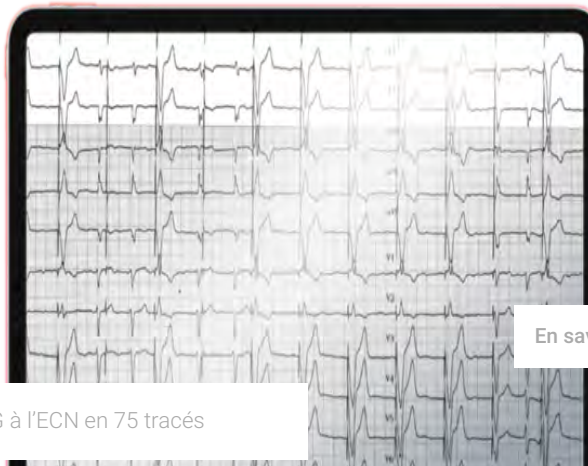


## Nouveau QCM de rythmologie en ligne

S.E.D.S. module PM

Mesurez votre niveau en rythmologie grâce à notre nouveau quiz du module PM ! Il est basé sur 15 questions, sous forme de QCM.



En savoir plus

MASTERCLASS CARDIOLOGIE STIMUPRAT

L'ECG à l'ECN en 75 tracés


## ECG

Se former aux ECG, du basique à l'expert

SE FORMER S'ÉVALUER TROUVER UN TRACÉ ECG POUR L'ECN ACTUALITÉS AGENDA DES FORMATIONS

Accueil » ECG » Se former » Infarctus latéral

## Infarctus latéral

Tracé	Library	Pathology	
N° 37	<a href="#">Douleur Thoracique</a>	<a href="#">Infarctus coronaropathies</a>	 <a href="#">sus-décalage segment ST, infarctus latéral, onde q, nécrose</a>

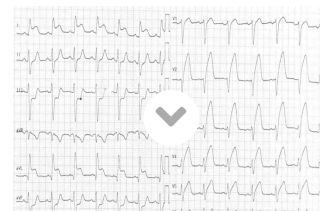
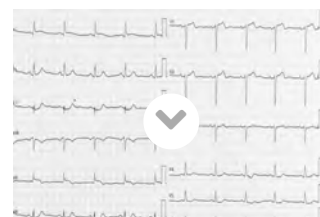
### Patient 1

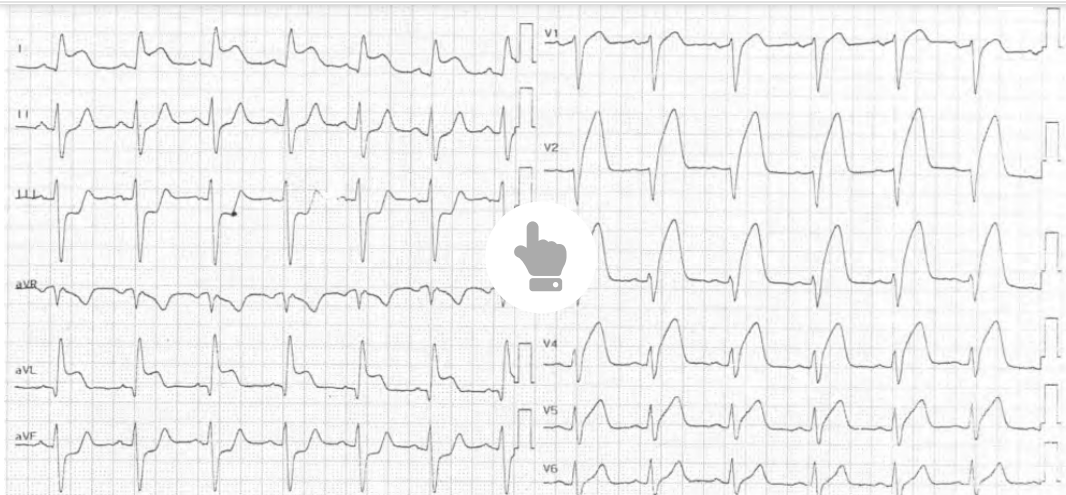
Homme de 57 ans, obèse, fumeur, hypercholestérolémique, avec antécédents familiaux de coronaropathie, hospitalisé pour douleur thoracique en barre depuis 3 heures;



### Patient 2

### Tracés de cet article





## Commentaires

La **paroi latérale ventriculaire gauche** est irriguée par des branches provenant de l'IVA et de l'artère **circonflexe**. Sur l'ECG, un infarctus latéral peut être analysé à partir des dérivations latérales hautes (DI, aVL) et latérales basses (V5-V6). On distingue généralement 3 types d'infarctus latéral:

*→ étendu à la paroi latérale*

- l'infarctus **antéro-latéral** (patient 2) en rapport avec une **occlusion de l'IVA**; le sus-décalage est présent à la fois dans les dérivations latérales (DI, aVL) et dans les dérivations antérieures (souvent d'amplitude maximale de V2 à V4); on retrouve un sous-décalage en miroir dans les dérivations inférieures; **l'extension à la paroi latérale suggère l'existence d'une thrombose de l'IVA proximale et d'un infarctus étendu**;
- l'infarctus **postéro-latéral** généralement en rapport avec une **occlusion de la circonflexe**; le sus-décalage est observé dans les dérivations inférieures (DII, DIII et aVF) et latérales (DI, V5, V6); on retrouve préférentiellement un sous-décalage en miroir dans les dérivations septales (V1 à V3); l'existence d'ondes R de grande amplitude en V1-V2 suggère l'existence d'un infarctus postérieur concomitant; un infarctus postéro-latéral suggère également l'existence d'un infarctus étendu secondaire à une thrombose de l'artère circonflexe proximale;
- l'infarctus latéral isolé en rapport avec une **occlusion d'une artère de plus petit calibre (circonflexe dominée, première diagonale, marginale provenant de la circonflexe)**; ce type de localisation est beaucoup plus rare que les 2 précédentes; comme chez le patient 1, le diagnostic électrocardiographique peut être difficile avec un **sus-décalage modeste observé en DI, aVL et même souvent absent** en dépit d'une occlusion coronaire résultant en un retard au diagnostic et au traitement. L'infarctus latéral isolé correspond probablement à la configuration avec le plus de retard diagnostique et thérapeutique. **L'existence d'une douleur thoracique typique associée à des modifications électrocardiographiques même limitées dans ce territoire doit évoquer un syndrome coronarien aigu et doit favoriser la réalisation d'une coronarographie diagnostique en urgence.** Le sous-décalage en miroir généralement observé dans les dérivations inférieures peut également être d'amplitude modeste. Quand l'artère responsable est la première diagonale (provenant de l'IVA), il est fréquent d'observer un sous-décalage dans les dérivations septales (V1 à V3).

## Exergue

**Le diagnostic d'infarctus latéral est facile quand il s'intègre dans une atteinte myocardique étendue (antéro-latéral ou postéro-latéral) mais peut être beaucoup plus difficile quand il est isolé avec souvent existence d'un sus décalage en DI et aVL de très faible amplitude.**

