

Infarctus inférieur aigu: quelle artère faut-il dilater?

Jürg Schläpfer

Service of Cardiology, CHUV, Lausanne

Description du cas

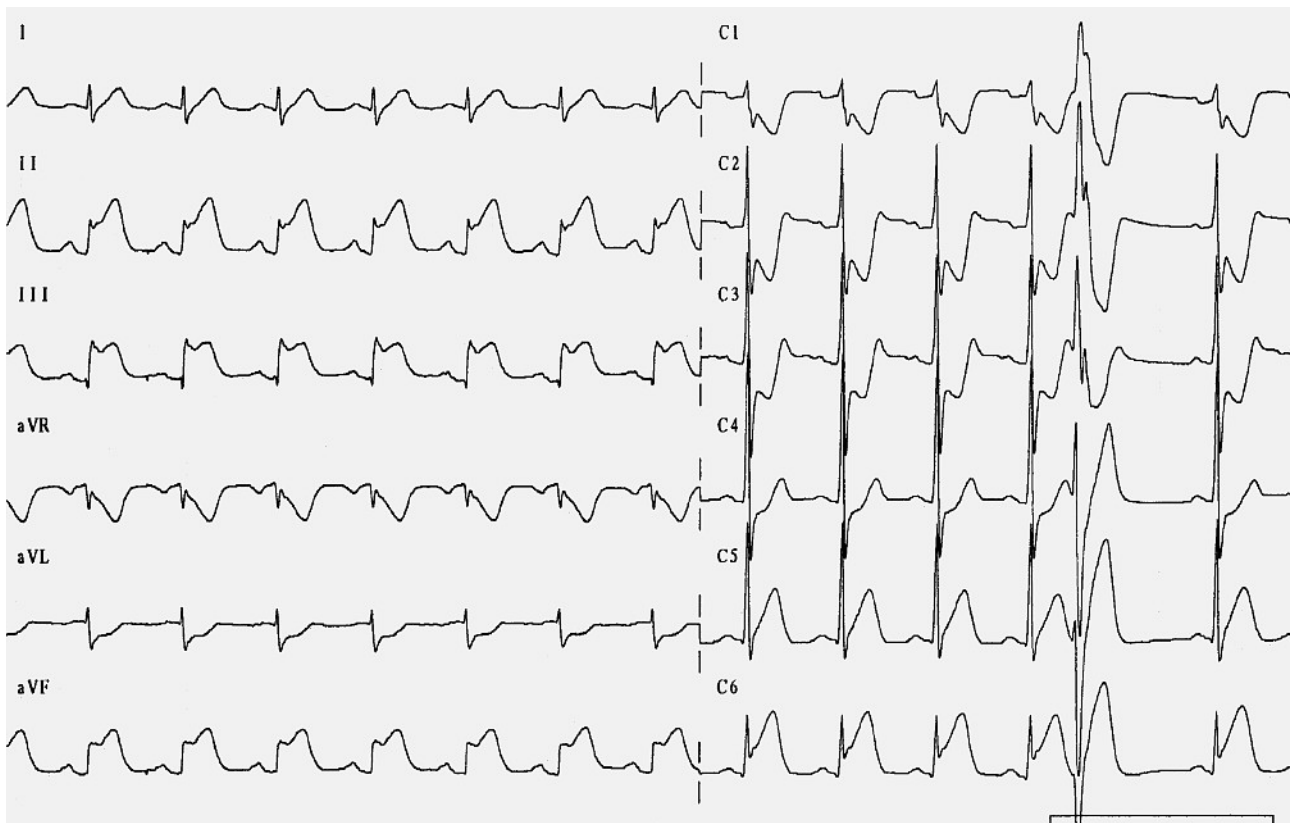
ECG d'un patient hospitalisé en urgence pour infarctus aigu. Rythme sinusal à 88/min. Sus-décalage ST en II, III, aVF, V₅ et V₆. Sous-décalage ST en aVR, aVL, V₁ à V₄ et onde T négative en aVR, V₁ à V₃. Une ESV isolée, à type de retard D.

La question

Il s'agit donc d'un infarctus inférieur aigu. Quelle artère est-elle touchée? La coronaire droite ou l'artère circonflexe?

Figure 1

ECG d'un patient hospitalisé en urgence pour infarctus aigu. Rythme sinusal à 88/min. Sus-décalage ST en II, III, aVF, V₅ et V₆. Sous-décalage ST en aVR, aVL, V₁ à V₄ et onde T négative en aVR, V₁ à V₄. Une ESV isolée, à type de retard D. Quelle est l'artère incriminée?



Il n'y a pas de conflit d'intérêts.

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

Commentaire

Le sus-décalage ST en III est légèrement plus marqué qu'en II: le rapport $ST\ III / ST\ II > 1$ est un argument pour une atteinte de la coronaire droite.

Toutefois, l'absence d'un sous-décalage ST en I et la présence d'un sous-décalage ST en aVR parlent contre cette hypothèse.

Le sous-décalage ST marqué en précordiales signe une atteinte postérieure: la somme des sous-décalages ST V_1 à V_3 est supérieure à la somme des sus-décalage ST en II, III et aVF ce qui est un argument supplémentaire pour une atteinte de l'artère circonflexe ce qui était le cas chez ce patient.

Rappelons enfin que l'enregistrement de V_4R est très utile en présence d'un infarctus inférieur: en cas

de lésion de l'artère circonflexe, le segment ST est iso-électrique ou sous-décalé avec une onde T négative dans cette dérivation alors qu'il est sus-décalé de plus d'un millimètre en cas d'atteinte de la coronaire droite.

Références

- 1 Nair B, Glancy DL. ECG discrimination between right and left circumflex coronary arterial occlusion in patients with acute inferior myocardial infarction: value of old criteria and use of lead aVR. *Chest*. 2002;122:134–9.
- 2 Fiol M, Cygankiewicz I, Carrillo A, Bayés-Genis A, Santoyo O, Gómez A, et al. Value of electrocardiographic algorithm based on «ups and downs» of ST in assessment of a culprit artery in evolving inferior wall acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2004;94:709–14.