

L'artère circonflexe est occluse !

The left circumflex artery is occluded

P. Taboulet · A. Braganca

Reçu le 3 mars 2013 ; accepté le 18 mars 2013
© SFMU et Springer-Verlag France 2013

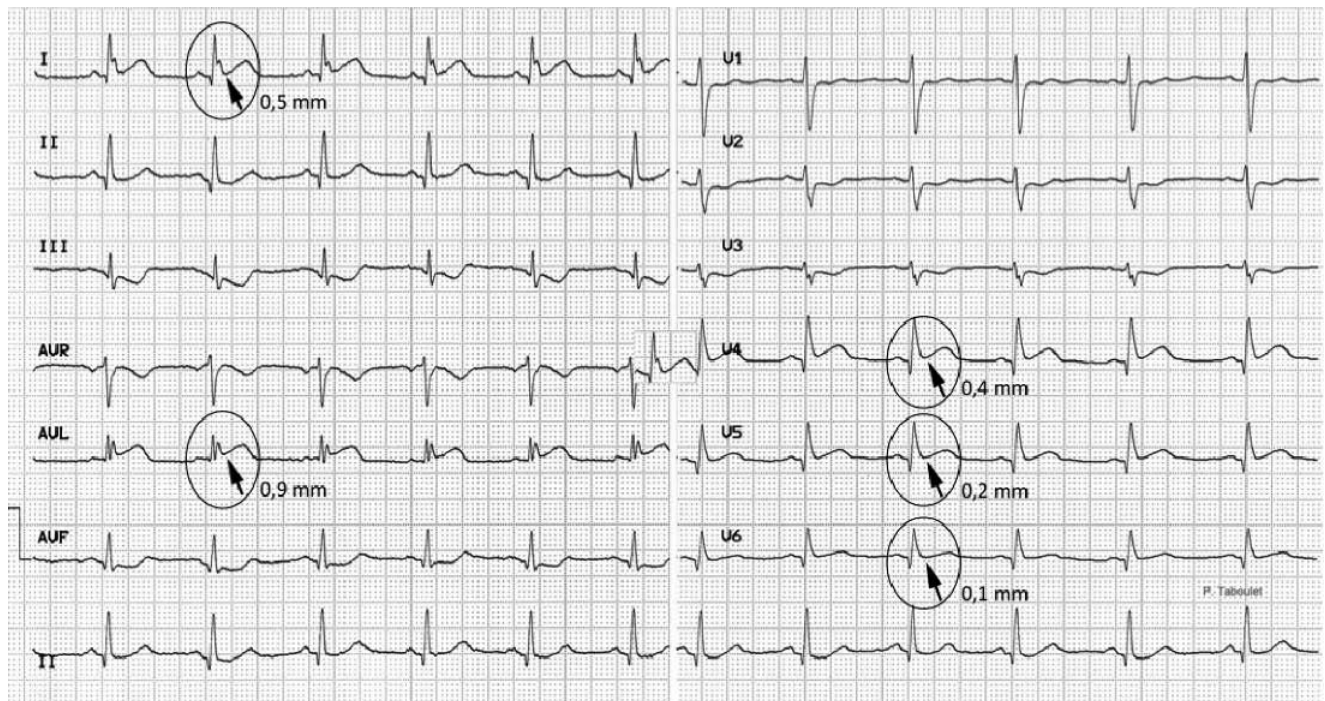


Fig. 1 Infarctus latéral en cours. L'ECG inscrit un sus-décalage de ST ≤ 1 mm en DI-VL et V4-V6 (flèches noires), un miroir septal et inférieur, une ébauche d'onde Q de V4 à V6 et enfin des QRS fragmentés (V2-V3, DI-VL)

Un homme de 70 ans consulte aux urgences une heure après le début d'une douleur dorsale médiane. Il rapporte plusieurs épisodes similaires, de durée 45 min environ depuis cinq jours. Le premier ECG, et les suivants, inscrivent des anomalies de la repolarisation, mais aucune n'atteint le seuil qui définit un infarctus avec sus-décalage de ST selon la définition académique universelle de l'infarctus. En effet, il existe en territoire latéral une ascension du point J, mais le sus-décalage n'atteint pas 1 mm dans deux dérivations concordantes

(maximum 1 mm en VL). Il existe un minime miroir en territoires inférieur et septal. Les ondes Q et les QRS fragmentés permettent d'évoquer une nécrose en formation (Fig. 1) et de retenir le diagnostic de syndrome coronarien aigu avec équivalent ST+. La coronarographie révèle une occlusion complète de l'artère circonflexe. Cet exemple nous rappelle que l'occlusion de l'artère circonflexe ne s'accompagne d'un sus-décalage « académique » de ST qu'une fois sur deux [1].

P. Taboulet (✉) · A. Braganca
Hôpital Saint-Louis, Assistance publique-hôpitaux de Paris,
service des urgences, 1, avenue Claude Vellefaux,
F-75010, Paris, France
e-mail : pierre.taboulet@sls.aphp.fr

Références

1. From AM, Best PJ, Lennon RJ, et al (2010) Acute myocardial infarction due to left circumflex artery occlusion and significance of ST-segment elevation. *Am J Cardiol* 106:1081–5