

# ECG

DE MARS 2026



Un homme de 52 ans se présente aux urgences pour douleurs abdominales aiguë intenses et persistantes depuis la veille au soir après avoir mangé une glace périmée. Il rapporte aussi 2 vomissements et un épisode de méléna.

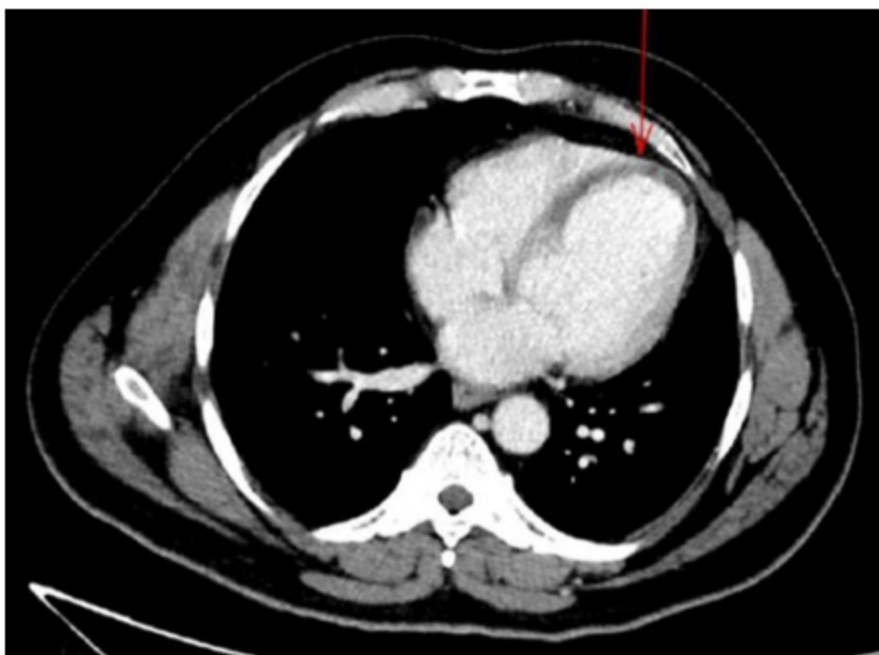


Il ne fume pas, bois 3 bières par jour et est traité par PERINDOPRIL pour une HTA.

L'examen clinique retrouve uniquement des douleurs abdominales diffuses, essentiellement sous-ombilicale et en fosse iliaque gauche sans défense.

La biologie retrouve une cytolysé hépatique à 3N et une hyperlactatémie veineuse à 3 mmol/L. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique, pas d'insuffisance rénale aiguë, pas de troubles ioniques.

Le scanner abdominal retrouve une stéatose hépatique diffuse sans autre anomalie sur le plan abdominal. Sur les coupes thoraciques basses, découverte d'une hypodensité myocardique septo-apicale.



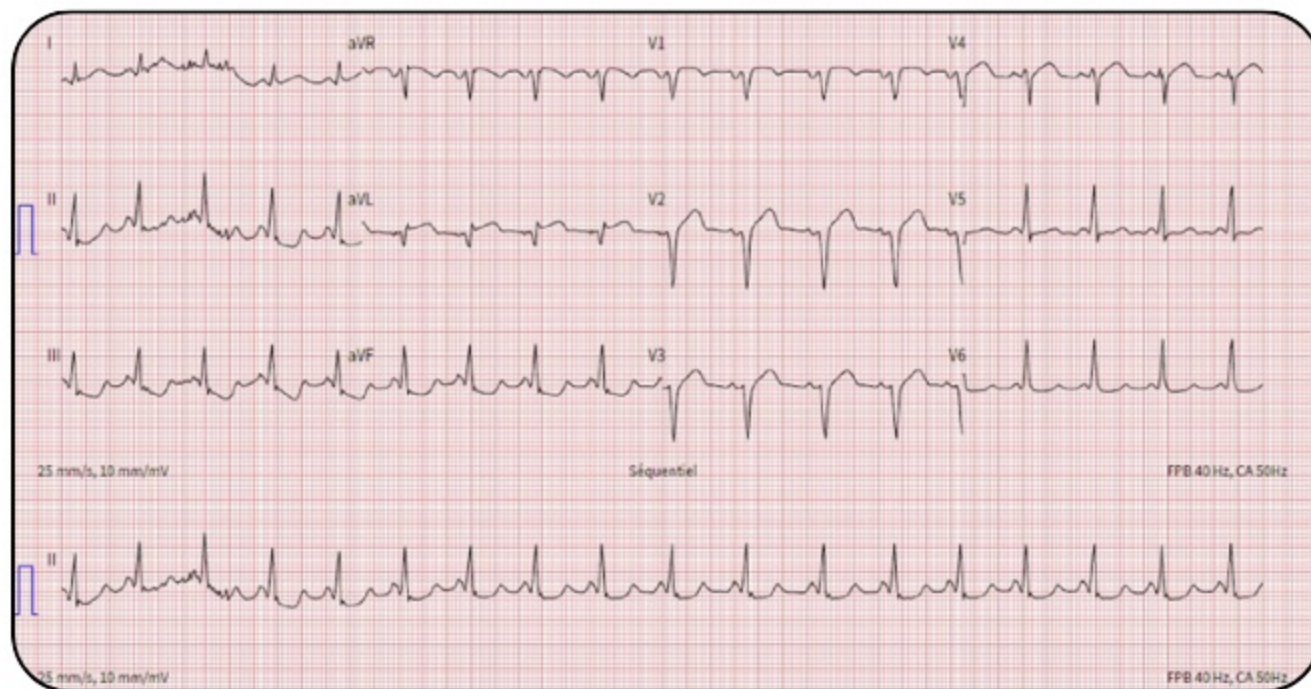
En l'absence d'explications aux douleurs abdominales et devant cette découverte fortuite vous reprenez l'interrogatoire et le dossier du patient sous un nouvel œil. Il n'a jamais eu de douleurs thoraciques ou épigastriques. L'auscultation cardiologique est normale, pas de signes d'insuffisance cardiaque aiguë.

# ECG

DE MARS 2026



Vous découvrez qu'un ECG avait été réalisé à l'arrivée du patient et qu'il n'a pas été interprété.



Quelles sont les anomalies présentes sur cet ECG ? Quel est le diagnostic le plus probable expliquant les douleurs abdominales atypiques ?

## Quelle est votre interprétation ECG ?



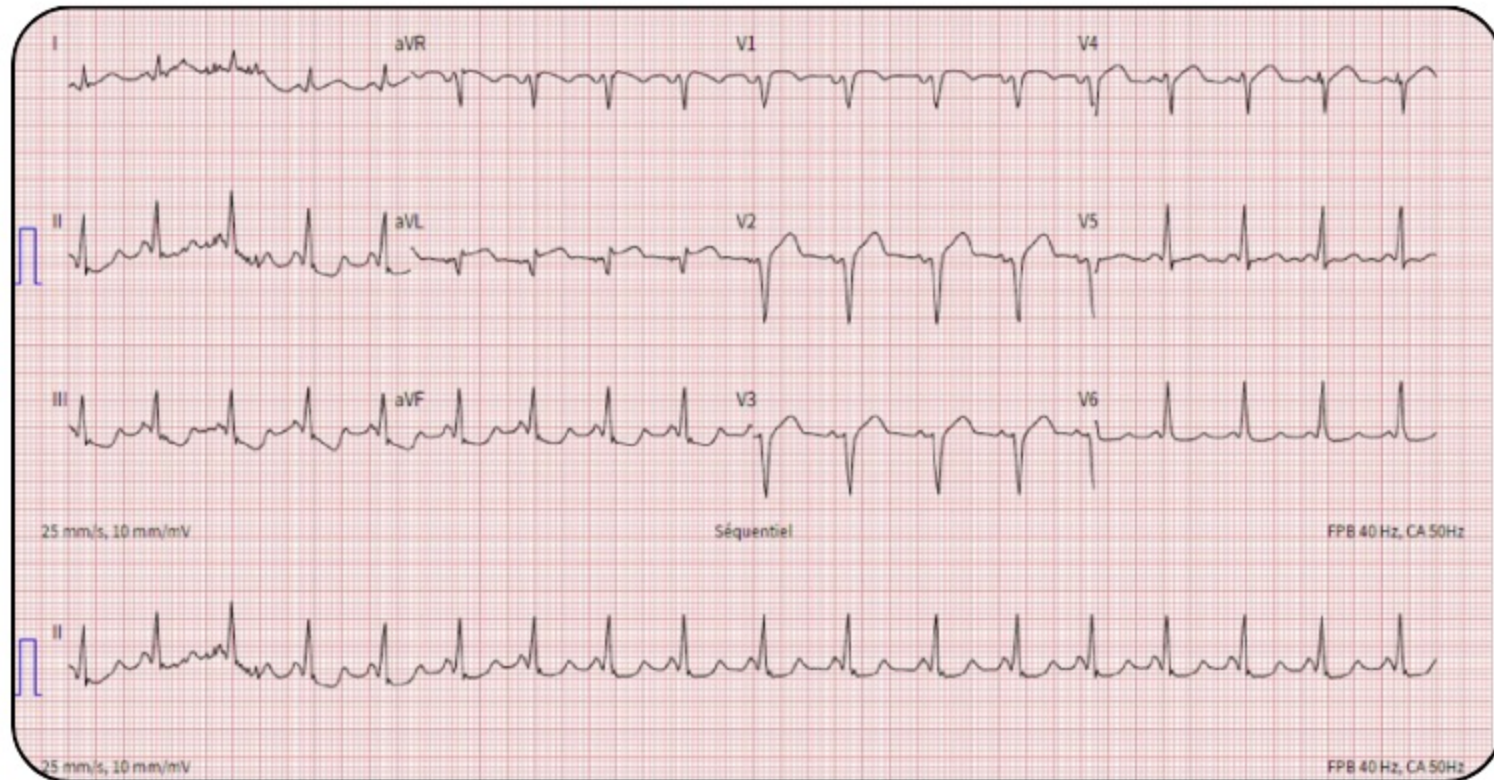
**Donnez nous votre diagnostic  
en commentaire**



*Réponse vendredi prochain dans la story à la une "ECG du mois"*

# ECG

DE MARS 2026 - RÉPONSE



Anomalies de la repolarisation : Sus-décalage ST en V2, V3, V4 et aVL, aVR avec un miroir en DII, DIII et AVF. => Infarctus antérieur étendu avec probable atteinte de l'IVA devant la localisation des anomalies ECG et les signes de souffrance myocardique au scanner.

Le contrôle biologique retrouve un taux de troponines à 1794 ng/L et de NT-pro-BNP à 252 ng/L

L'ECG de contrôle est le suivant et retrouve un aplatissement voir une inversion des ondes T dans le territoire antéro-septal signifiant une souffrance cardiaque active. Il n'y a pas d'ondes Q de nécrose myocardique.

La coronarographie réalisée en urgence retrouve une occlusion totale proximale de l'IVA.

