



Cas clinique

Pr Faouzi Addad

**Secrétaire général de la société Tunisienne de
cardiologie**

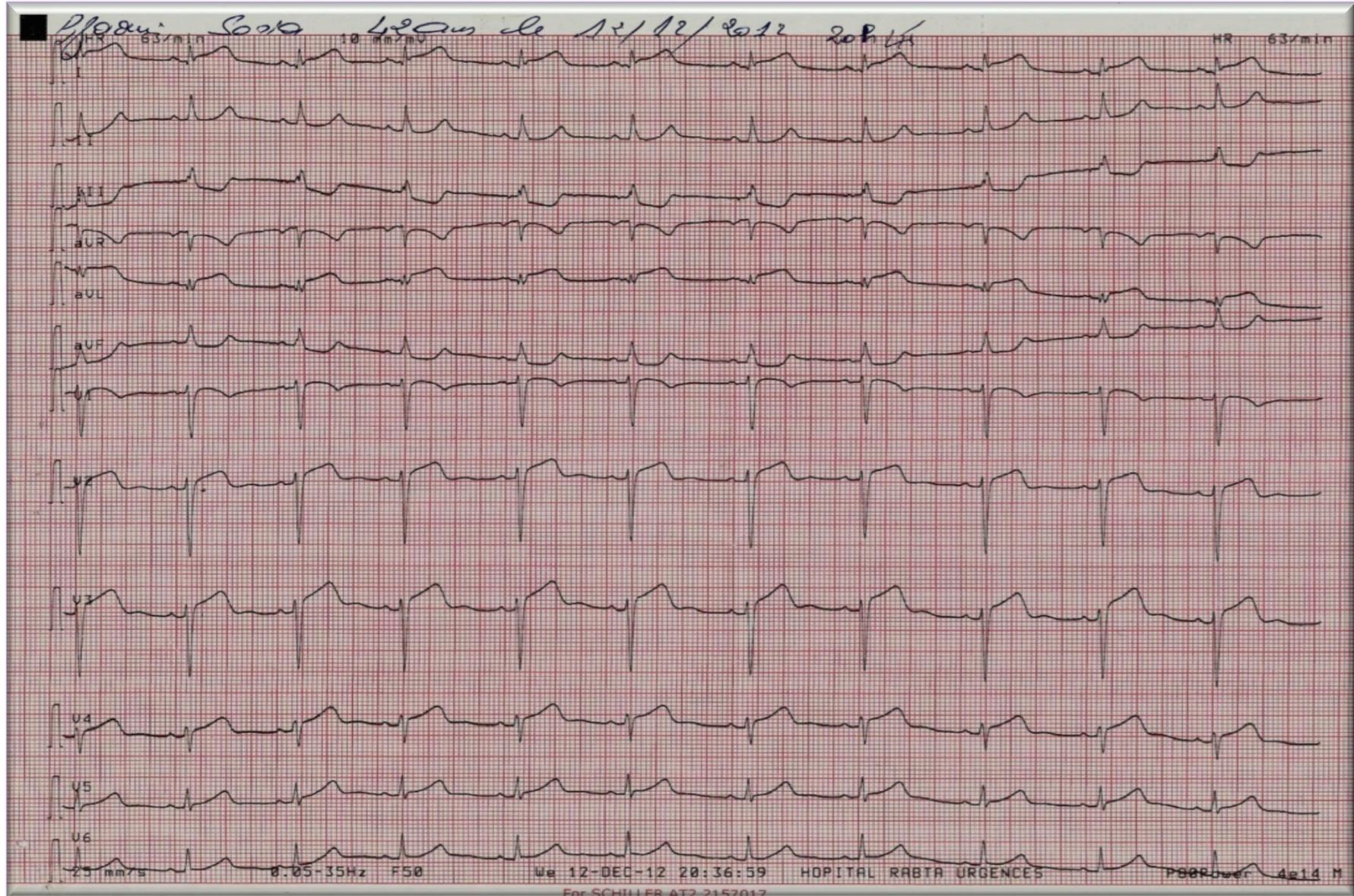
**Service de cardiologie
CHU Hôpital Abderrahman Mami
Ariana-Tunisie**

Appac le 05/06/2013

Observation

- Mme B S âgée de 42 ans
- Sans FRCVx
- Non ménopausée
- Le 12/12/2012: Douleur thoracique rétrosternale d'allure angineuse prolongée
- Consulte les urgences à H6 des douleurs
- Examen: algique 4/10
- TA:13/7
- Fc: 65 bpm

ECG: H6 des douleurs



Diagnostic retenu

- SCA ST+ dans le territoire antérieur

- La patiente a reçu aux urgences:

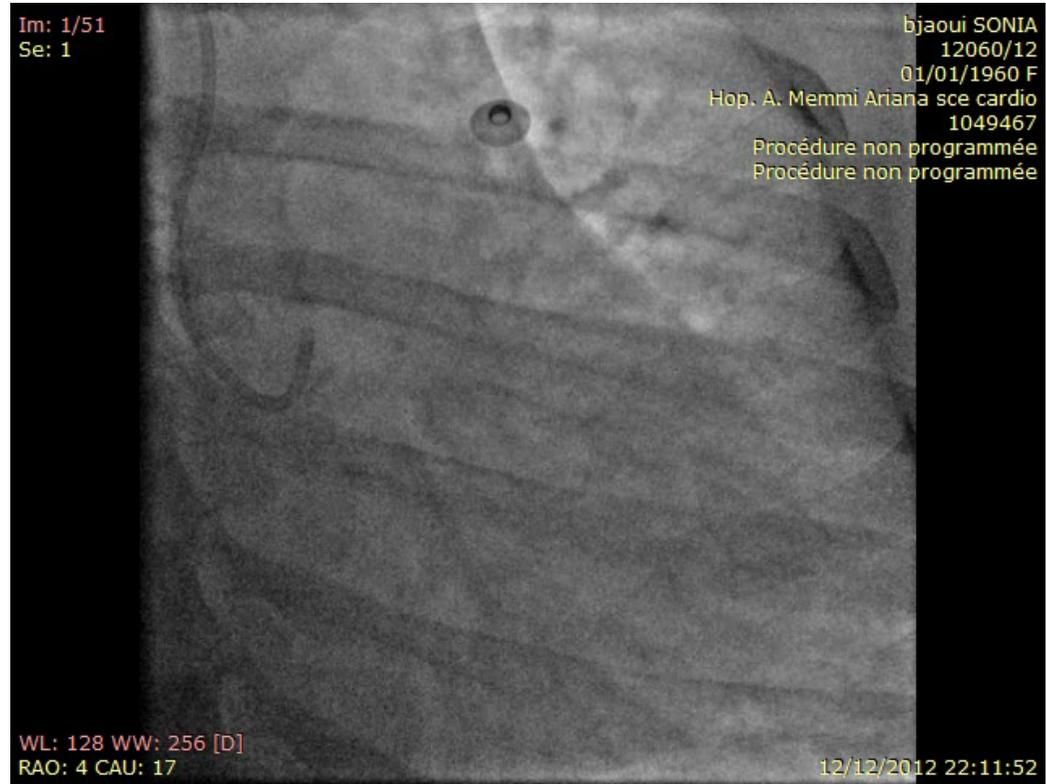
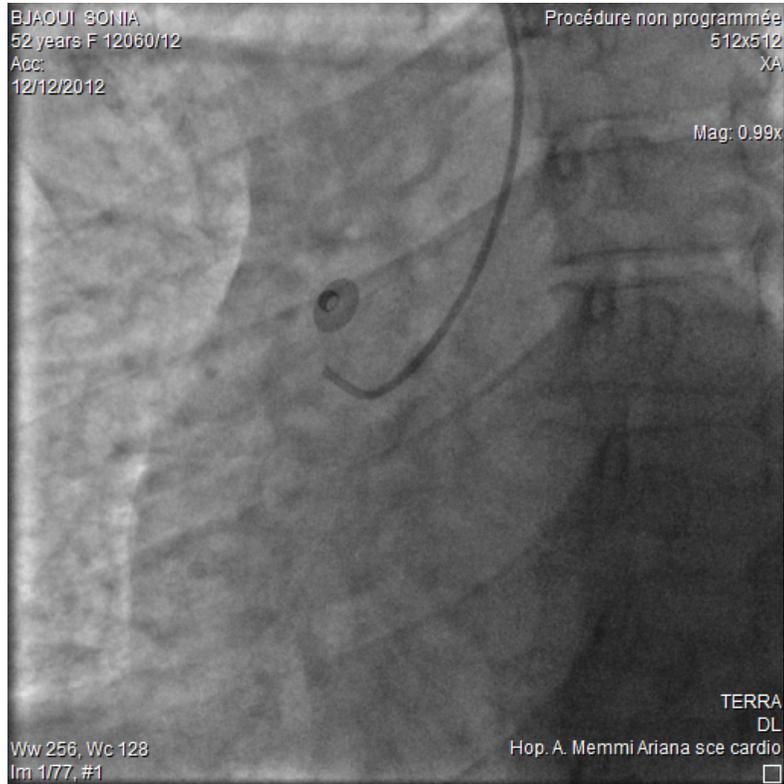
- HNF 50 mg

Aspégic 250 mg

Clopidogrel 600 mg

Transférée pour une angioplastie primaire: door
to balloon < 90 mn

Patiente transférée pour une Coronarographie Radiale droite en urgence faite à H8 du début des DT



1/48
1

bjoui SONIA
12060/12
01/01/1960 F
Hop. A. Memmi Ariana sce cardio
1049467
Procédure non programmée
Procédure non programmée

: 128 WW: 256 [D]
O: 9 CRA: 32

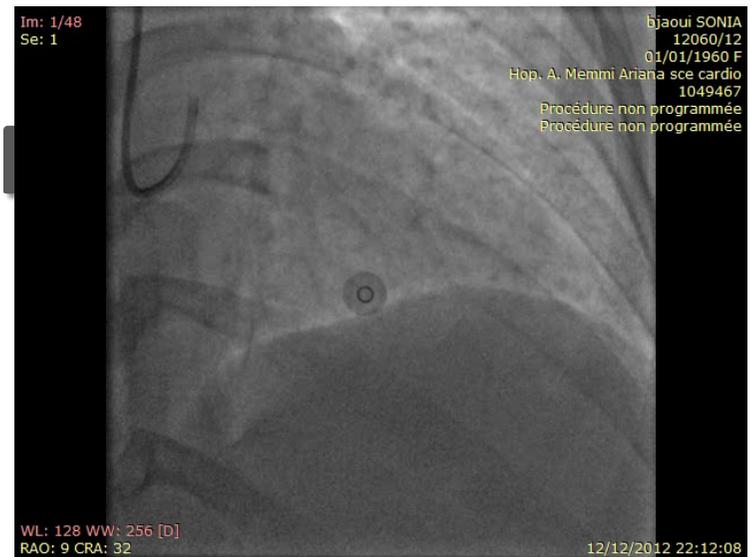
12/12/2012 22:12:08 CRA: 27

WW: 256 [D]

bjoui SONIA
12060/12
01/01/1960 F
Hop. A. Memmi Ariana sce cardio
1049467
Procédure non programmée
Procédure non programmée

12/12/2012 22:18:08

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?



DISSECTION SPONTANÉE DE L'IVA +/- HÉMATOME INTRAMURALE

Spontaneous coronary artery dissection

Quelle stratégie?

- **Revascularisation coronaire urgente?**
 - Angioplastie ou Pontage aorto-coronaire
 - IVUS/OCT
 - Stent nu ou actif?
 - Ballon de contre-pulsion

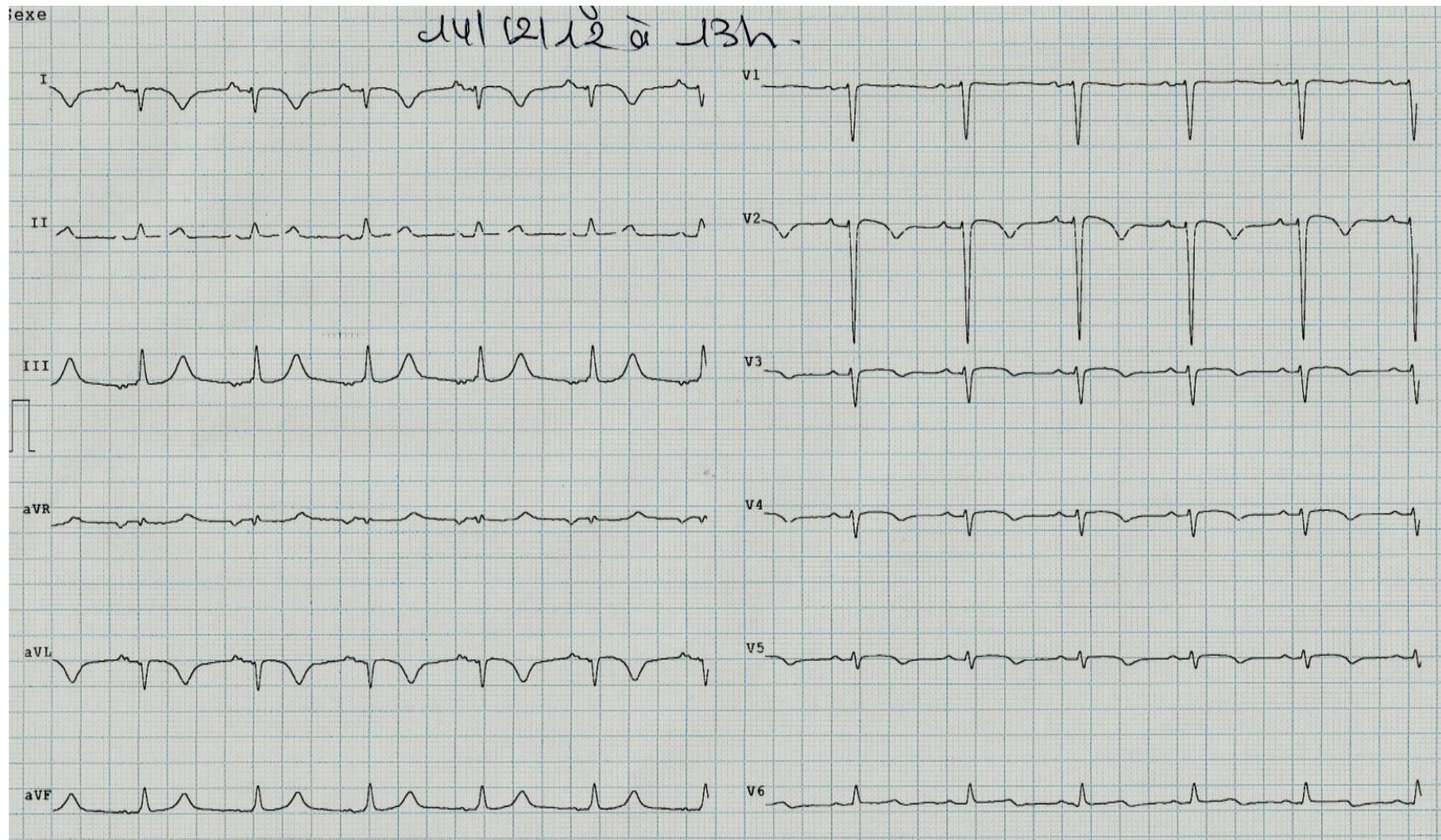
Anti-GpIIb/IIIa?

Traitement conservateur?

Transfert àUSIC

- Régression importante des DT (2/10)
- Stable sur le plan hémodynamique
- Traitement médical:
- Tirofiban sur 12h plus HNF relayé par:
- Enoxaparine 1mg/kg /12h
- Double AAP: Aspirine et clopidogrel
- Risordan IV
- Béta-bloquants

- Pic de CPK à 1906 U/l à H18 des DT
- Absence de récurrence des douleurs



Autres Examens?

Bilan étiologique

- Patiente non ménopausée
- Pas de contexte de péripartum
- Sous contraceptifs oraux oestroprogestatifs
- Pas de signes cliniques associées évoquant une maladie systémique
- Bilan immunologique: AAN, Anti-SSA, SSB et FR négatifs
- Bilan inflammatoire: Hyperleucocytose à 17000/mm³
- Pas d'hyperéosinophilie
- ETT: pas de dilatation de la racine de l'aorte
- hypokinésie franche de la paroi antérieure
- FEVG 45%

Quelle modalité de surveillance?

- **Tests d'ischémie non invasifs?**
 - Epreuve d'effort
 - Scintigraphie myocardique
 - Echo de stress

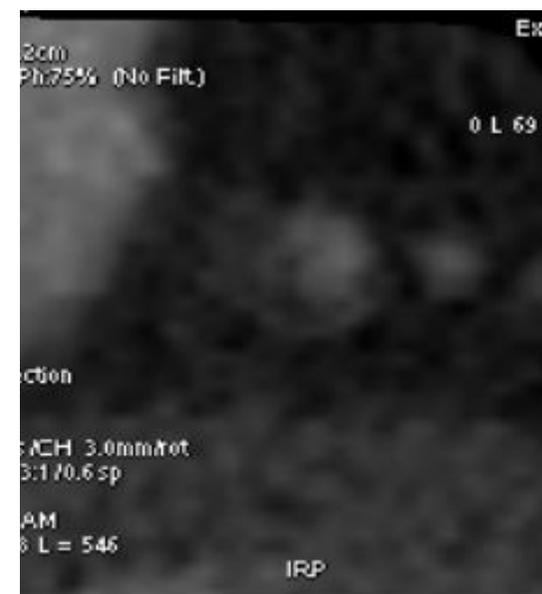
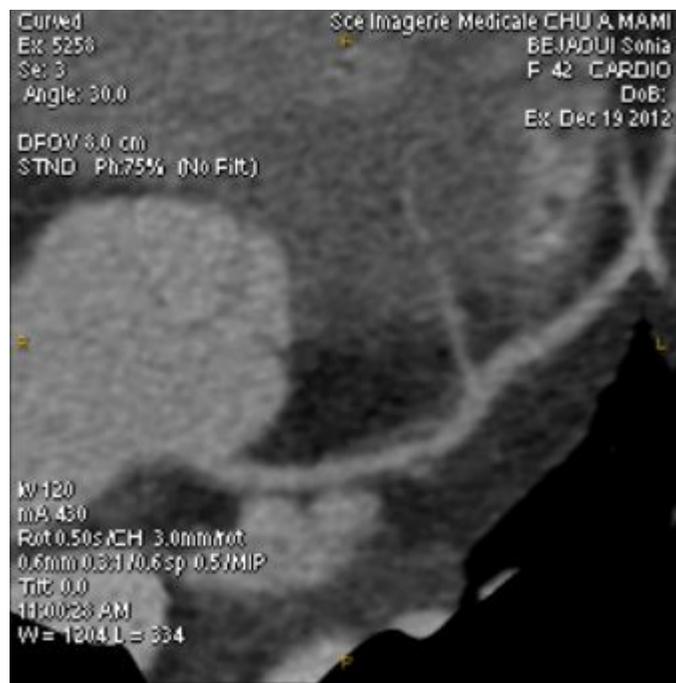
Imagerie cardiaque non invasif?

Coroscanner

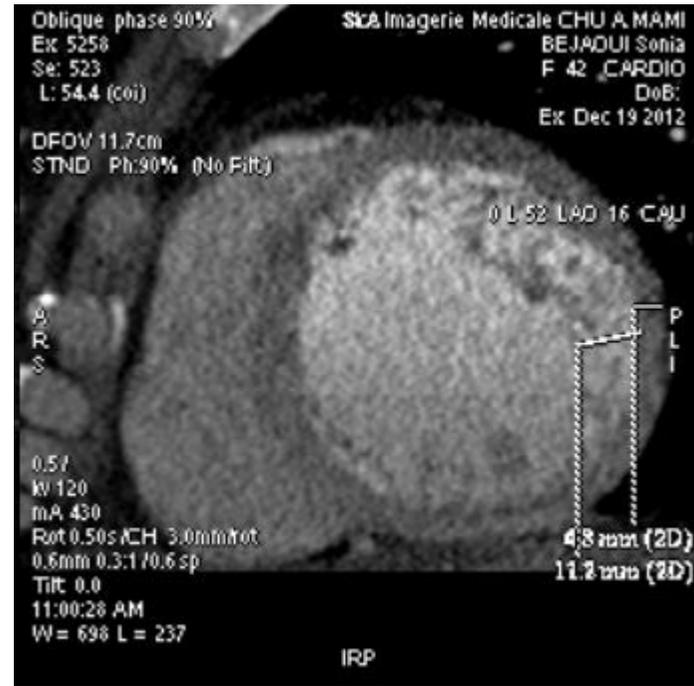
IRM cardiaque

Angiographie coronaire systématique?

Dans quel délai?



Coroscanner à J7



Évolution clinique

- Absence de récurrence douloureuse
- Absence de signe d'insuffisance cardiaque
- **Ordonnance de sortie:**
- Aspirine
- Clopidogrel
- Béta-bloquants
- Statine (effets pleiotropes)

DISCUSSION

Discussion

- Pretty a publié en 1931 le 1^{er} cas de dissection sur une coronaire anévrysmale chez une patiente de 42 ans
- Forker et al ont reporté en 1973 le 1^{er} cas diagnostiqué angiographiquement
- Plusieurs cas ont été de découverte autopsique
- Depuis moins de 400 cas sont publiés dans la littérature
- La plupart des case report ou de petites séries ne dépassant pas les 40 patients

Interventional Cardiology

Clinical Features, Management, and Prognosis of Spontaneous Coronary Artery Dissection

Marysia S. Tweet, MD; Sharonne N. Hayes, MD; Sridevi R. Pitta, MBBS; Robert D. Simari, MD; Amir Lerman, MD; Ryan J. Lennon, MS; Bernard J. Gersh, MB, ChB, DPhil; Sherezade Khambatta, DO; Patricia J.M. Best, MD; Charanjit S. Rihal, MD, MBA; Rajiv Gulati, MD, PhD

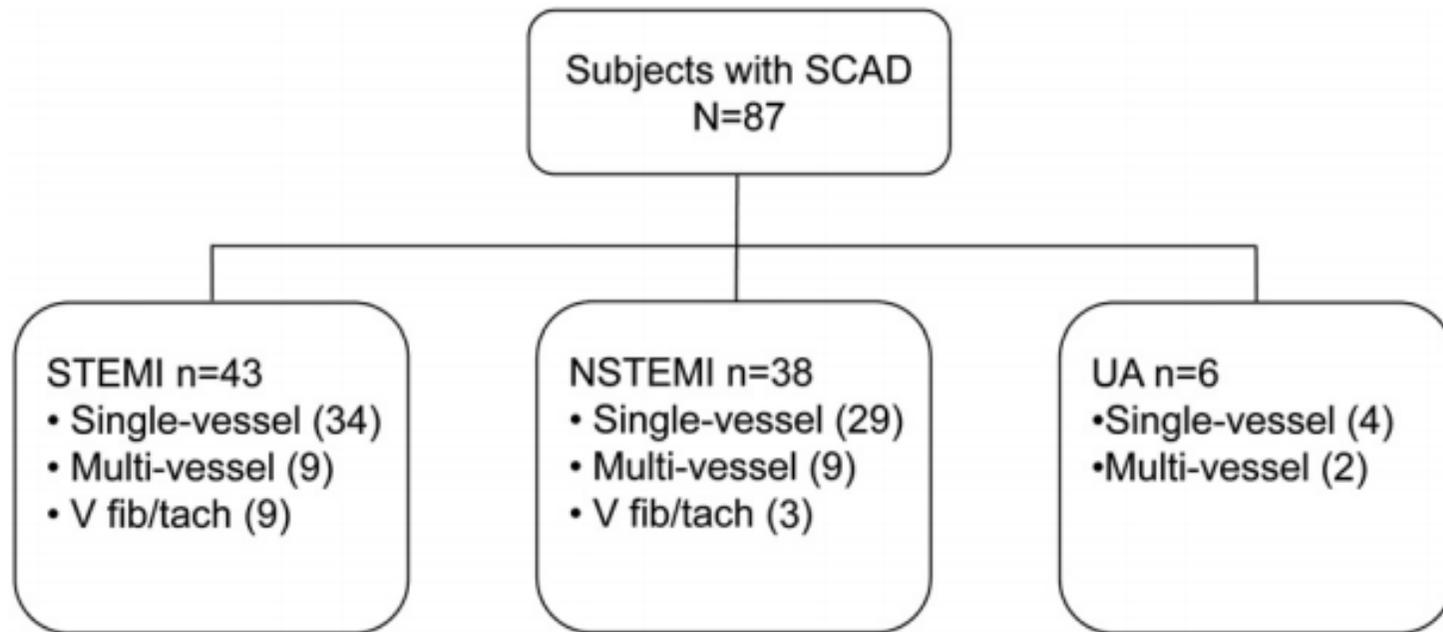
A retrospective single-center cohort study (1979 –2011) identified 87 patients with angiographically confirmed SCAD.

The criteria for angiographic definition of SCAD were the presence of a dissection plane together with the absence of coronary atherosclerosis, confirmed by at least 2 nonblinded reviewing cardiologists.

Circulation. 2012;126:579-588

Table 1. Patient Characteristics, Presentation, and Angiographic Distribution at the Initial Spontaneous Coronary Artery Dissection Event

	Male Patients (n=16)	Female Patients (n=71)	Total Population (n=87)	<i>P</i>
Baseline characteristics				
Age (SD) [range], y	46.3 (12) [19–68]	41.7 (9.5) [18–78]	42.6 (10.1) [18–78]	0.10
BMI (SD), kg/m ²	27.9 (5.9)	26.2 (5.7)	26.5 (5.8)	0.30
White race, n (%)	12 (75)	60 (85)	72 (83)	0.36
Hypertension, n (%)	3 (19)	13 (18)	16 (18)	0.97
Diabetes mellitus, n (%)	0 (0)	2 (3)	2 (2.2)	0.49
Hyperlipidemia, n (%)	5 (31)	7 (10)	12 (14)	0.025
Tobacco use, n (%)	9 (56)	18 (25)	27 (31)	0.016
Oral contraceptives, n (%)	NA	9 (13)	9 (10)	
Presentation				0.23
STEMI, n	11 (69)	32 (45)	43 (49)	
NSTEMI, n	4 (25)	34 (48)	38 (44)	
Unstable angina, n	1 (6)	5 (7)	6 (7)	
Life-threatening ventricular arrhythmia, n	2 (13)	10 (14)	12 (14)	
Left ventricular EF (SD), %*	46 (18)	52 (13)	51 (14)	0.21
Distribution, n (%)				
LM	0 (0)	8 (11)	8 (9)	0.16
LAD	11 (69)	51 (72)	62 (71)	0.81
RCA	6 (38)	21 (30)	27 (31)	0.54
LCx	3 (19)	13 (18)	16 (18)	0.97
Multivessel	2 (13)	18 (25)	20 (23)	0.27



Multivessel coronary dissection at presentation was evident in 20 patients (23%).
Fourteen (16%) demonstrated 2-vessel and 5 (6%) demonstrated 3-vessel dissection

Mécanismes

- Rupture intimale avec une interruption de la paroi du vaisseau entraînant une double lumière (vrai et faux chenal)
- Élargissement de la fausse lumière ou hématome intramural peut causer une séparation ultérieure des couches, avec compression du vrai chenal résultant de l'ischémie myocardique ou l'infarctus

Mécanismes

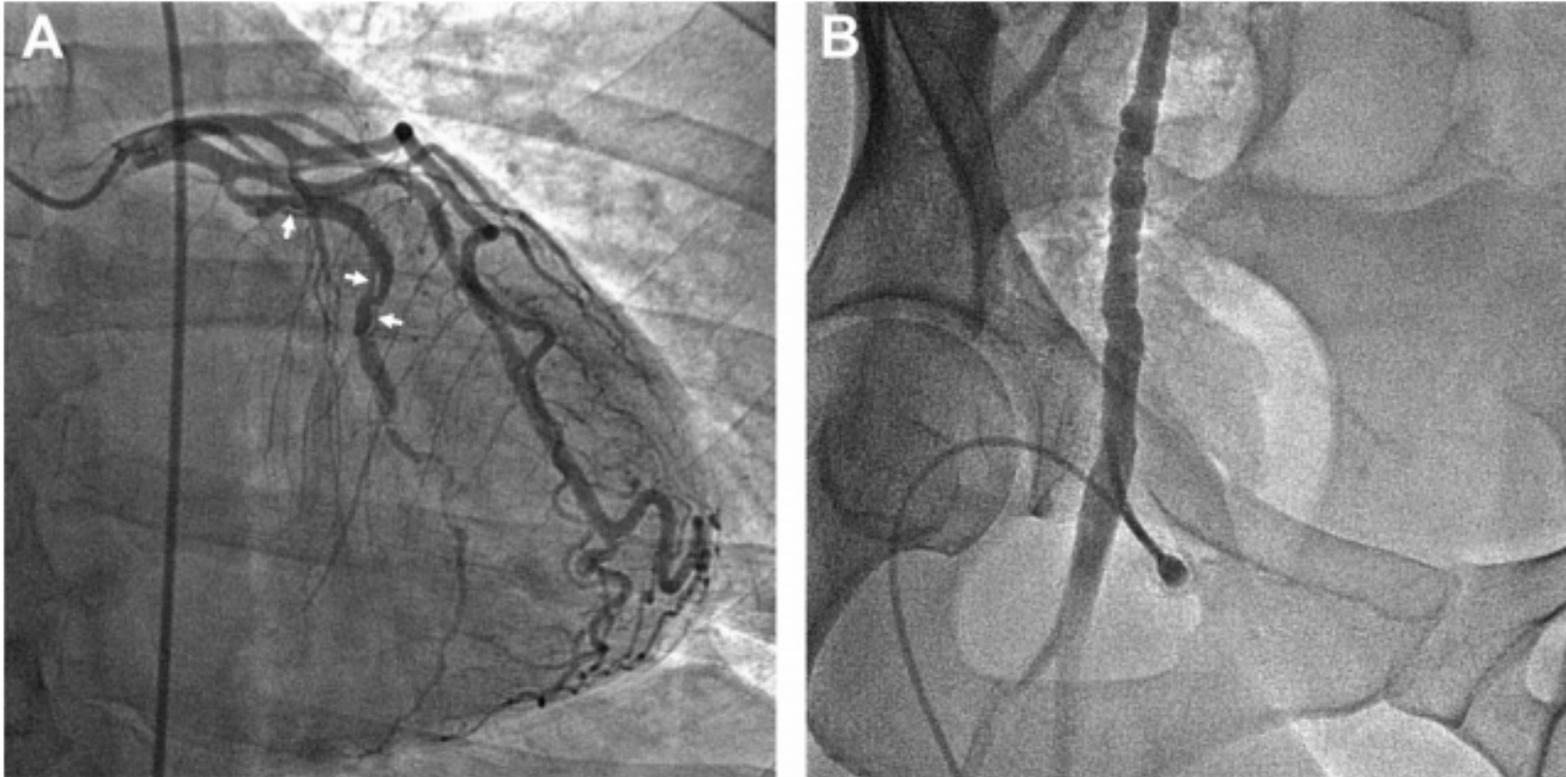
- L'inflammation et la rupture des plaque d'athérome peuvent provoquer une interruption de la jonction intima-média
- En contrepartie la dissection survenant en péripartum est associée à la présence d'infiltrats éosinophiles au niveau de l'adventice et contenant diverses substances lytiques (collagénase, peroxidase, phosphatases acides)

Table 2. Associated Factors

	Male Patients (n=16), n	Female Patients (n=71), n	Total Population (n=87), n	<i>P</i>
Postpartum	NA	13	13	
Postpartum only		7	7	
Polycystic kidney disease		1	1	
Vasculitis		1	1	
Fibrillin gene variant		1	1	
Ehlers-Danlos type 4		1	1	
Fibromuscular dysplasia		1	1	
Hormonal therapy		1	1	
Hormonal therapy	NA	11	11	
Oral contraceptive		5	5	
Postmenopausal hormone therapy		5	5	
Fertility treatment		1	1	
Fibromuscular dysplasia	0	10*	10	0.11
Connective tissue disease	2	5	7	0.33
Ehlers-Danlos type 4	0	1	1	
Fibrillin missense mutation	1	0	1	
Fibrillin-1 gene transversion	1	0	1	
Pseudoxanthoma elasticum	0	2	2	
Indeterminate	0	2	2	
Extreme physical activity	7	2	9	<0.001
No coexisting conditions identified	7	32	39†	0.92

*Including 1 postpartum and 1 Ehlers-Danlos type 4 patient.

†Nine (2 male, 7 female patients) with negative genetic screen.



Fibromuscular dysplasia of the iliac artery was identified incidentally in 8 of 16 femoral angiograms (50%) undertaken before closure device placement and in the carotid arteries of 2 others with carotid dissection.

Stratégie thérapeutique?

Thrombolyse

- N'est recommandée qu'en l'absence de salle de KT dans les délais
- Plusieurs observations ont souligné l'aggravation par extension de l'hémorragie au niveau du faux chenal avec extension de la dissection
- Importance de faire une coro en urgence en cas de doute+++

Double Vessel Extension of Spontaneous Left Main Coronary Artery Dissection in Young Women Treated With Thrombolytics

Igor Zupan,^{1*} MD, MSc, Marko Noč,² MD, PhD, Darinka Trinkaus,³ MD, and Mara Popović,⁴ MD

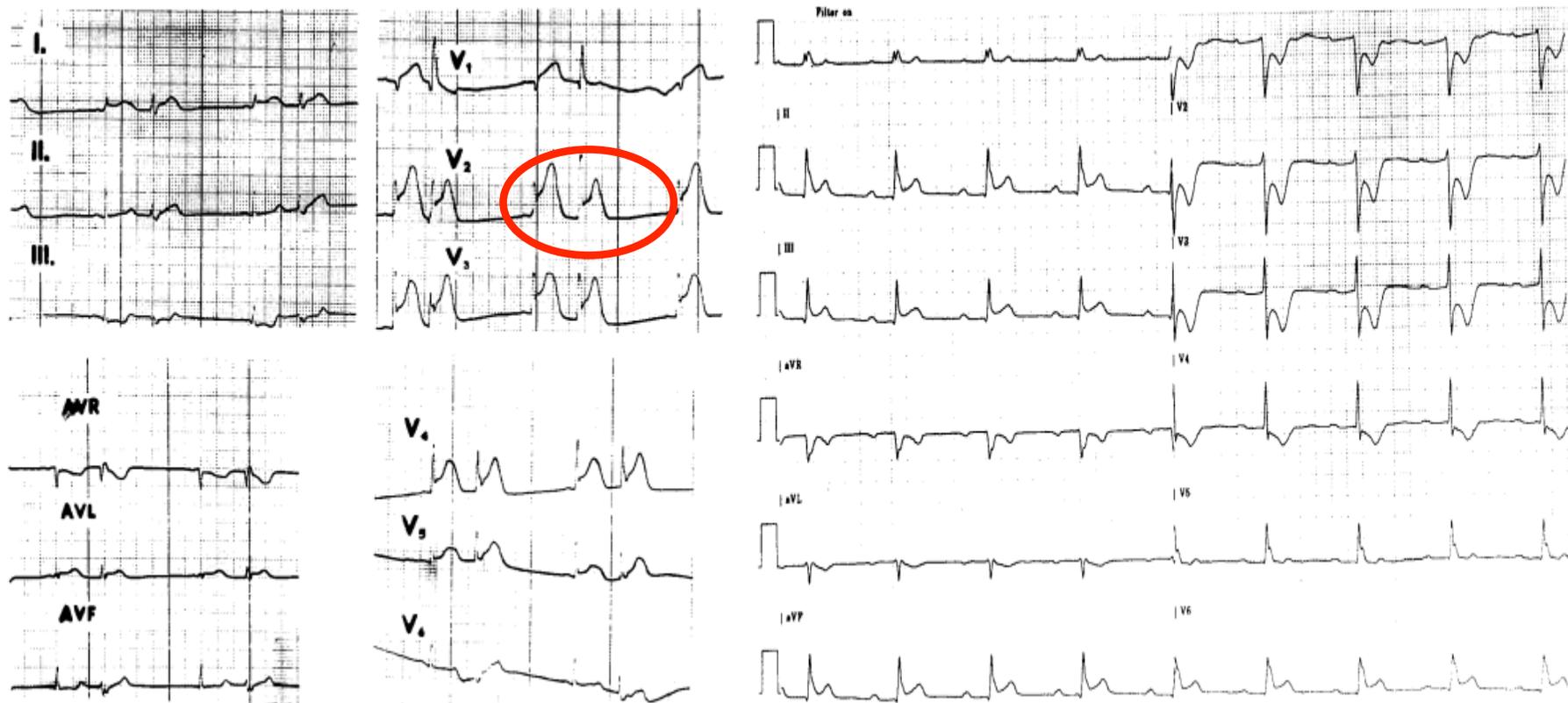


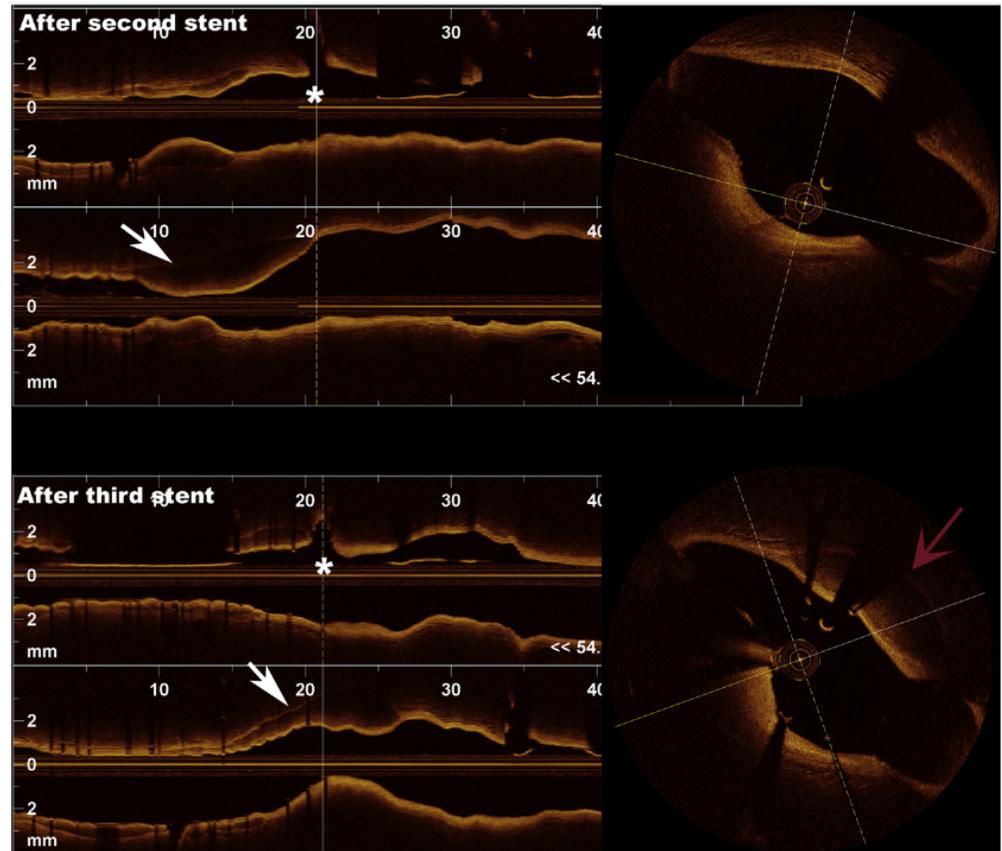
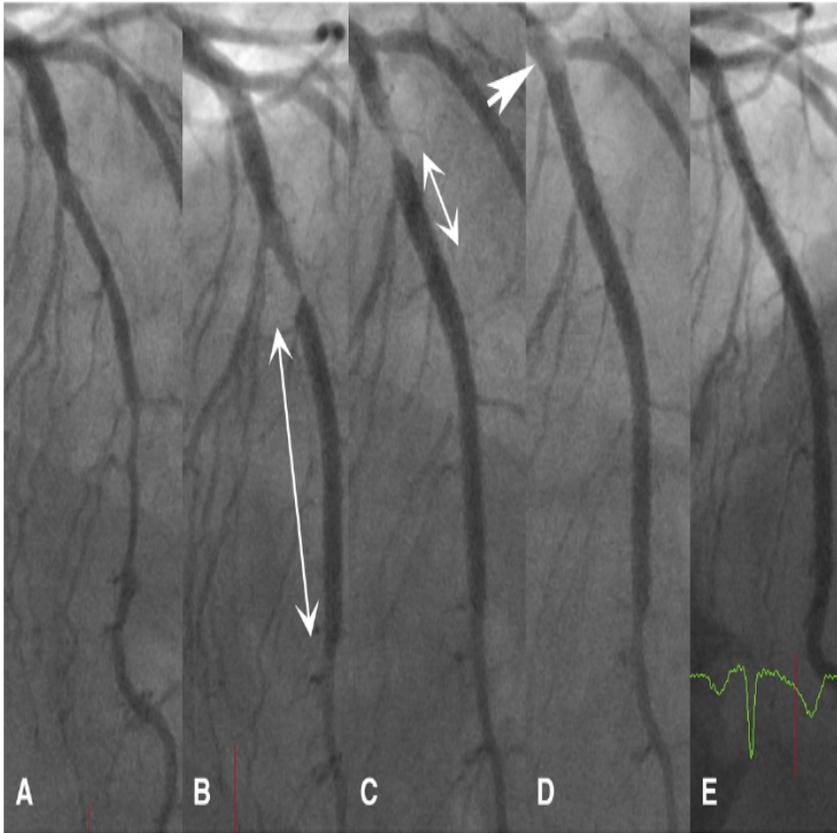
Fig. 2. ECG after thrombolysis.

Anti GPIIb/IIIa

- Leur utilisation a été rapportée dans la littérature
- Le plus souvent avant le diagnostic chez des patients se présentant avec un NSTEMI à haut risque, avec une bonne évolution
- Peuvent être utilisées en péri-angioplastie pour les dissections instables
- Il existe un **risque théorique d'expansion de l'hématome**

Angioplastie coronaire

- Doit être réservée en cas d'IDM ST+ et altération du flux
- Taux de succès plus faible (65%)
- Difficulté de retrouver le vrai chenal
- Extension de l'hématome et la dissection par le stent dans 25% des cas
- Nécessiter de plusieurs stents
- Place de IVUS/OCT



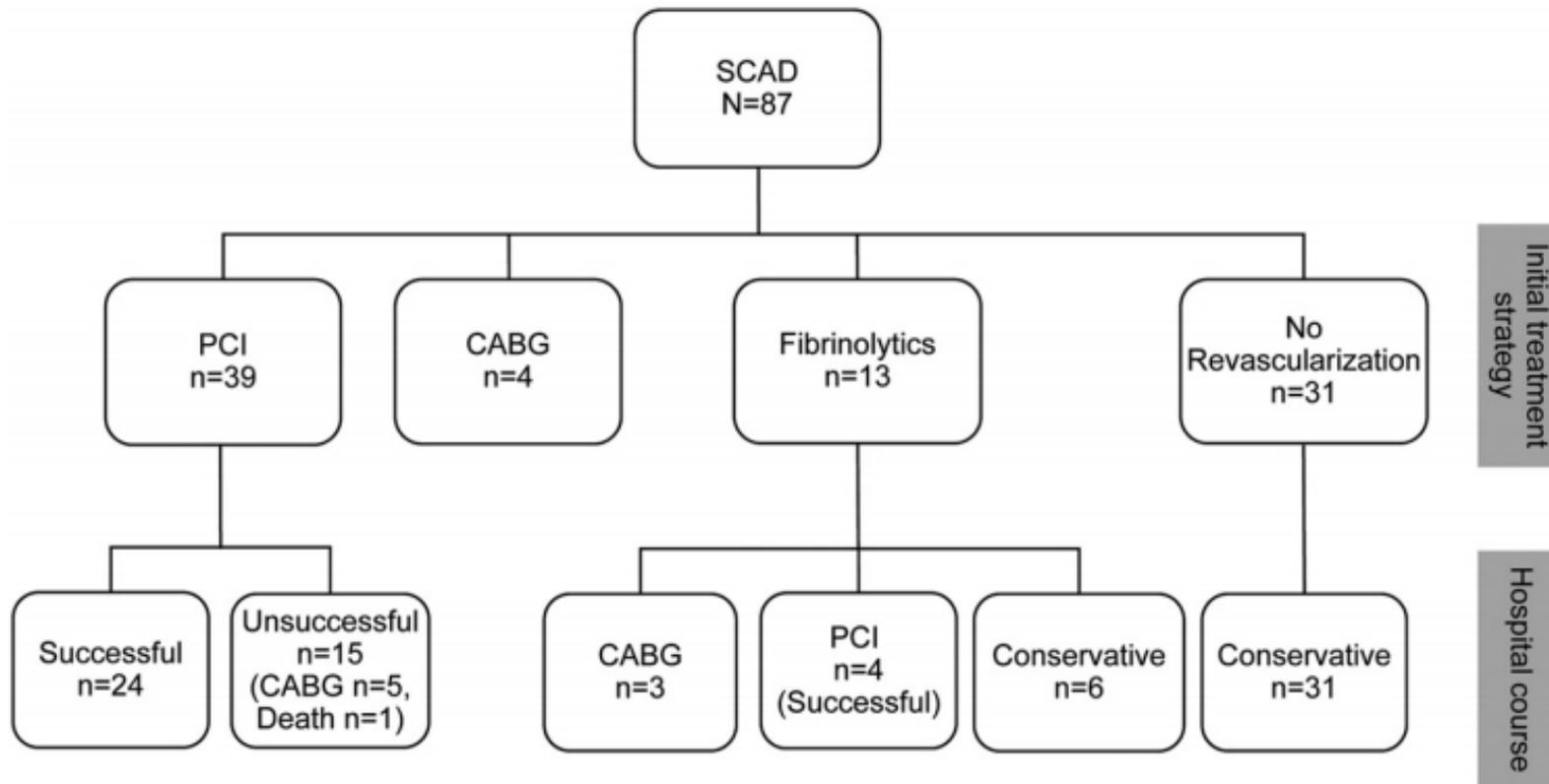
Chirurgie en urgence

- Souvent indiqué lorsque le TC est atteint, multiple atteinte et échec de l'angioplastie
- Difficulté en cas de dissection étendue et extensive
- Difficulté de repérer le vrai chenal
- Devenir de la perméabilité des pontages semblent être mauvais
- (15 PAC , 11 étaient occlus au contrôle (5 MIG, 1 MID et 5 SVG)
- Rend peu utiles les pontages en cas de récurrence

Traitement médical

- Comme tout SCA
- Anticoagulation par HNF ou Enoxaparine
- Double AAP
- B bloquants
- Dérivés Nitrés
- Statines???

Initial strategy



Facteurs influençant notre stratégie

**Clinical
Stability**

**Anatomical
Distribution**

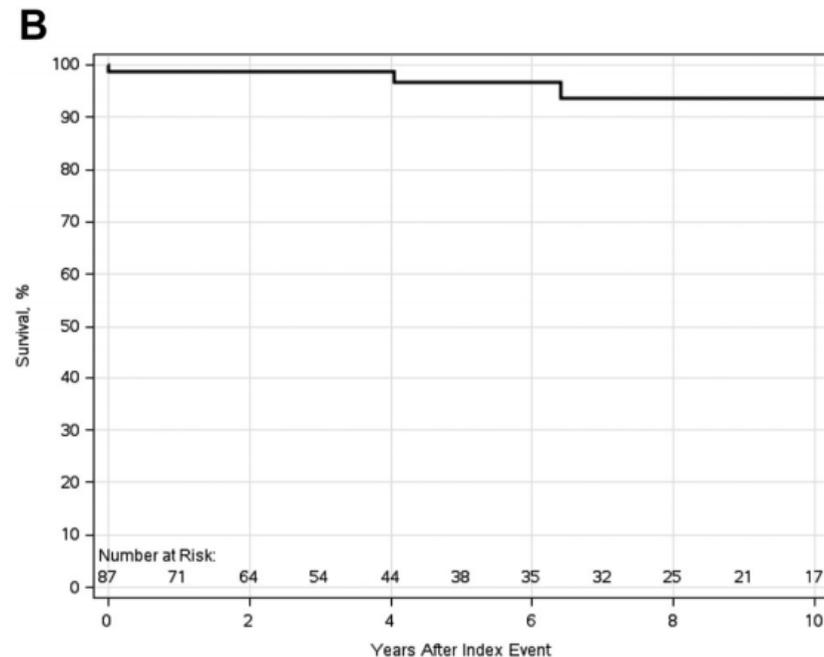
**Extent of
Dissection**

**Underlying
Cause**

Évolution clinique et angiographique

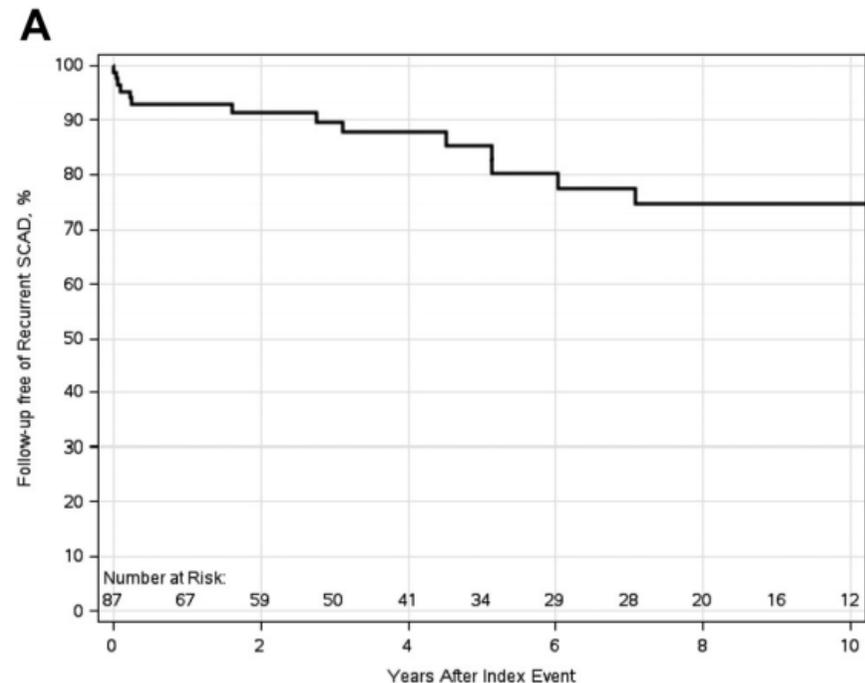
- Suivi median de 47 mois (18-106),
 - 5 pts ont developpé de IC
 - 16 pts un IDM
 - 2 sont décédés (causes non cardiaques) à 10 ans

Majorité des dissections vont totalement se colmatées, parfois partiellement

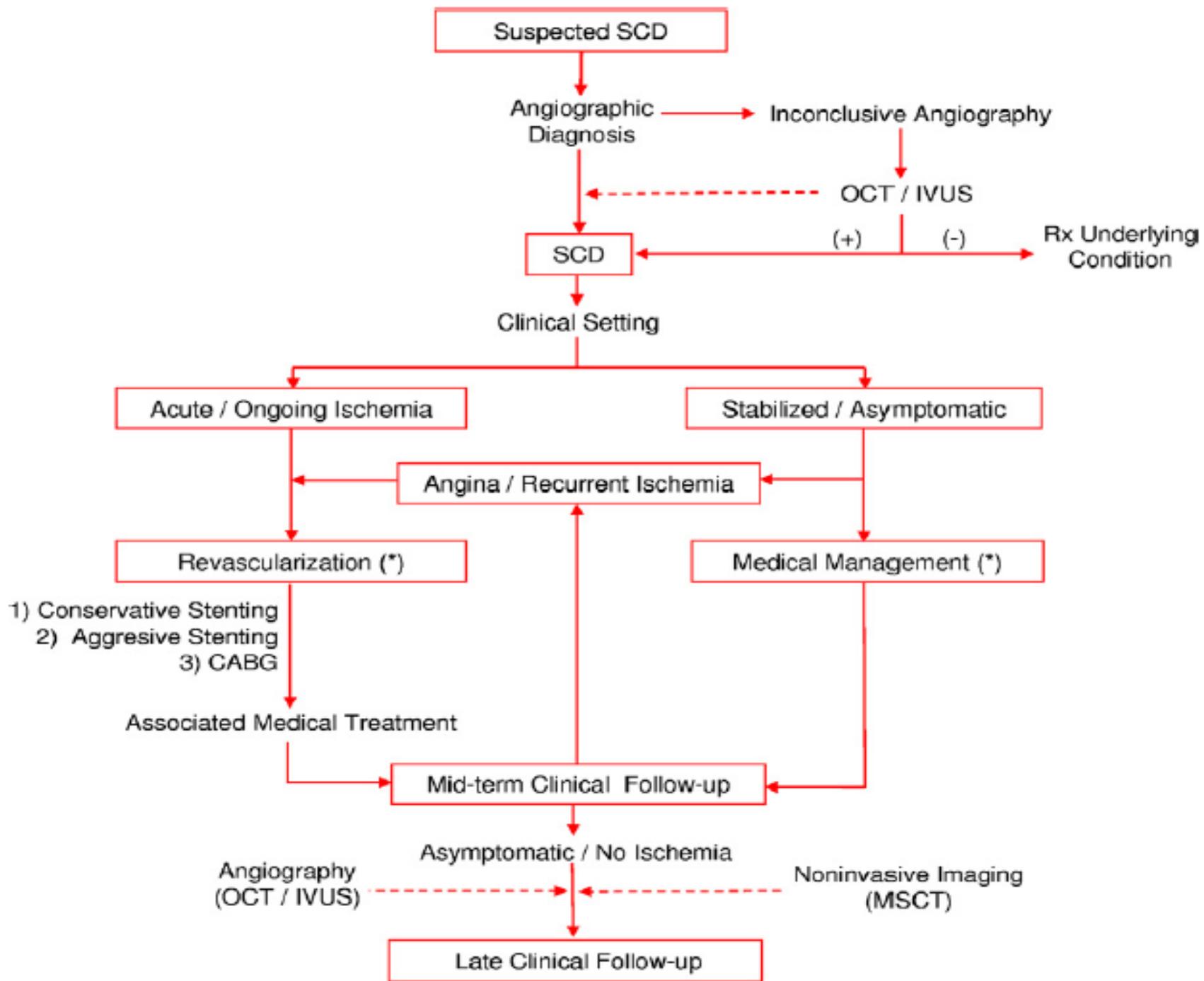


Évolution clinique et angiographique

- La récurrence d'une nouvelle dissection était de 17% dans cette population (plus élevée que les autres series).
- Essentiellement chez les femmes et particulièrement chez celle présentant une dysplasie fibromusculaire.



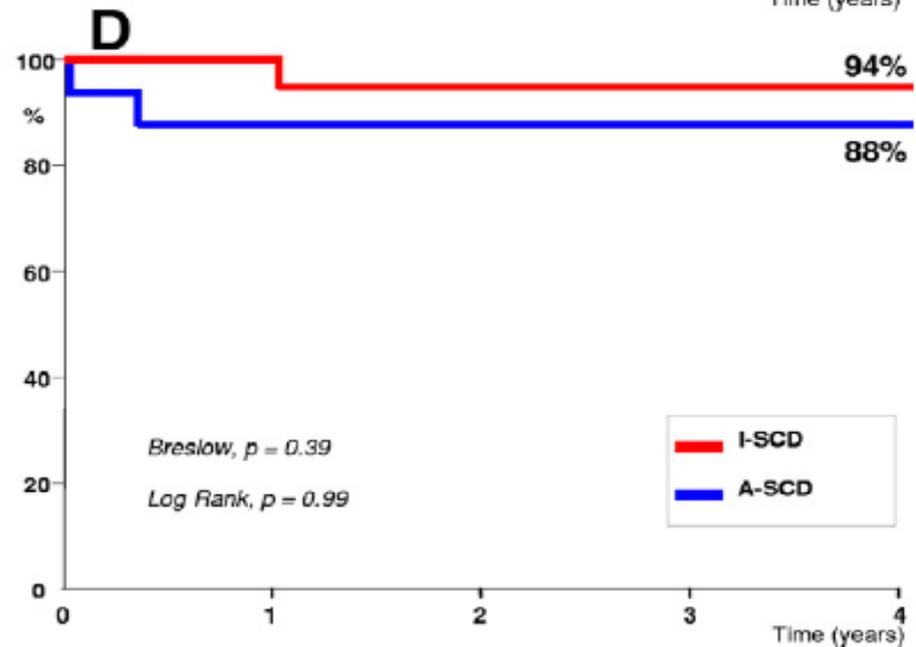
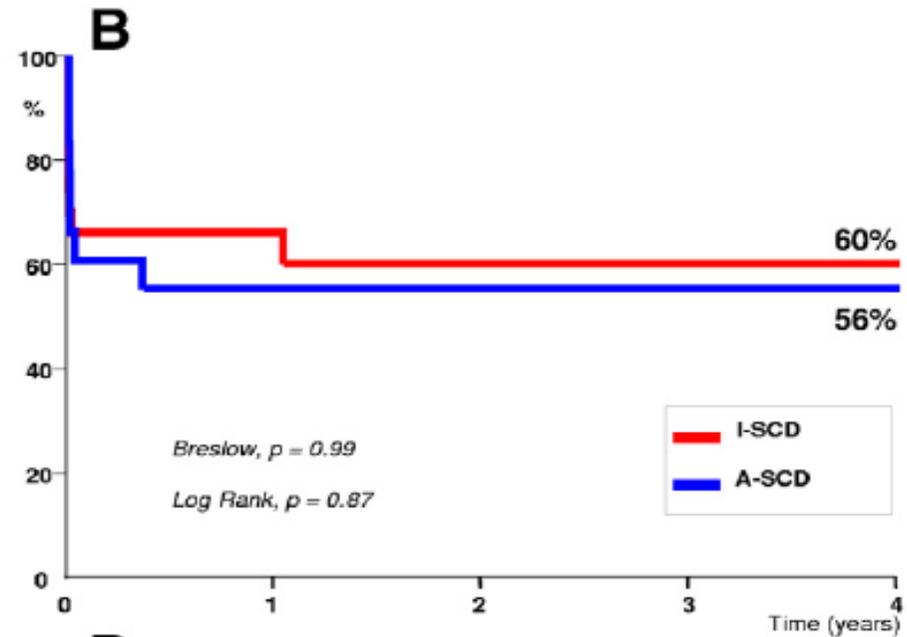
MERCI



Pronostic

Spontaneous Coronary Artery Dissection

Long-Term Follow-Up of a Large Series of Patients Prospectively Managed With a “Conservative” Therapeutic Strategy



J A C C : C A R D I O V A S C U L A R
I N T E R V E N T I O N S , 1 0 , 2 0 1 2 Alfonso *et al.*
O C T O B E R 2 0 1 2 : 1 0 6 2 – 7 0 Conservative Management of
Spontaneous Coronary Dissections

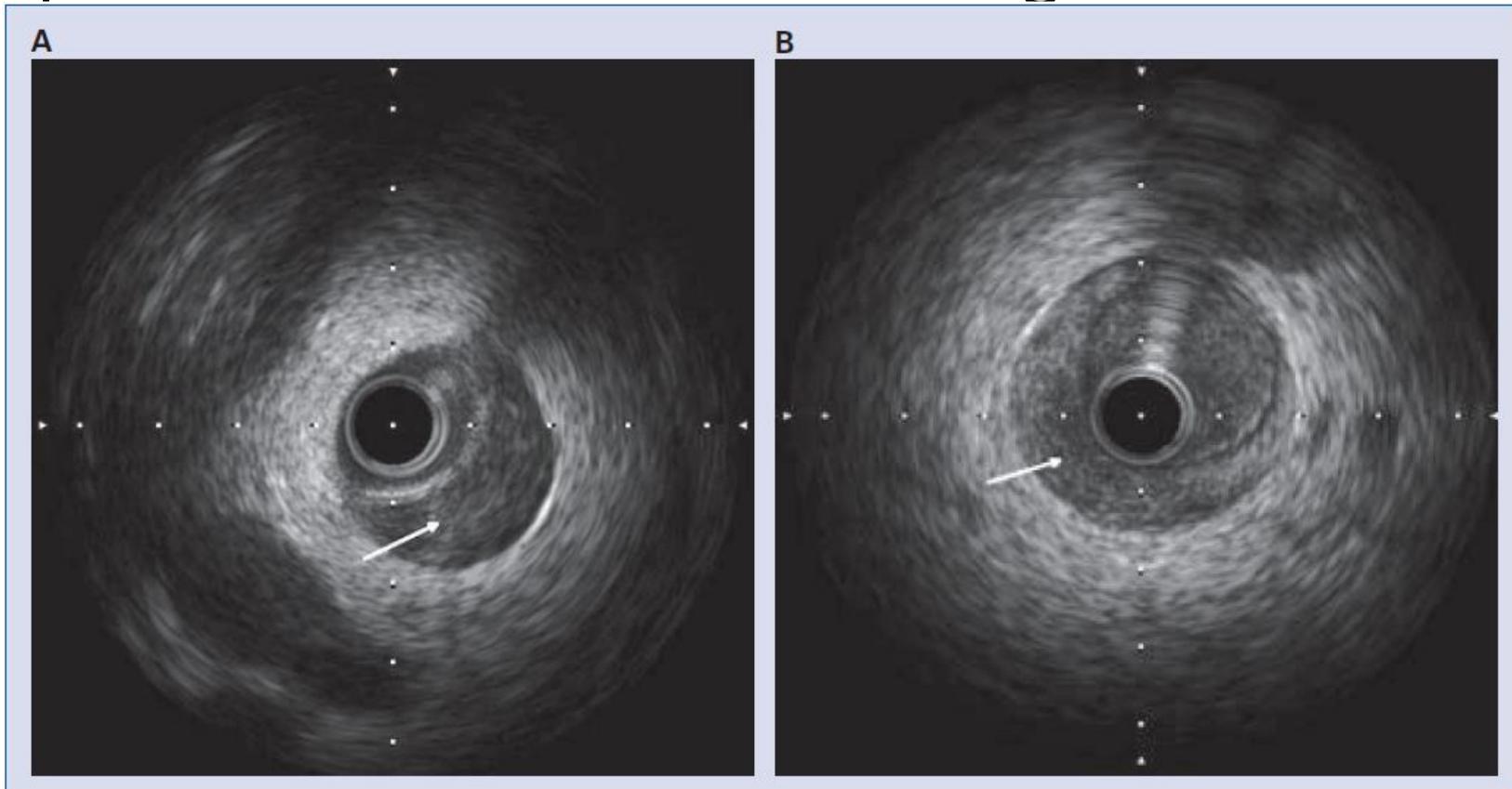
Discussion

- L'incidence des dissections spontanées varie de 0.07 à 1.1%
- Prédominance chez la femme (70%) et surtout jeune
- 30% des cas en période de péri-partum
- L'IVA est le siège le plus fréquent: 60% des cas dans les séries angiographiques et autopsiques
- La manifestation la plus fréquente est un SCA ST+

Etiologies

- Athérosclérose
- Hormonale (**péripartum** et imprégnation oestroprogestative)
- Spasme coronaire (**cocaine**)
- Anomalies du tissu élastique (**Marfan**, Mdie d'Ehlers Danlos)
- Vascularites et **maladies systémiques** (LED, PR, Sd des antiphospholipides)
- Iatrogène (**contraceptifs oraux**, cyclosporine, 5 Fluorouracile..)
- **Dissection aortique** avec extension aux coronaires

- **Angioplastie**: Intérêt de l'IVUS et l'OCT en per procédure afin d'évaluer la longueur de la

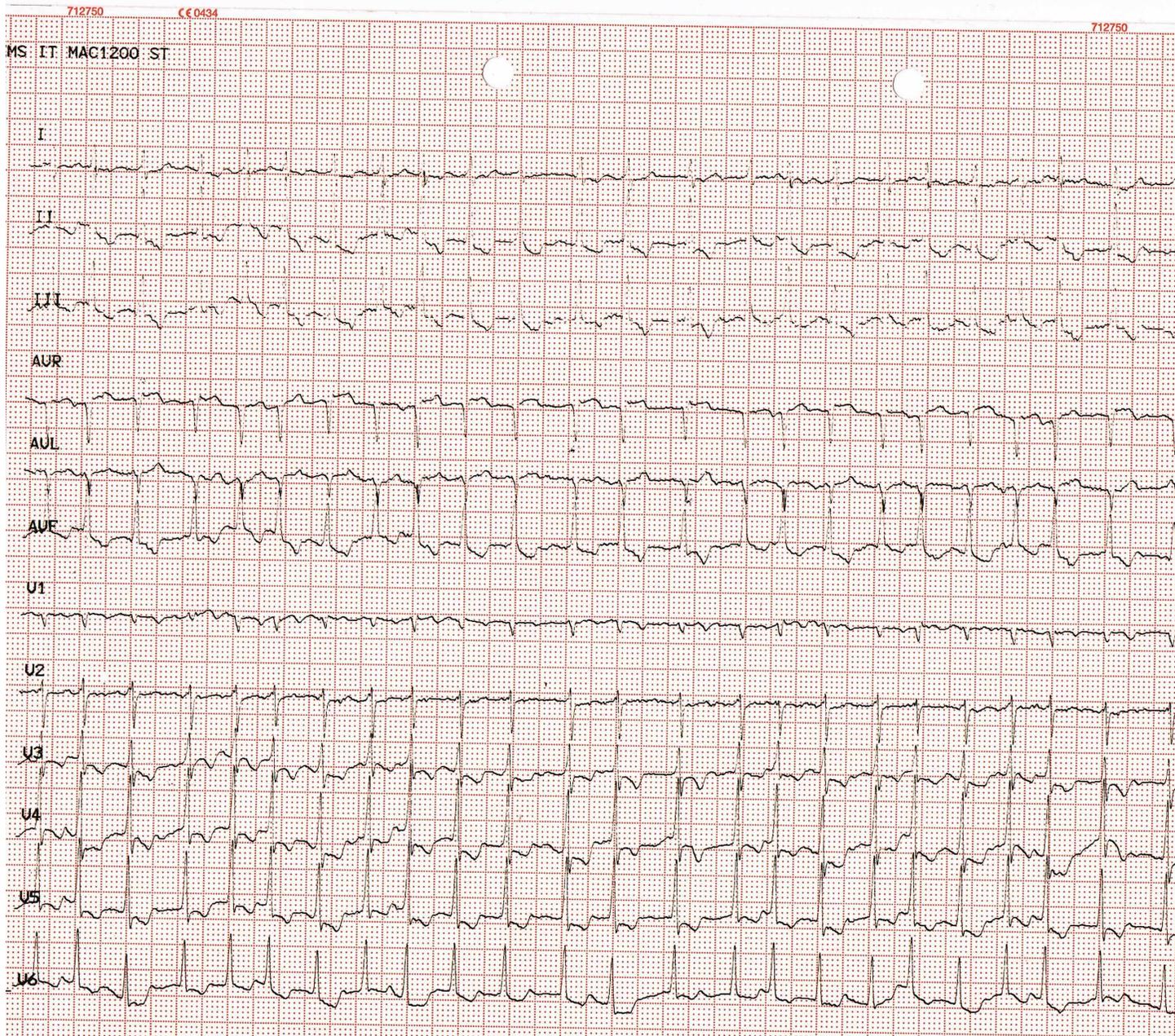


- Of 17 initially dissected vessels, 9 demonstrated resolution or near resolution of dissection (mean time to repeat angiography, 40 months). Partial resolution was seen in 3 of 17 (mean, 27 months), one of which
- was treated with PCI on day 52 because of ongoing pain.
- Persistent dissection was evident in 4 of 17 vessels (mean, 12 months), two of which were treated with PCI, both on
- day 24, for ongoing symptoms. In 1 patient, a dissected but
- patent LAD progressed to symptomatic acute occlusion 88
- days after the initial event and was successfully treated
- with PCI.

Reflexe oculo stenotique et/ou oculorythmique

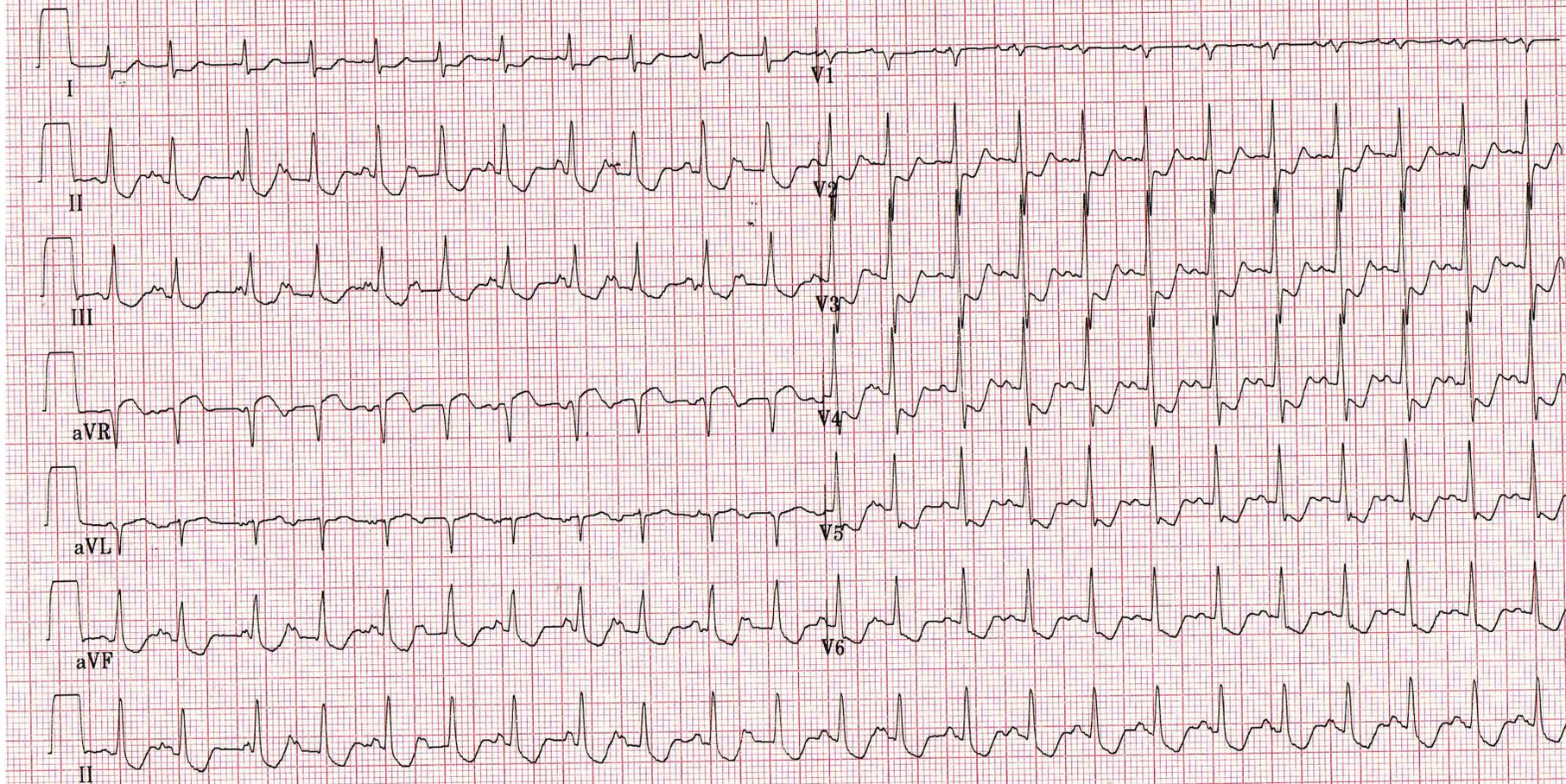
M.Randriamora, M.Verhaeghe, S.Yahaoui,
A.Ouadah, D.Broucqsault, M.Poueymidanette,
A.Rifai, E. Bearez, G.Hannebicque, service
cardiologie CH ARRAS

- Femme de 76 ans
- ATCD ; stent nu sur l'IVA en 2010
- FDR : diabète de type 2/ dyslipidémie/HTA
- Admission janvier 2013 :TACFA+SubOAP
+Surinfection bronchique
- Biologie : ProBNPà 3917pg/ml tropo T 21à 29
ng/l



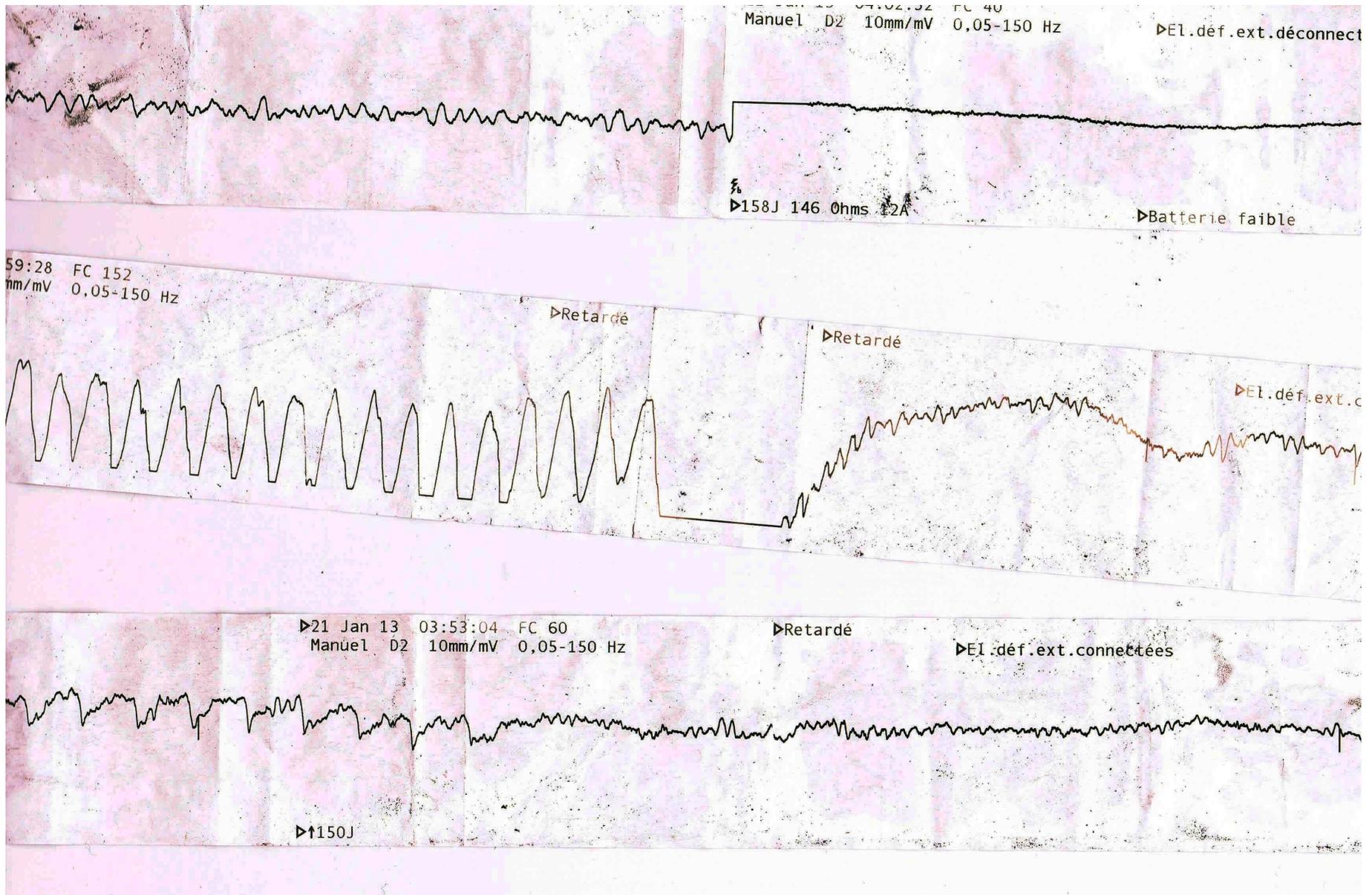
Fréq. ventr. 139 bpm
Intervalle PR 118 ms
Durée QRS 78 ms
QT/QTc 272/413 ms
Axes P-R-T 75 84 268

Non validé



Evolution

- Retour au rythme sinusal
- Courant de lesion sous endo++
asymptomatique = control coro prevu
- Stabilité hemodynamique
- Reste bronchospastique
- À J6 , 4h du matin : arrêt cardiocirculatoire sur
TV qui dégénère rapidement en FV

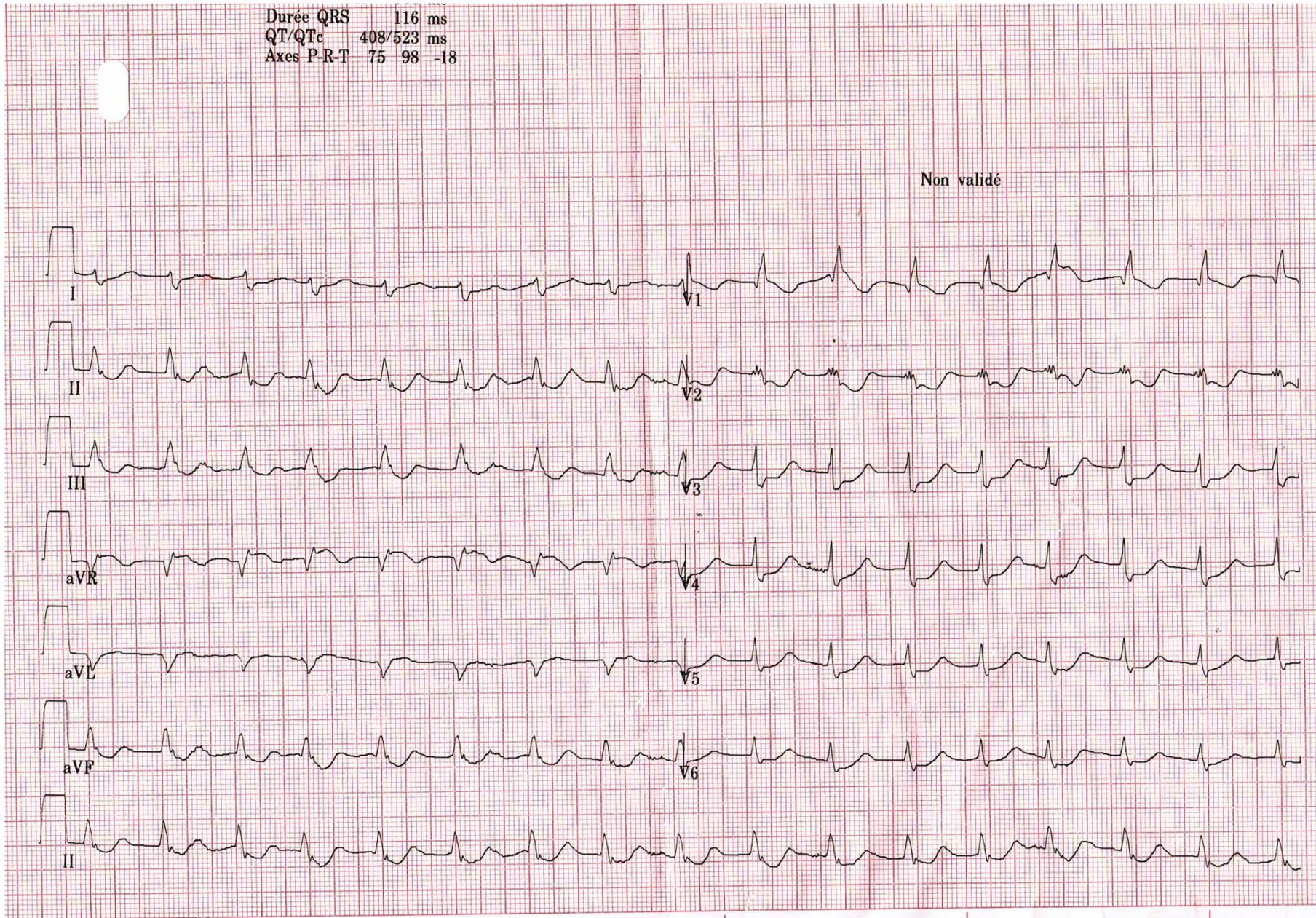


ARRET CARDIO CIRCULATOIRE

- Réanimation difficile : retour au rythme sinusal après:
 - 6 CEE
 - CORDARONE IV
 - INTUBATION / VENTILATION
- Post REA :
 - Hémodynamique stable
 - Extubation rapide
 - FEVG normale en ETT
 - Biologie : tropo T 80 à 206/ CPK : 437,9%MB/ K+ 3.4

Durée QRS 116 ms
QT/QTc 408/523 ms
Axes P-R-T 75 98 -18

Non validé

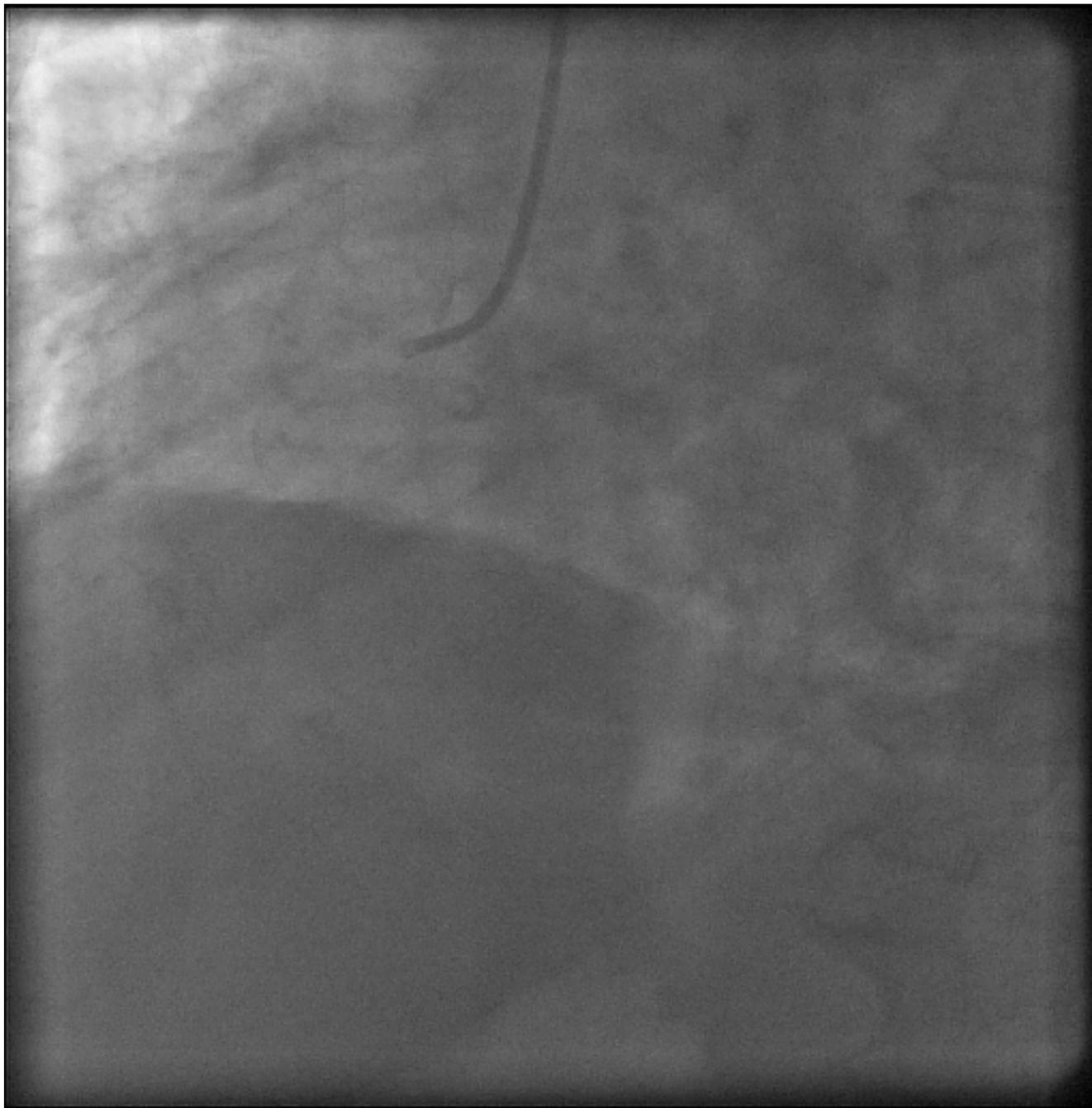




05/06/2013

Appac 2013

56



05/06/2013

Appac 2013

57

QUE FAIRE ???

- SCA ST- TROPO+ compliqué en phase aigue d'une FV
- MORT SUBITE RECUPEREE chez une coronarienne à FEVG préservée et avec séquelle de nécrose transmurrale posterobasale en IRM ?
- DAI ? Documentation ischémie+/- Stenting coronaire ? TT MEDICAL ?

Recommandations ESC 2006 Arythmies ventriculaires et prévention mort subite

- ▣ TV/FV et faible élévation enzymatique = même stratégie que TV/FV sans élévation enzymatique (I C)
- ▣ Impact de la revascularisation sur le pronostic rythmique :
 - Réduction SCD
 - Pas d'impact en cas de TV monomorphiques ou si il existe une dysfonction VG
- ▣ Valeur prédictive négative de la SVP est faible en cas de dysfonction VG et inconnue en cas de FEVG préservée.

Recommandations ESC 2006 Arythmies ventriculaires et prévention mort subite

- TV/FV chez le coronarien en post infarctus à FEVG normale :
 - Il faut traiter efficacement l'ischémie (IC)
 - La revascularisation est indiquée en cas de FV précédée d'une ischémie myocardique aigue documentée (1B)
 - revascularisation non réalisable + ATCD d'infarctus +dysfonction VG = DAI (1A)
 - TV récidivantes + FEVG normale + TT optimal = DAI (IIa/C)

Valeur pronostique de la TV/FV précoce (<48h) en cas de SCA

- SCA ST+ : controversé.
 - Classiquement : bon pronostic
 - GUSTO : mortalité à 30j de 22% vs 5%
- SCA ST- :
 - TV/FV = coro en urgence (< 2h)
 - Aucune info pronostique ds les guidelines ESC 2011

Clinical Investigation and Reports

Sustained Ventricular Arrhythmias Among Patients With Acute Coronary Syndromes With No ST-Segment Elevation

Incidence, Predictors, and Outcomes

Sana M. Al-Khatib, MD, MHS; Christopher B. Granger, MD; Yao Huang, MS;
Kerry L. Lee, PhD; Robert M. Califf, MD; Maarten L. Simoons, MD;
Paul W. Armstrong, MD; Frans Van de Werf, MD; Harvey D. White, DSc;
R. John Simes, MD; David J. Moliterno, MD; Eric J. Topol, MD; Robert A. Harrington,
MD

+ Author Affiliations

Correspondence to Sana M. Al-Khatib, MD, Duke Clinical Research Institute, PO Box
17969, Durham, NC 27715. E-mail alkha001@mc.duke.edu

Abstract

Background—The prognosis of ventricular arrhythmias among patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes is unknown. We studied the incidence, predictors, and outcomes of sustained ventricular arrhythmias in 4 large randomized trials of such patients.

Methods and Results—We pooled the datasets of the Global Use of Streptokinase and tPA for Occluded Arteries (GUSTO)-IIb, Platelet Glycoprotein IIb/IIIa in Unstable Angina: Receptor Suppression Using Integrilin Therapy (PURSUIT), Platelet IIb/IIIa Antagonism for the Reduction of Acute Coronary Syndrome Events in a Global Organization Network (PARAGON)-A, and PARAGON-B trials (n=26 416). We identified independent predictors of ventricular fibrillation (VF) and ventricular tachycardia (VT) and compared the 30-day and 6-month mortality rates of patients who did (n=552) and did not (n=25 864) develop these arrhythmias during the index hospitalization. Independent predictors of in-hospital VF included prior hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, prior myocardial infarction, and ST-segment changes at presentation. Except for hypertension, these variables also independently predicted in-hospital VT. In Cox proportional-hazards modeling, in-hospital VF and VT were independently associated with 30-day mortality (hazard ratio [HR], 23.2 [95% CI, 18.1 to 29.8] for VF and HR, 7.6 [95% CI, 5.5 to 10.4] for VT) and 6-month mortality (HR, 14.8 [95% CI, 12.1 to 18.3] for VF and HR, 5.0 [95% CI, 3.8 to 6.5] for VT). These differences remained significant after excluding patients with heart failure or cardiogenic shock and those who died <24 hours after enrollment.

Clinical Study | November 2001

Life-threatening ventricular arrhythmias due to transient or correctable causes: high risk for death in follow-up FREE

D. George Wyse, MD, PhD; Peter L. Friedman, MD; Michael A. Brodsky, MD; Karen J. Beckman, MD; Mark D. Carlson, MD; Anne B. Curtis, MD; Alfred P. Hallstrom, PhD; Merritt H. Raitt, MD; Bruce L. Wilkoff, MD; H. Leon Greene, MD

[+] Author Information

J Am Coll Cardiol. 2001;38(6):1718-1724. doi:10.1016/S0735-1097(01)01597-2

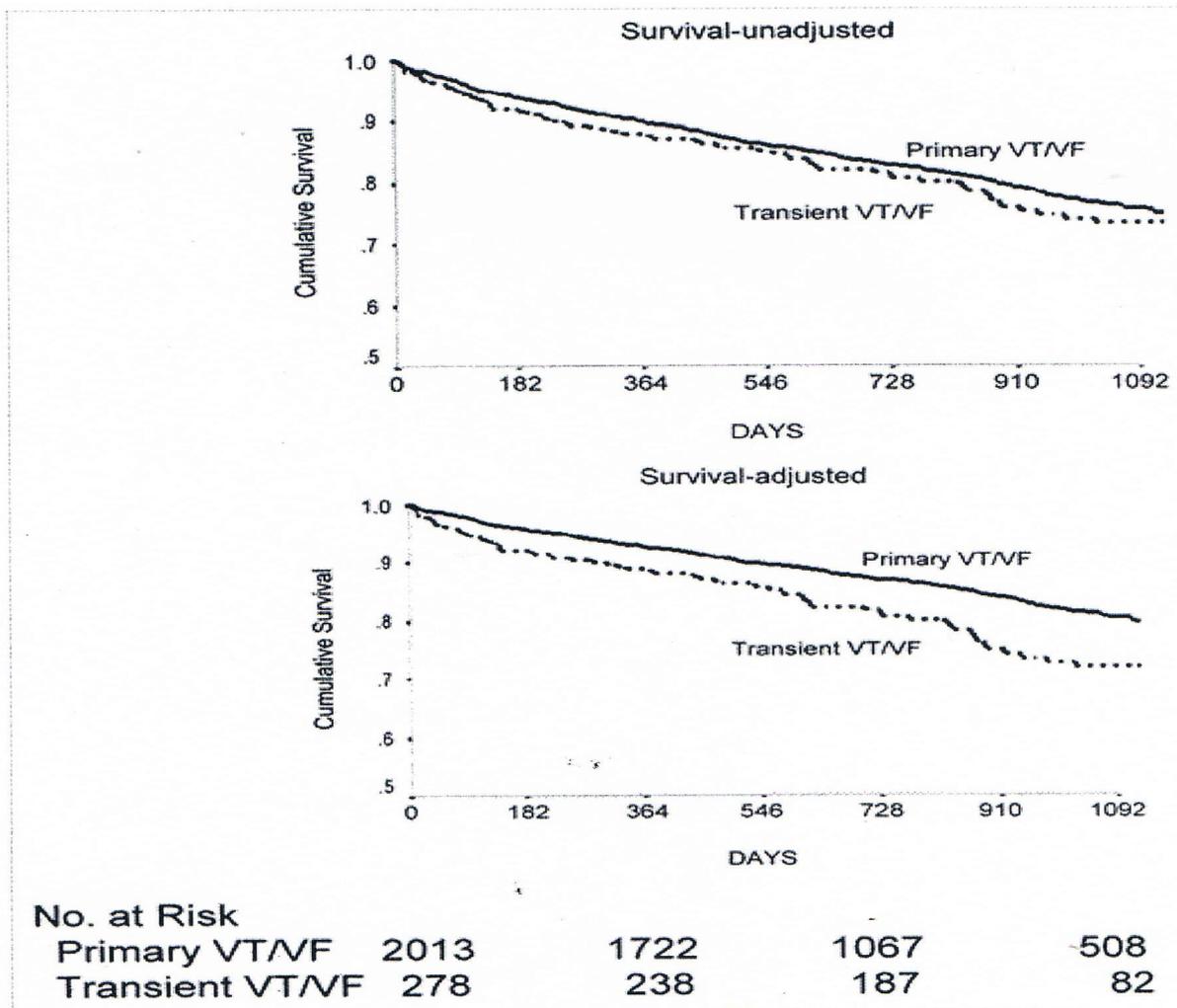
Article Figures Tables References

text A A A

Abstract

Abstract | Abbreviations | Methods | Results | Discussion | Author Information | References

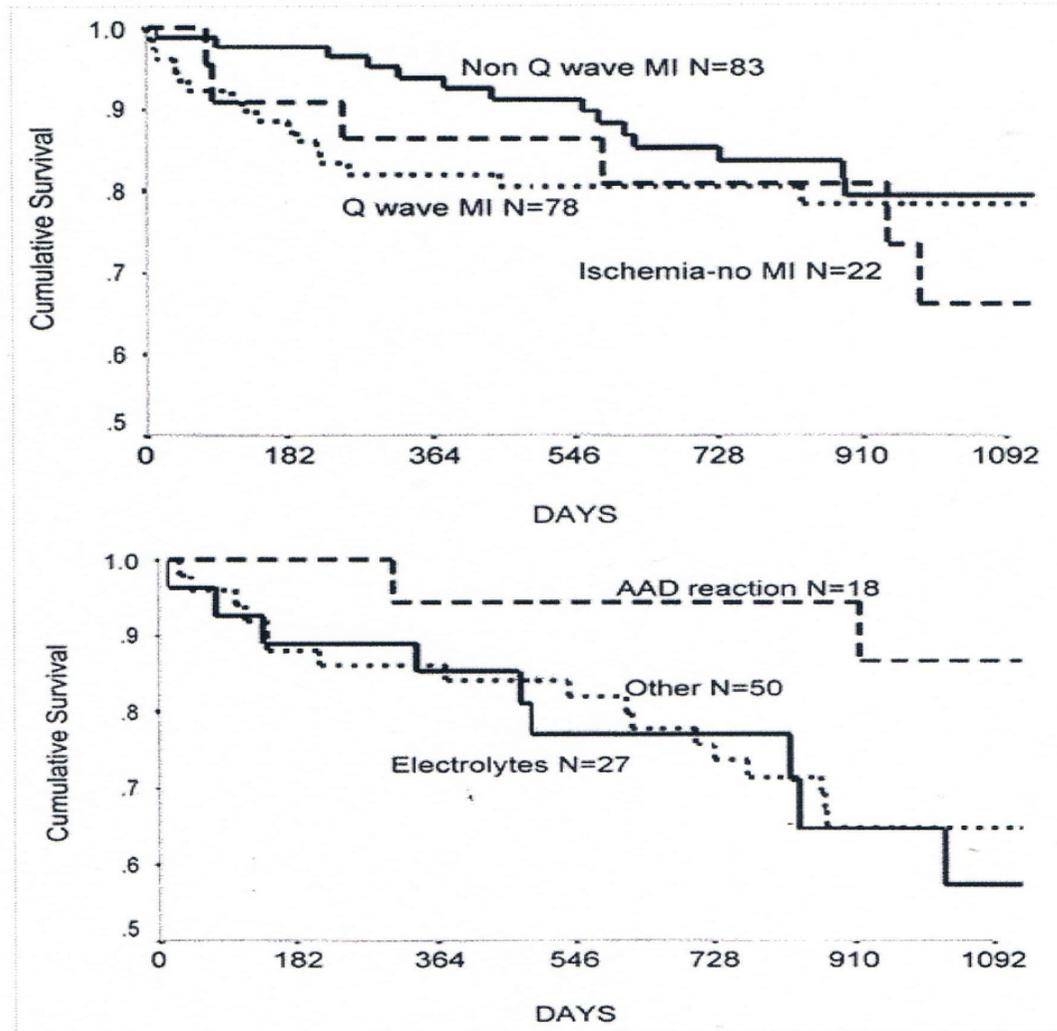
OBJECTIVES This study evaluated the prognosis of patients resuscitated from ventricular tachycardia (VT) or ventricular fibrillation (VF) with a transient or correctable cause suspected as the cause of the VT/VF. **BACKGROUND** Patients resuscitated from VT/VF in whom a transient or correctable cause has been identified are thought to be at low risk for recurrence and often receive no primary treatment for their arrhythmias. **METHODS** In the Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators (AVID) trial, patients with a potentially transient or correctable cause of VT/VF were not eligible for randomization. The mortality of these patients was compared with the mortality of patients with a known high risk of recurrence of VT/VF in the AVID registry. **RESULTS** Compared with patients having high risk VT/VF, those with a transient or correctable cause for their presenting VT/VF were younger and had a higher left ventricular ejection fraction. These patients were more often treated with revascularization as the primary therapy, more commonly received a beta-blocker, less often required therapy for congestive heart failure and less commonly received either an antiarrhythmic drug or an implantable cardioverter defibrillator. Nevertheless, subsequent mortality of patients with a transient or correctable cause of VT/VF was no different or perhaps



[View Large](#) | [Save Figure](#) | [Download Slide \(.ppt\)](#)

Figure 2

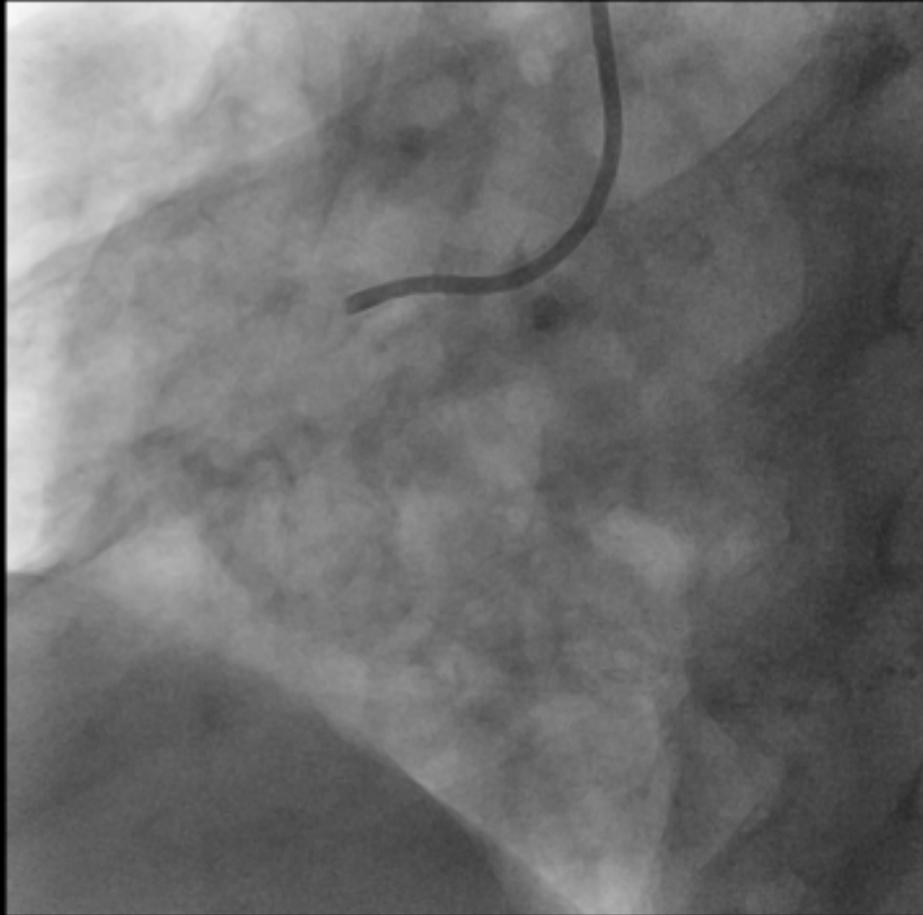
Survival curves for six subgroups of patients with a transient/correctable cause for their presenting ventricular tachycardia/fibrillation. The subgroups are those listed in (Table 1e2): non-Q-wave myocardial infarction (MI) (n = 83), Q-wave MI (n = 78) and ischemia-no MI (n = 22) in the **upper panel**. (**Lower panel**) Electrolyte imbalance (n = 27), antiarrhythmic drug (AAD) reaction (n = 18) and other or unknown (n = 50). P = NS.

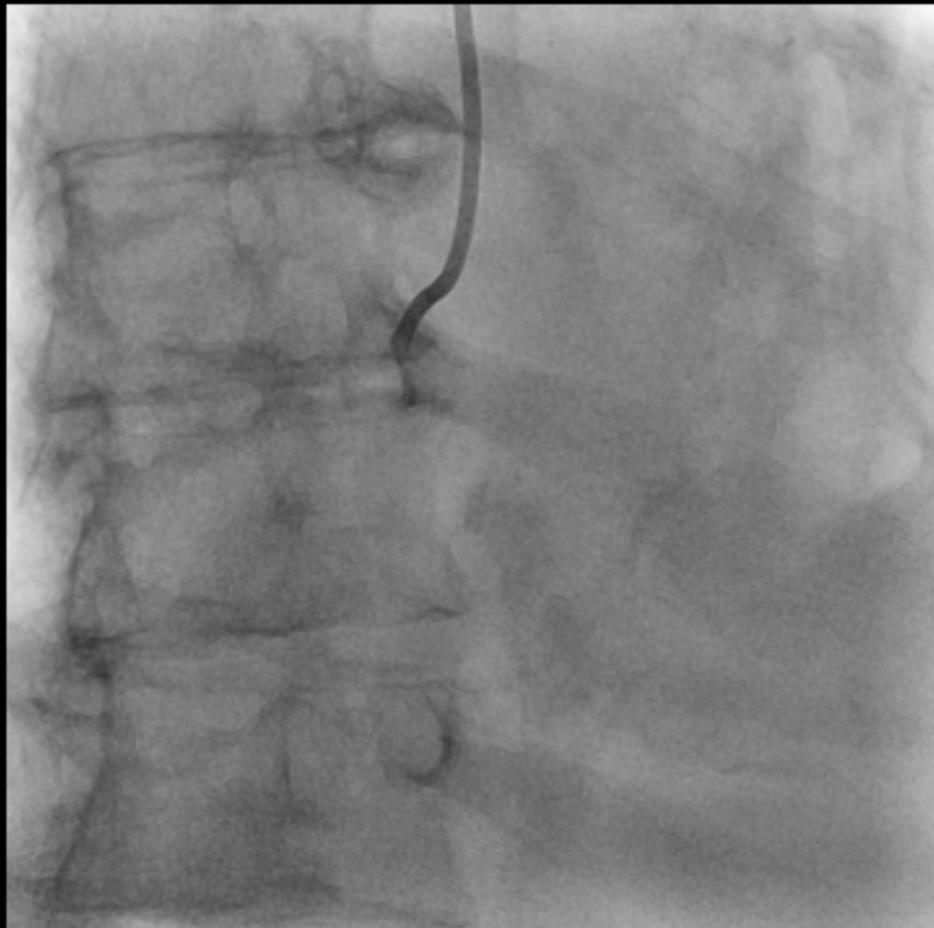


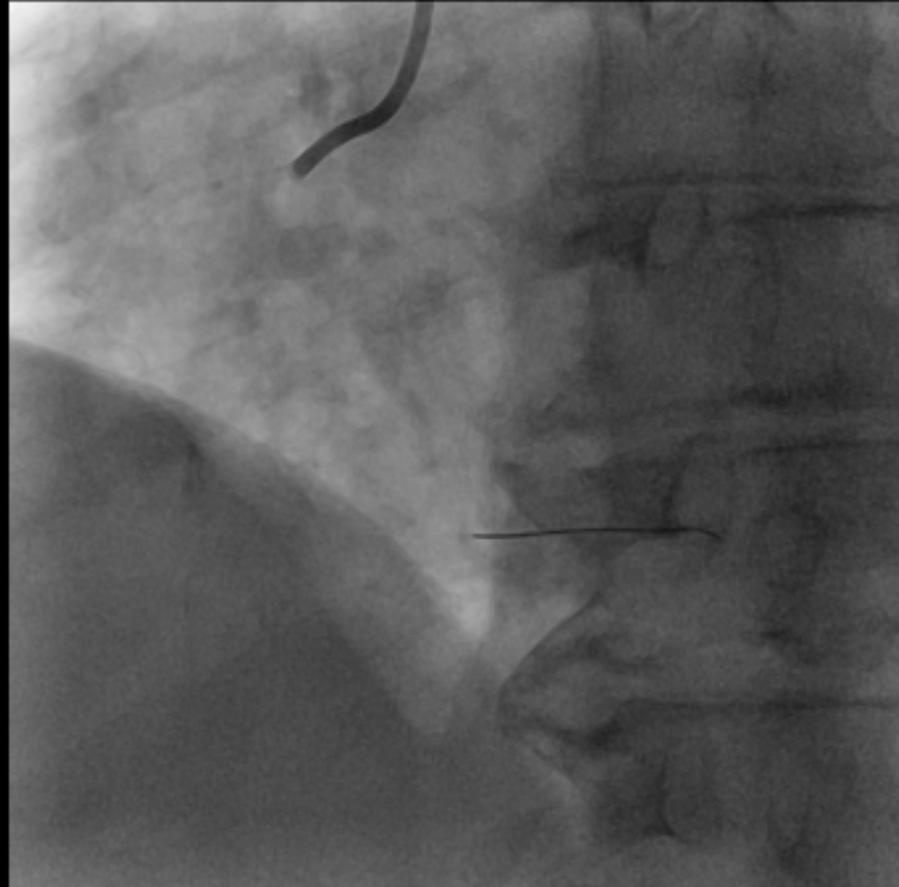
(Table 1e4) lists the procedures and discharge therapies of patients. Patients with primary VT/VF were less likely to undergo revascularization surgery. They were more likely to receive several drug therapies including digitalis, diuretics and an angiotensin-converting enzyme inhibitor, and they were less likely to receive a beta-blocker or aspirin. Patients with VT/VF due to a transient or correctable cause were less likely to receive specific antiarrhythmic therapy. Patients with an ischemic transient or correctable cause for VT/VF were more likely to be treated with revascularization, beta-blockers and aspirin. They were less likely to receive a specific antiarrhythmic therapy and therapy for heart failure.

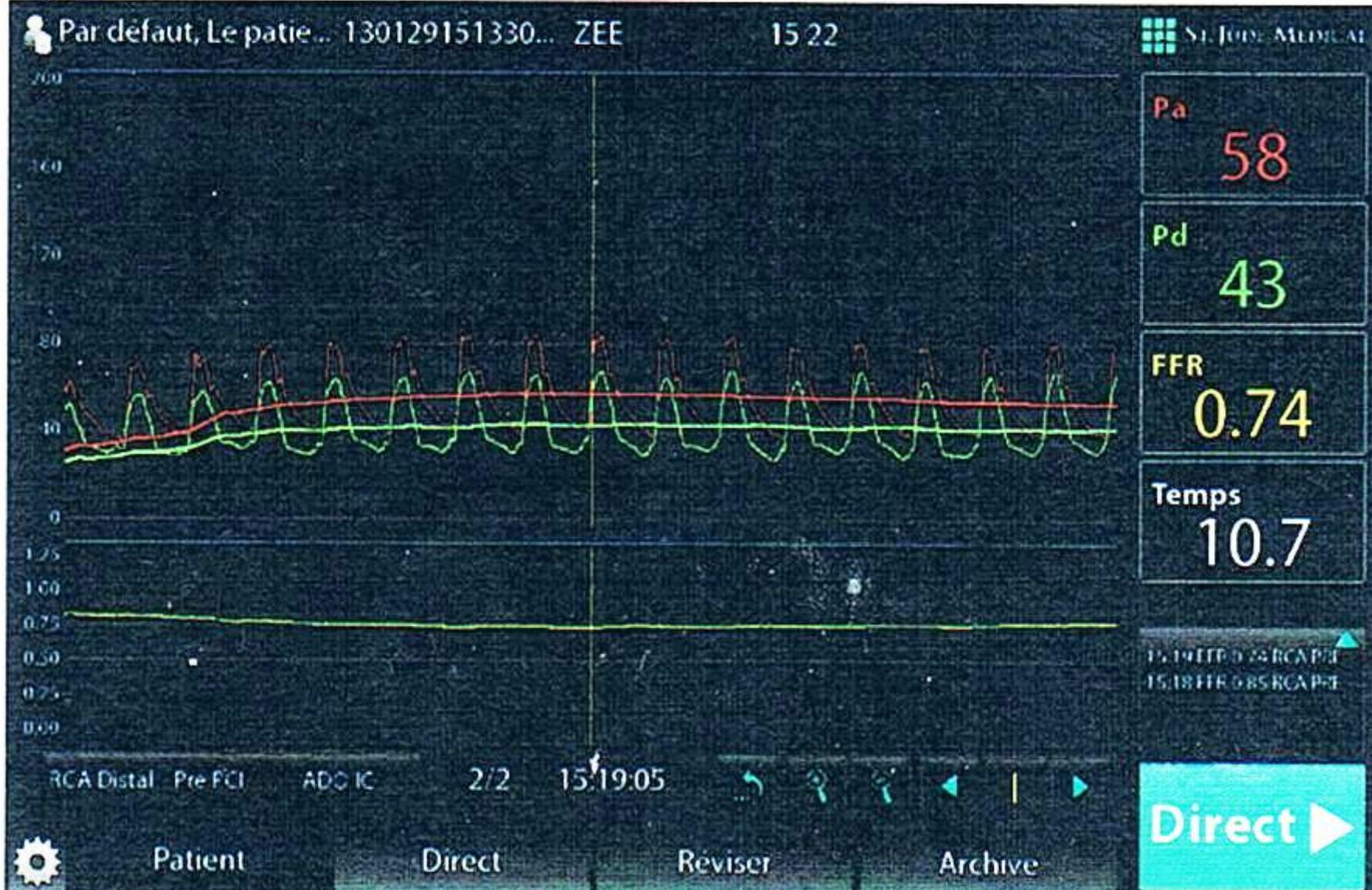
STRATEGIE ADOPTEE

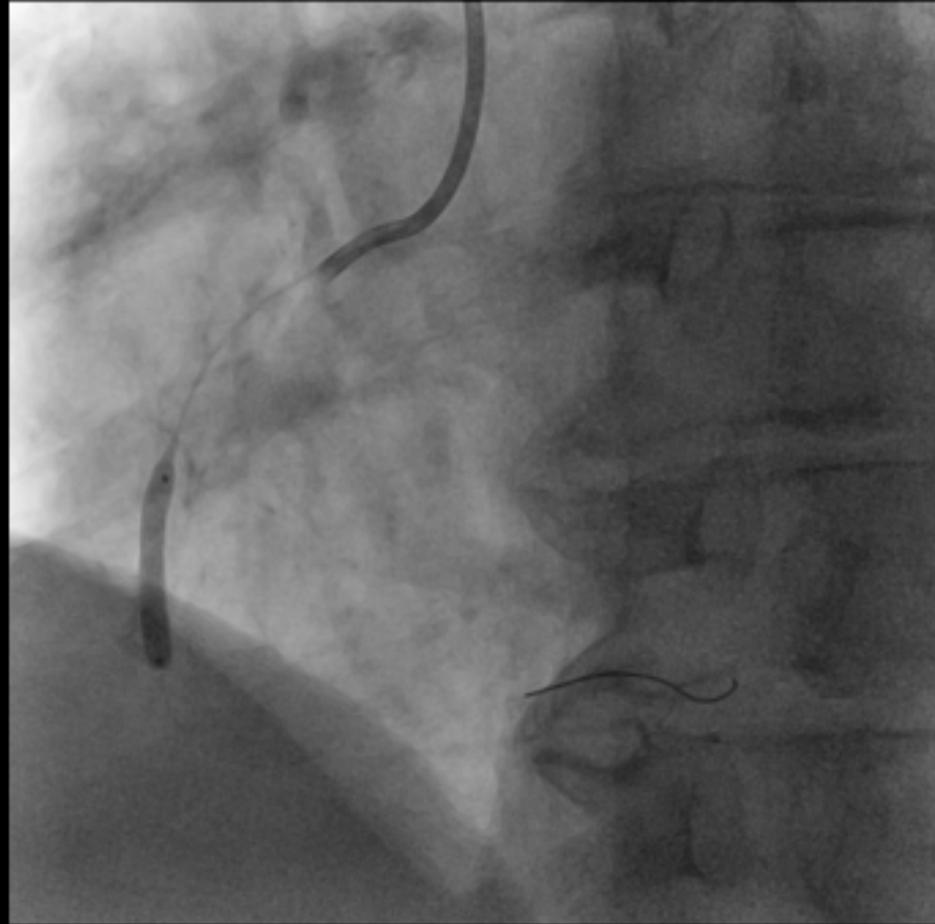
- 1^{IER} TEMPS CONTRÔLE CORO AVEC MESURE DE LA FFR SUR LA CORONAIRE DROITE +/- STENTING
- 2ieme TEMPS , 48 H + TARD, STIMULATION VENTRICULAIRE PROGRAMMEE +/- DAI









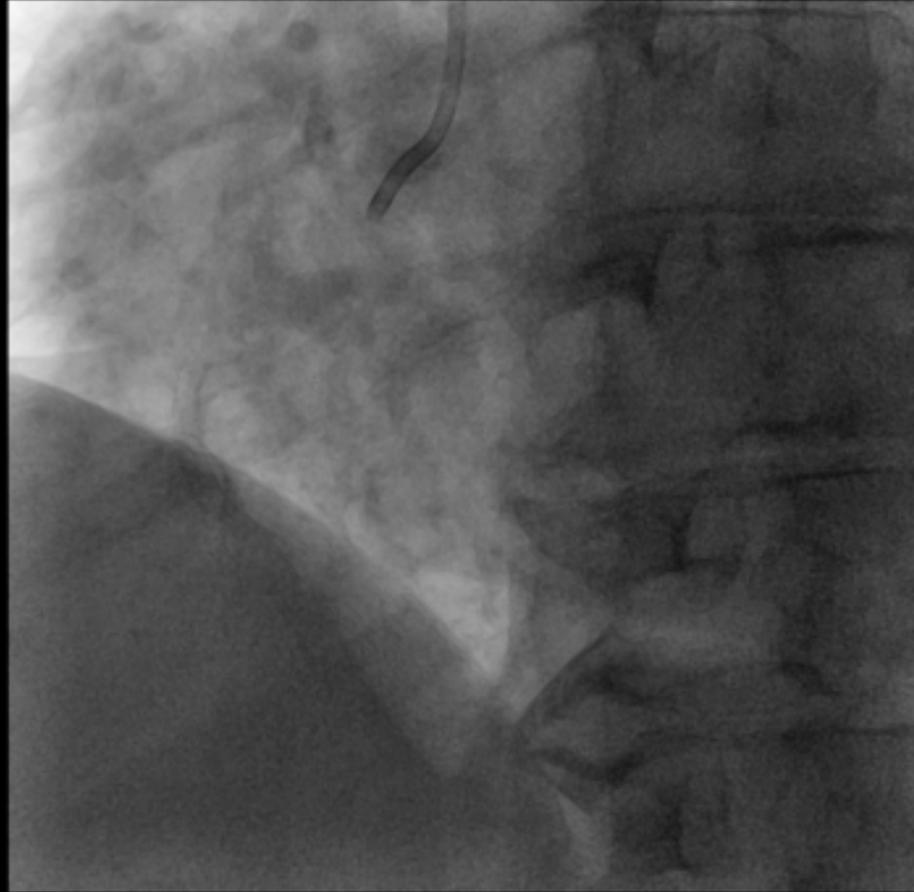


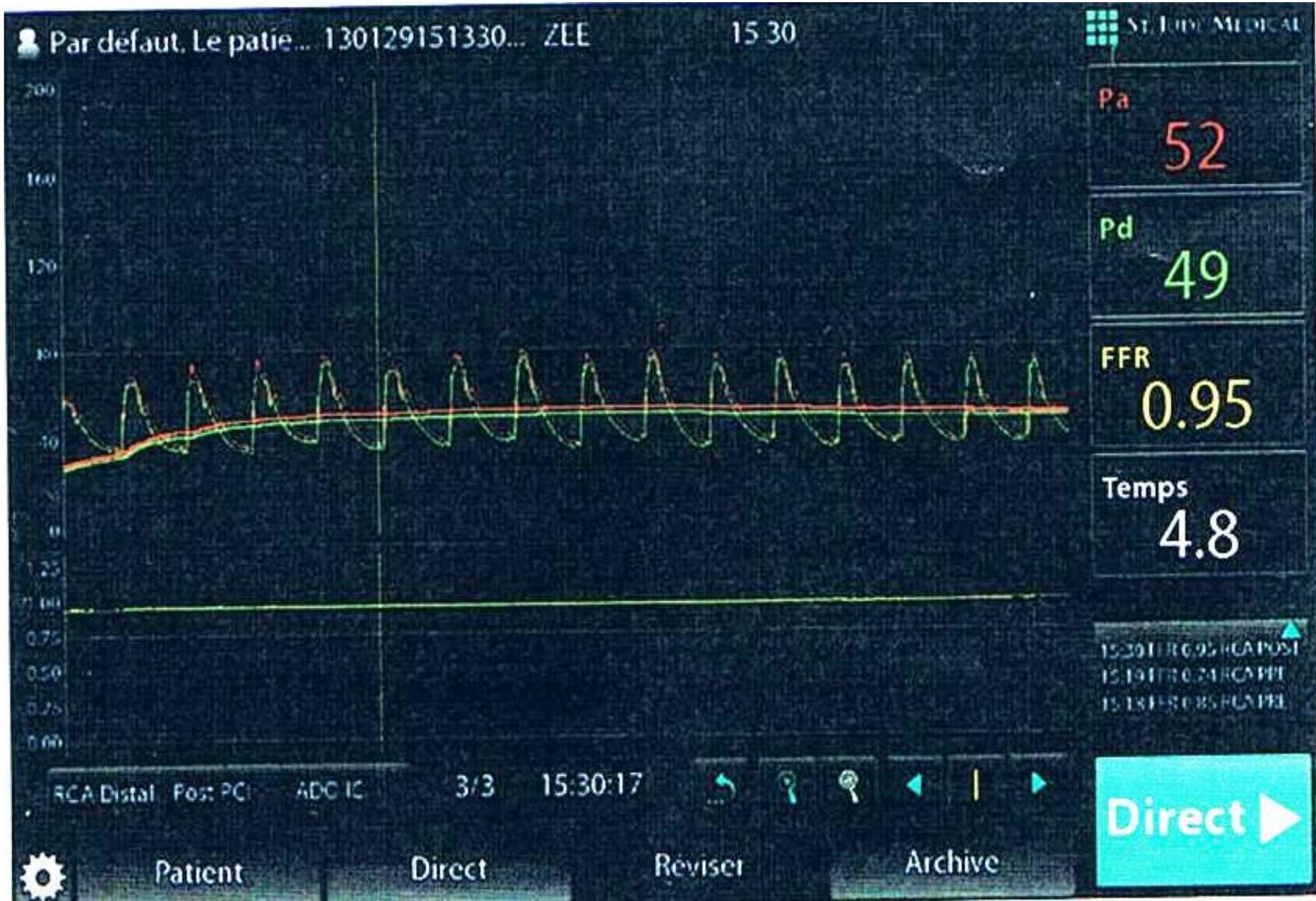


05/06/2013

Appac 2013

72







Boulevard Besnier - BP 914
62022 ARRAS CEDEX

Praticiens Hospitaliers
Docteur Marc POUHEYMIDANETTE
Docteur Mathieu VERHAEGHE

Médecins Attachés
Docteur Etienne BEAREZ

Pôle Plateau Technique de Diagnostic et d'Interventions

**Service de Cardiologie
Unité de Rythmologie**

**Secrétariat des Consultations
Plateau Technique**

Tél : 03.21.21.14.50
Fax : 03.21.21.14.51

Cadre Soignant

Nelly MARETTE

Cardiologue de Garde

Tél : 03.21.21.14.52

**EEP.
INTERVENTION N° 676, LE 30/01/2013**

- **Opérateurs:** Dr POUHEYMIDANETTE Marc
- **Infirmières:** Mme DESENCLOS MARIE PAULE
- **Correspondant:** Dr BEAREZ Etienne.
- **Degré d'urgence:** Hospitalisé.

DOSIMETRIE

Temps de scopie : 330 mn, **Dose Totale :** 94 cGy.Cm².

TECHNIQUE

Matériel utilisé:

VIKING BIPOLAIRE JOSEPHSON (Bard, modèle 400037, 6F) (Bard) - Veine fémorale gauche - Ventricule droit (non précisé).

CONCLUSION

Apex 600/250 600/250/200 600/250/220/200

Apex 400/200 400/220/200 400/220/200/200

Inf 600/240 600/240/200 600/230/200/200

Inf 400/220 400/210/200 400/210/200/200

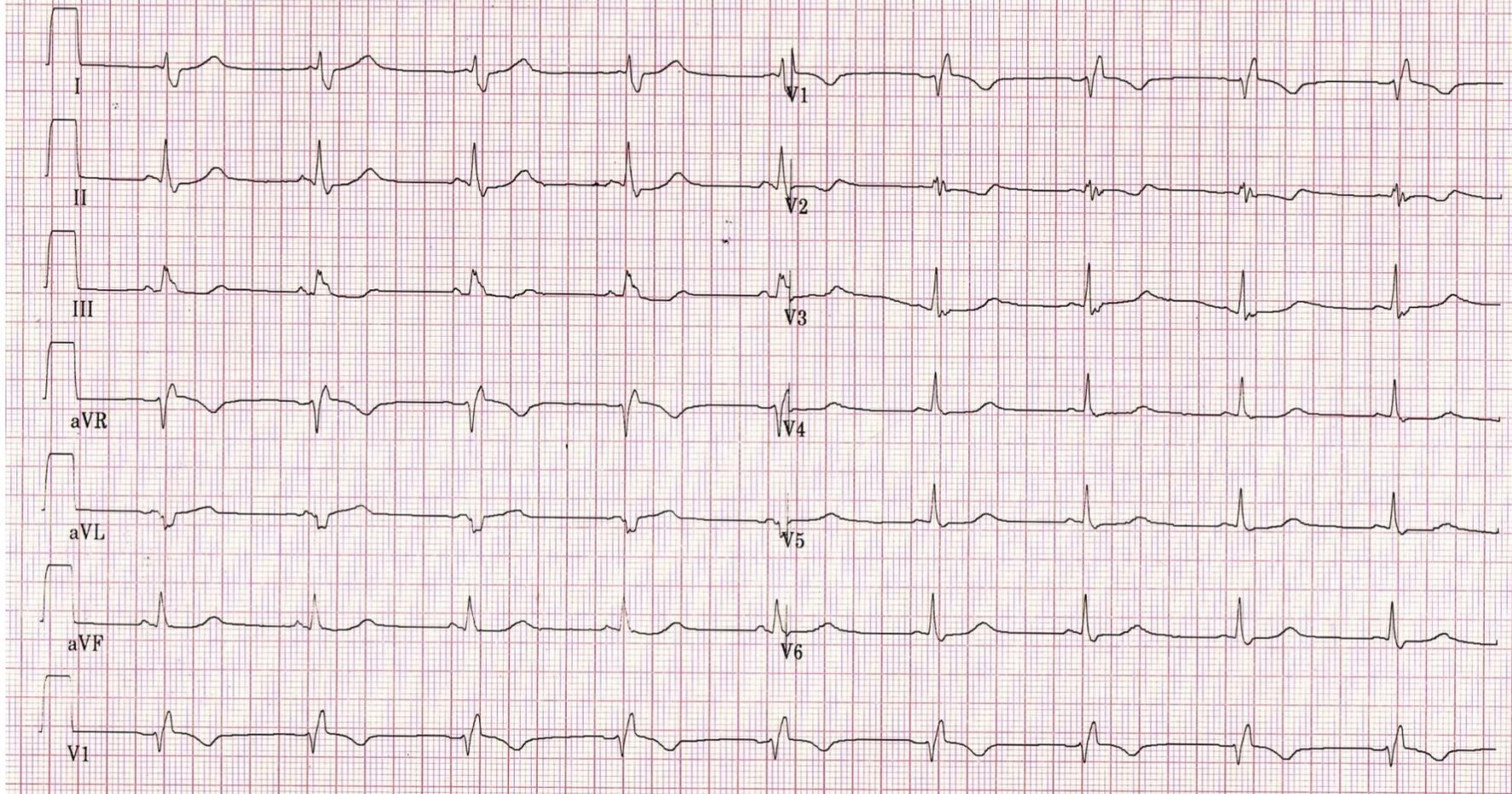
SVP négative, pas de défibrillateur . FV de phase aigue

Dr POUHEYMIDANETTE Marc

Freq. ventr. 55 bpm
Intervalle PR 126 ms
Durée QRS 130 ms
QT/QTc 510/487 ms
Axes P-R-T 72 85 39

TACHYCARDIE SINUSALE AVEC BLOC A-V DU DEUXIEME DEGRE AVEC CONDUCTION A-V 2 SUR 1
BLOC DE BRANCHE DROIT COMPLET (BBD)

Non validé



Suivi à 6 mois

- La patiente va bien
- Absence d'évènement coronarien
- Absence d'évènement rythmique