 1A) : il mettait en évidence un sus-décalage du segment ST en aVR (flèche) associé à un sous-décalage significatif dans neuf autres dérivations (V2 à V6, DI, DII, aVL et aVF) [étoiles]. Les dérivations droites et postérieures étaient normales. Le patient était très rapidement amené en salle de coronarographie sous surveillance télémétrique et après avoir reçu un traitement antiplaquettaire (aspirine) et anticoagulant (énoxaparine) complété par une dose de charge de ticagrélor pendant la procédure. La coronarographie retrouvait des lésions tritronculaires (Fig. 1BC) et une occlusion aiguë de l'artère circonflexe (Fig. 1D) qui bénéficieront de la pose d'un stent permettant une régression de la douleur et des troubles de repolarisation initialement visibles à l'ECG. Concernant les autres lésions, une décision médicochirurgicale était prise en semi-urgence

s'orientant vers la réalisation de pontages aortocoronaires. Nous présentons ici un ECG typique de lésions coronaires sévères : la présence d'un sus-décalage en aVR ou V1 associé à au moins six sous-décalages supérieurs à 1 mm dans les autres dérivations correspond à une atteinte multitrunculaire ou une occlusion proximale de l'interventriculaire antérieure (IVA) [1]. L'intérêt de la dérivation aVR, souvent négligée, a été documenté dans l'infarctus avec sus-décalage du segment ST (SCAST+) [2]. La découverte de ces anomalies électriques correspond donc bien à un SCAST+ qui doit conduire à la réalisation en urgence d'une coronarographie.

Références

1. Ibanez B, James S, Agewell S, et al (2017) 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 39:119–77
2. Wong CK, Gao W, Stewart AD, et al (2010) HERO 2 Investigators. aVR ST-elevation an important but neglected sign in ST-elevation acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 31:1845–52