

# Item 309 : Électrocardiogramme (Evaluations)

---

**Date de création du document**    2011-2012

## CAS CLINIQUE

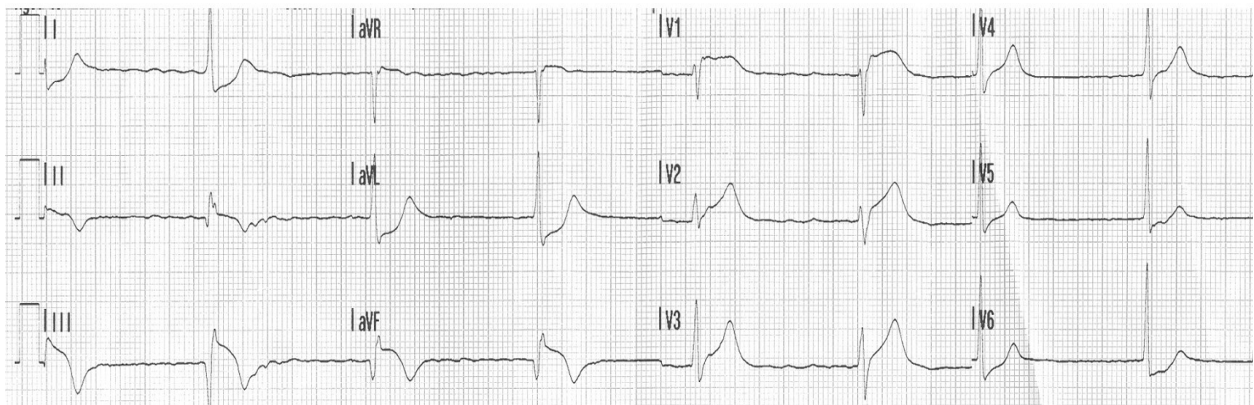
### Scénario :

Interprétez les 10 organigrammes suivants :

### QUESTION 1/10 :

Interprétez l'organigramme suivant :

Cas clinique : Figure 1



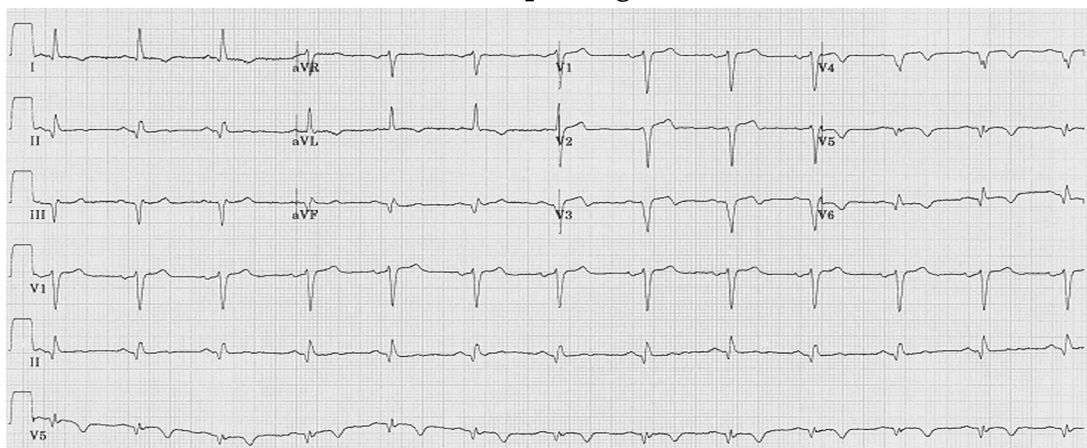
### Réponse attendue :

Cet ECG est difficile, il faut voir rapidement la bradycardie à 45 bpm due à l'association FA (trémulations remplaçant les ondes P) et bloc atrioventriculaire complet, probablement nodal car l'échappement est à QRS fins. Il s'agit aussi d'un SCA avec ST en inférieur et à un moindre degré en V1 et V2 avec miroir en D1 et aVL, V6 (latéral).

### QUESTION 2/10 :

Interprétez l'organigramme suivant :

Cas clinique : Figure 2



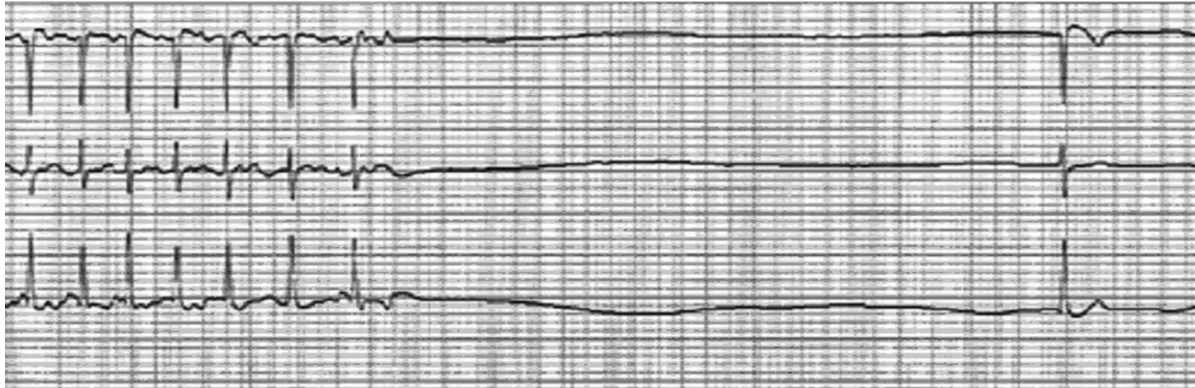
*Réponse attendue :*

Pas de piège ici. Il s'agit d'une onde Q de nécrose en inférieur (D2, D3 et aVF) et dans toutes les précordiales sauf V1 associée à une onde T négative en latéral. L'ensemble évoque une séquelle d'infarctus circonférentiel.

**QUESTION 3/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 3**



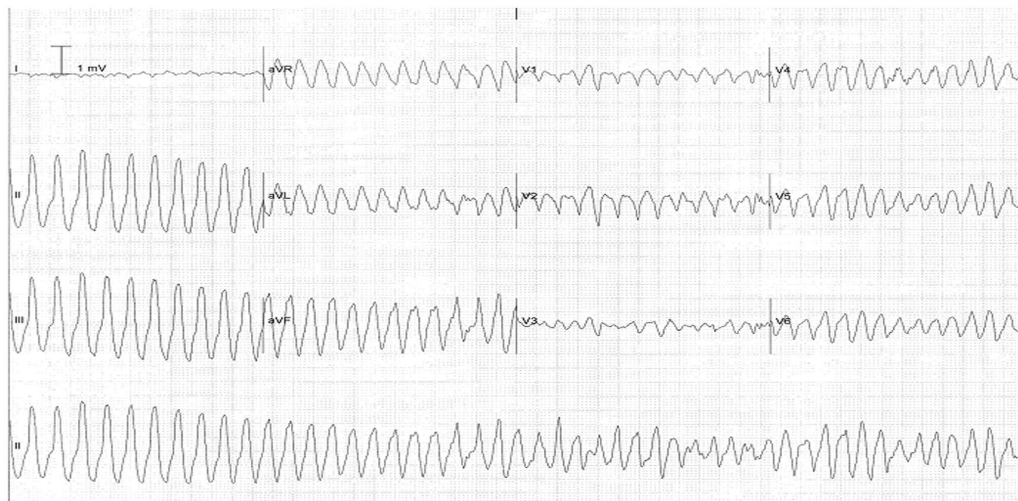
*Réponse attendue :*

Pause de régularisation d'une fibrillation atriale (à gauche) par dysfonction sinusale associée réalisant un syndrome tachycardie – bradycardie, reprise de l'activité cardiaque sous la forme d'un échappement jonctionnel (à droite) car sans onde P visible.

**QUESTION 4/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 4**



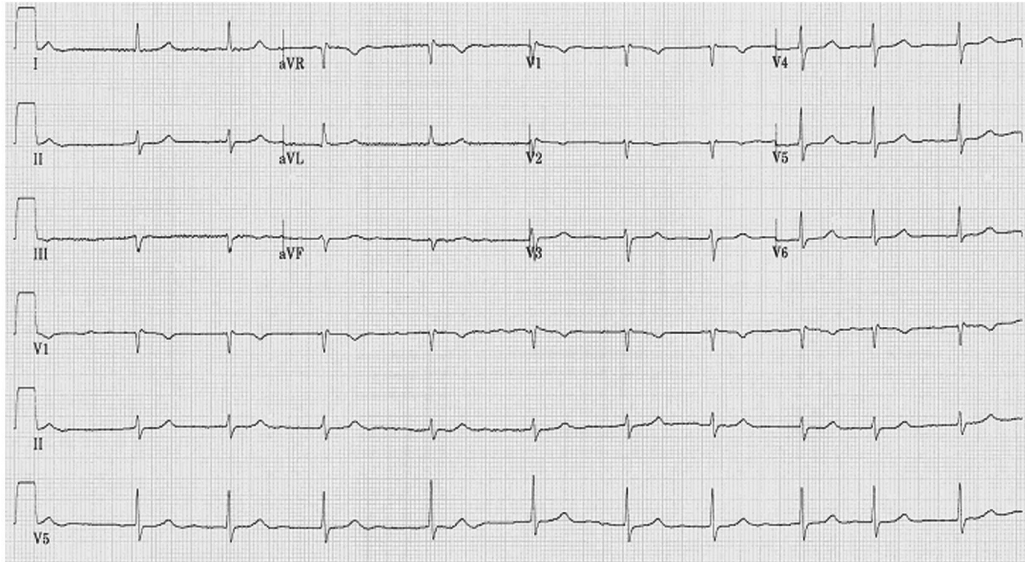
Réponse attendue :

Fibrillation ventriculaire, aucune hésitation n'est permise.

**QUESTION 5/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 5**



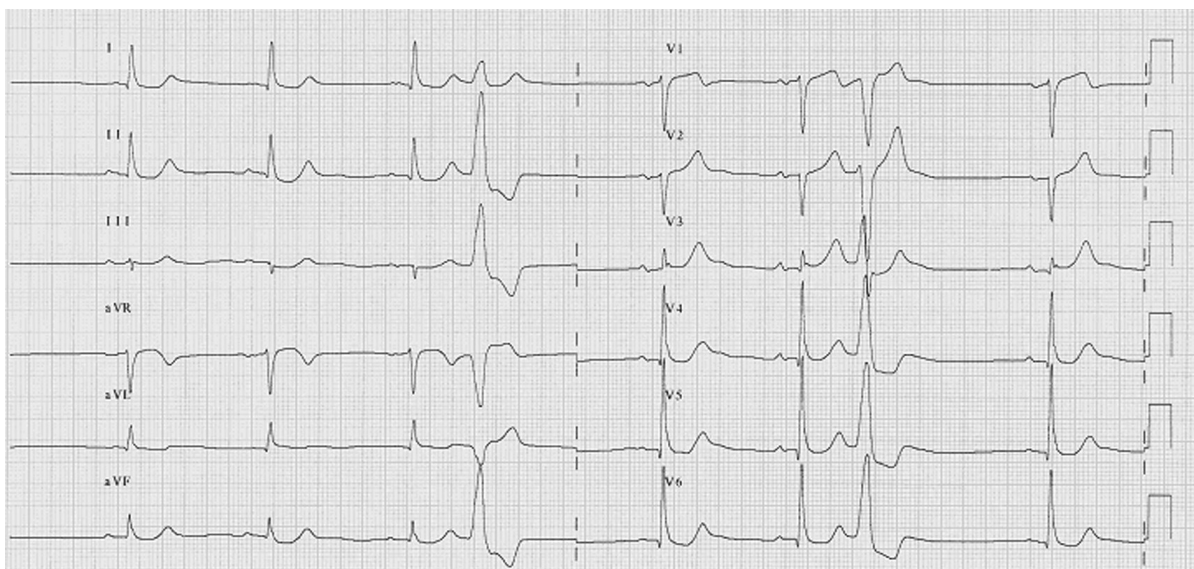
Réponse attendue :

Tracé un peu difficile, FA mais les mailles sont très fines et difficiles à voir, la cadence ventriculaire n'est ni très rapide ni très irrégulière. Axe de QRS limite pour hémibloc antérieur gauche avec aspect  $S3 > S2$ .

**QUESTION 6/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 6**



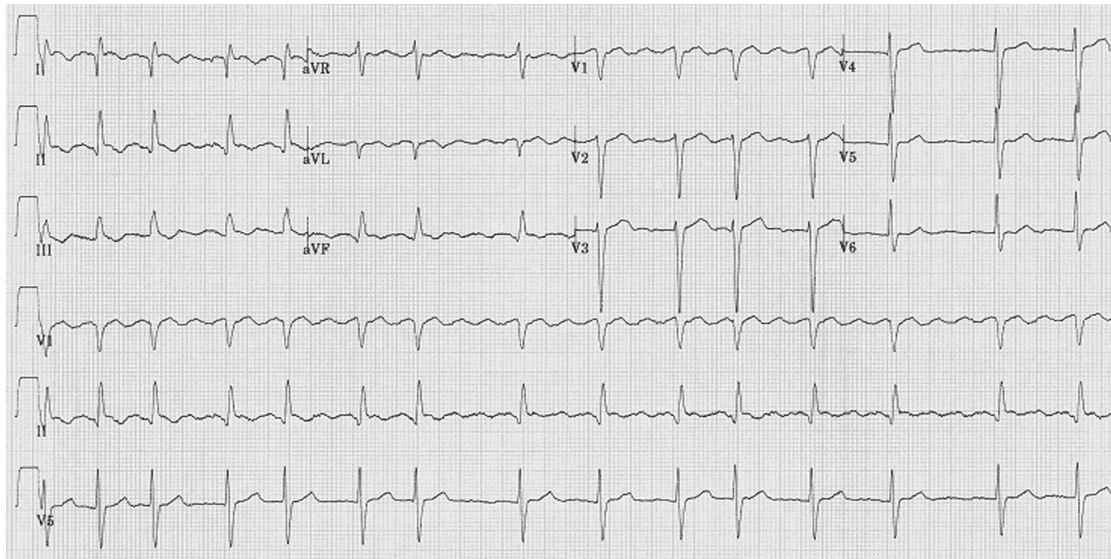
Réponse attendue :

Sokolow à 35 mm, durée de QRS insuffisante pour évoquer un bloc gauche complet, donc hypertrophie ventriculaire gauche et deux extrasystoles ventriculaires.

**QUESTION 7/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 7**



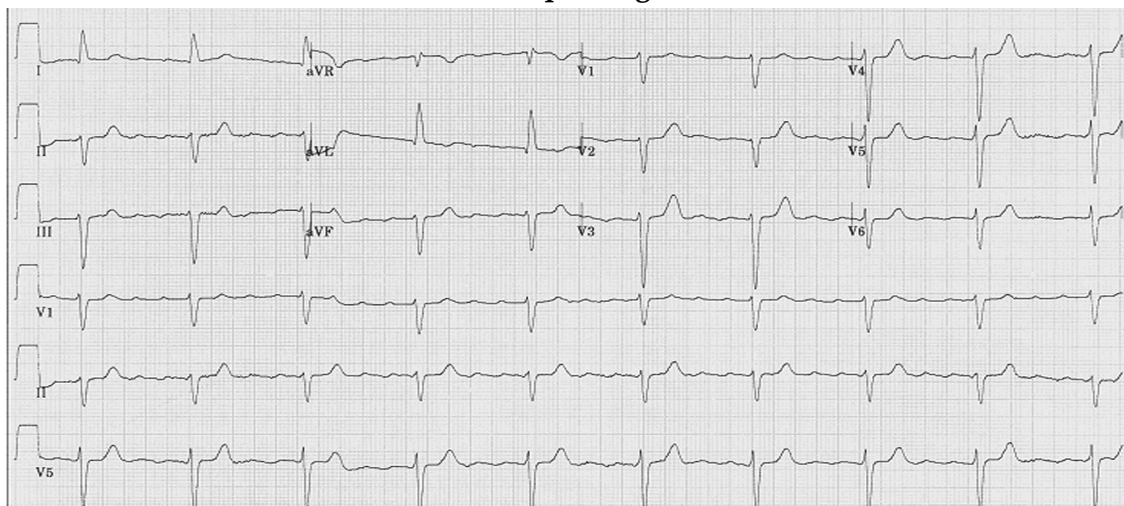
Réponse attendue :

Tracé difficile de flutter atrial atypique avec activité atriale monomorphe à 240 bpm, conduction nodale variable donnant une irrégularité qui ne doit pas être prise pour de la FA, la transmission nodale alterne entre du 2:1, du 3:1 ou du 4:1.

**QUESTION 8/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 8**



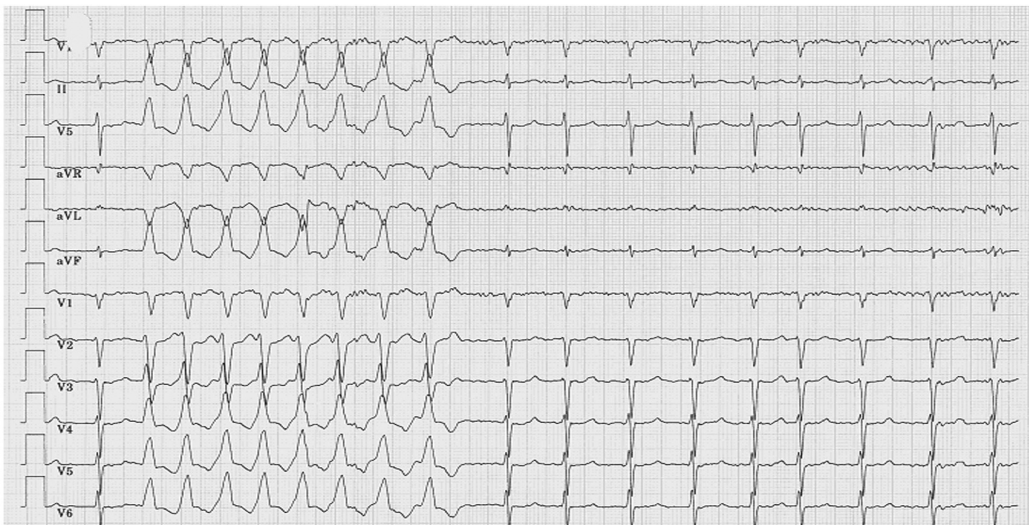
Réponse attendue :

Flutter à conduction 4:1, cadence atriale à 240 bpm et ventriculaire à 60 bpm, héli-bloc antérieur gauche car axe  $< -30^\circ$  et  $S3 > S2$ , abrasion de l'onde R dans les précordiales évocatrice d'un séquelle d'infarctus. On peut discuter du caractère typique ou atypique du flutter.

**QUESTION 9/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 9**



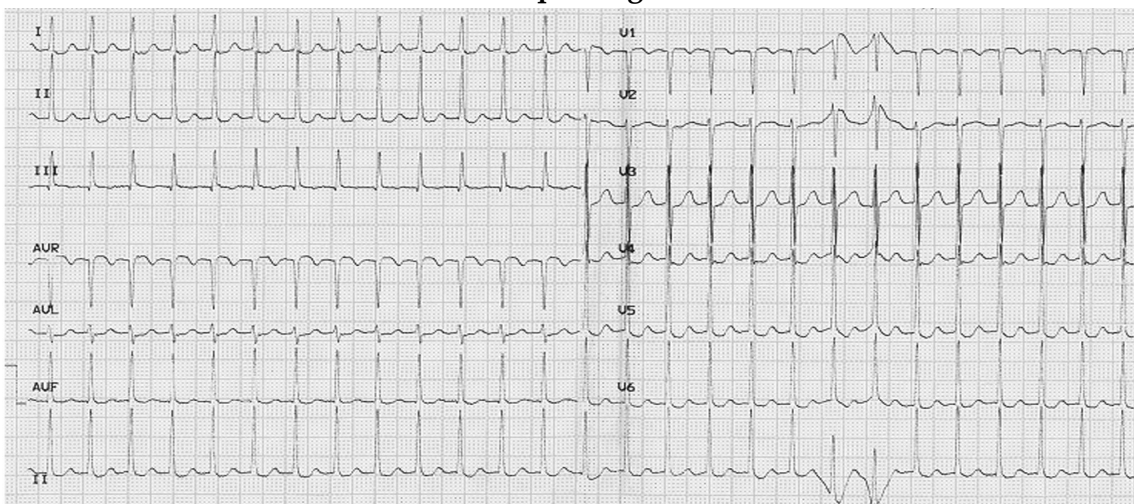
Réponse attendue :

TV non soutenue ou salve d'extrasystoles ventriculaires (8 QRS) sur fond de fibrillation atriale, car activité atriale trémulante et QRS irréguliers après la TV.

**QUESTION 10/10 :**

Interprétez l'organigramme suivant :

**Cas clinique : Figure 10**



*Réponse attendue :*

Tachycardie jonctionnelle, à confirmer par manœuvre vagale, car activité régulière, QRS fins, pas d'onde P visible.