



Poster N°: P1013

## Titre : Un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST compliqué d'une tachycardie ventriculaire à troponine négative : à propos d'un cas

Auteurs : Ghada Ferjani,  
R. Hamami, S. Sfaxi,  
I. Boussaid, S. Ben Saad,  
M. Maaoui, K. Lamine

Service des urgences  
Hôpital Militaire Principal  
d'Instruction de Tunis



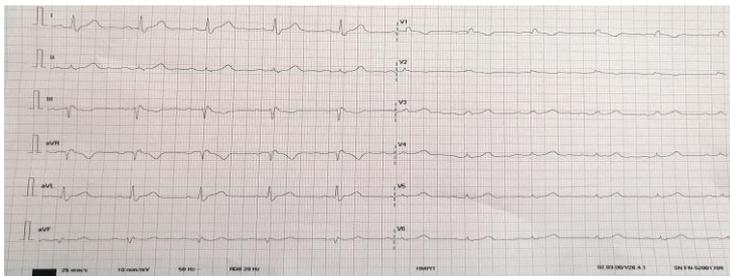
Global Events  
& Training Solutions  
www.ipgets.tn

**Introduction :** Les douleurs thoraciques constituent un motif fréquent de consultation aux urgences. Parmi lesquelles, on cite le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST (SCA ST+) qui constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Savoir poser à temps le diagnostic d'un SCA et assurer une prise en charge précoce et adéquate est toujours un défi.

**Cas clinique:** On rapporte l'observation d'une femme âgée de 77 ans hypertendue, diabétique et dyslipidémique qui consulte pour des douleurs thoraciques constrictives rétrosternales irradiant vers le membre supérieur gauche installées depuis 13 heures, d'aggravation progressive, devenant très intenses et résistantes aux antalgiques pallier II .  
Un dosage de troponine fait à H7 par son propre chef dans un laboratoire privé est revenu négatif (2.5 ng/l).

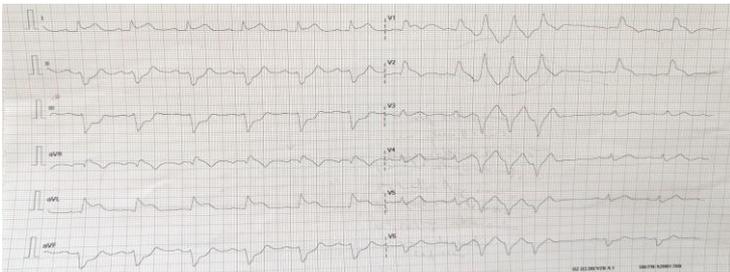
A l'examen clinique : Patiente très algique (EVA = 10), en sueurs profuses, tension artérielle = 140/70 mmHg aux 2 bras, pouls = 70 bpm, Sac2 = 96% et l'auscultation cardiopulmonaire était libre.

Au 1<sup>er</sup> électrocardiogramme (ECG) : Rythme régulier sinusale (RRS) à 60 bpm, Bloc de branche droit (BBD) complet, des QRS microvoltés avec onde T amples et symétriques en antérieur.



Elle a reçu une dose de charge du traitement anti thrombotique.

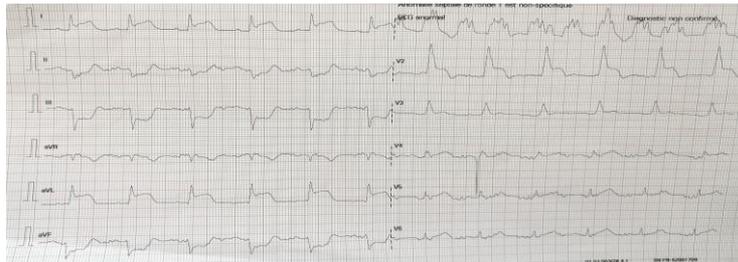
La patiente a présenté un passage en tachycardie ventriculaire non soutenue au scope. Nous avons complété par un 2<sup>ème</sup> ECG qui a montré : RRS à 75 bpm, BBD complet, sus-décalage du segment ST en antérieur étendu avec image en miroir en inférieur, une tachycardie ventriculaire non soutenue.



Elle a été mise sous cordarone en intraveineux.

Le 2<sup>ème</sup> point de troponine était à 30 ng/l.

Au 3<sup>ème</sup> ECG refait, il y a eu une majoration du sus-décalage du segment ST en antérieur étendu et de l'image en miroir en inférieur.



L'évolution a été marquée par la survenue de 2 arrêts cardiorespiratoires avec une tachycardie ventriculaire au scope sans pouls; séparés d'un intervalle de 10 minutes et récupérés au bout de 2 minutes de réanimation cardiopulmonaire adéquate avec deux chocs électriques externes.

Elle a été transférée en urgence à la salle de cathétérisme où une coronarographie a été faite ayant montré un statut monotronculaire avec une sténose subocclusive de l'interventriculaire antérieure (IVA) proximale.

Elle a subi une angioplastie primaire de l'IVA proximale par un stent actif avec succès.



**Discussion :** Une étude a été faite sur un échantillon de 10689 patients qui ont consulté aux services d'urgence de 10 hôpitaux américains pour des douleurs thoraciques a estimé que 8% des patients ont présenté un SCA dont environ 2% n'étaient pas pris en compte lors de l'évaluation initiale (1) ce qui a augmenté considérablement la mortalité et les complications cardiovasculaires. Cela est principalement dû à des mauvaises interprétations de l'ECG ou à l'incapacité d'identifier les caractéristiques électrocardiographiques subtiles ou précoces du SCA. Parmi lesquelles, on cite les ondes T négatives en AVL, Hyperacute T waves, une distorsion terminale du QRS, des ondes U négatives dans les dérivations précordiales et une amplitude de l'onde T en V1 qui est supérieure à l'amplitude de l'onde T en V6 (2).

**Conclusion :** Ce cas clinique souligne l'importance de savoir repérer les signes électrocardiographiques subtiles ou précoces évoquant un SCA ST+, que Le diagnostic d'un SCA ST+ se base essentiellement sur la clinique et sur une bonne maîtrise de l'interprétation de l'ECG et que le taux de troponine n'est pas corrélé à la gravité du tableau clinique.

### Références :

1. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woodard RH, Feldman JA, Beshansky JR, et al. Missed Diagnoses of Acute Cardiac Ischemia in the Emergency Department. *New England Journal of Medicine*. 20 avr 2000;342(16):1163-70.
2. Gunaseelan R, Sasakumar M, Nithya B, Aswin K, Ezhikugan G, Anusha SS, et al. Early/Subtle electrocardiography features of acute coronary syndrome and ST-Segment elevation myocardial infarction. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 1 janv 2022;15(1):66.