FACULTE DE MEDECINE
Université de Lille 2
HENRI WAREMBOURG

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

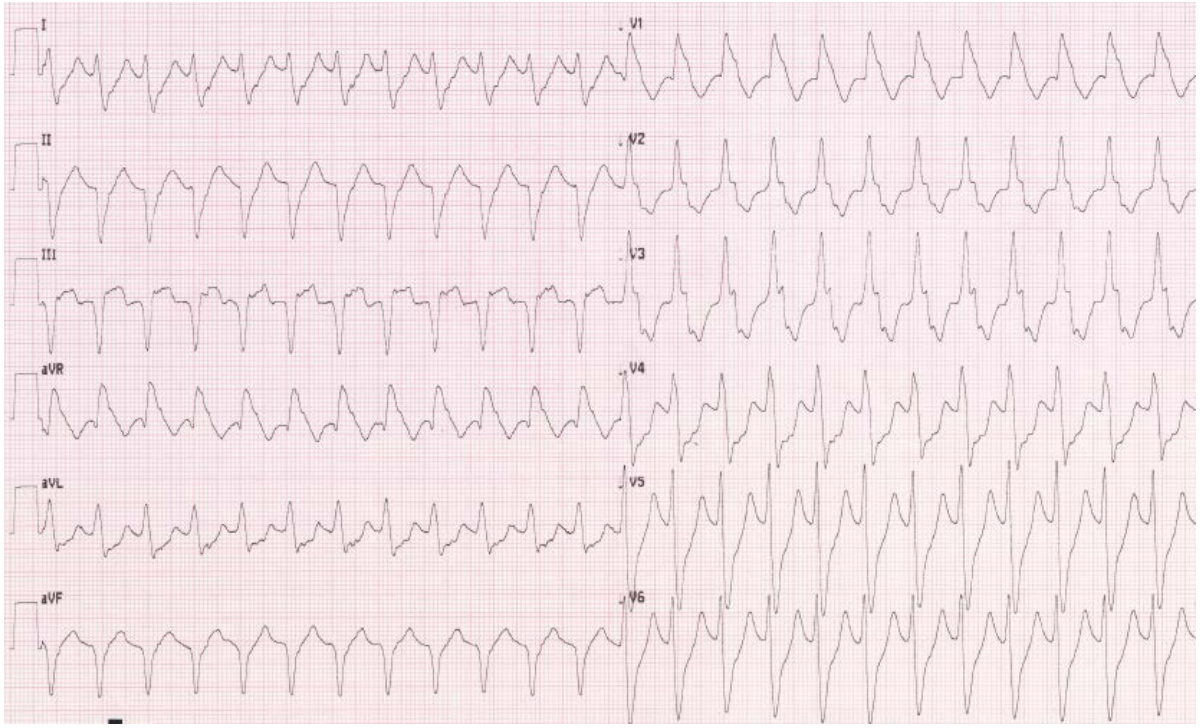
RÉGION NORD PAS DE CALAIS

Tachycardies à QRS larges

Prise en charge en urgence

Dr Stéphane BOULÉ
Rythmologie - USIC
CHRU de Lille

Enjeux



- Situation fréquente
- Prise en charge bien codifiée
- <u>Problématique</u>: différencier TV / TSV
- Pas d'amiodarone sans diagnostic

Démarche diagnostique <u>rigoureuse</u>

↓

Diagnostic <u>précis</u>

Tachycardies à QRS larges

Tachycardies VENTRICULAIRES

« Toute tachycardie à QRS larges est une TV jusqu'à preuve du contraire »

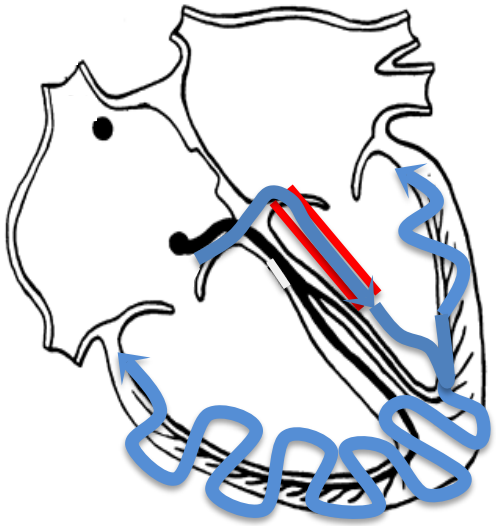
Tachycardies SUPRAVENTRICULAIRES

- Bloc de branche
- Pré-existant
- Fonctionnel

Tachycardies à QRS larges

Tachycardies VENTRICULAIRES

« Toute tachycardie à QRS larges est une TV jusqu'à preuve du contraire »



Tachycardies SUPRAVENTRICULAIRES

- Bloc de branche
  - Pré-existant
  - Fonctionnel
- Voie accessoire

Tachycardies à QRS larges

Tachycardies VENTRICULAIRES

« Toute tachycardie à QRS larges est une TV jusqu'à preuve du contraire »

Tachycardies SUPRAVENTRICULAIRES

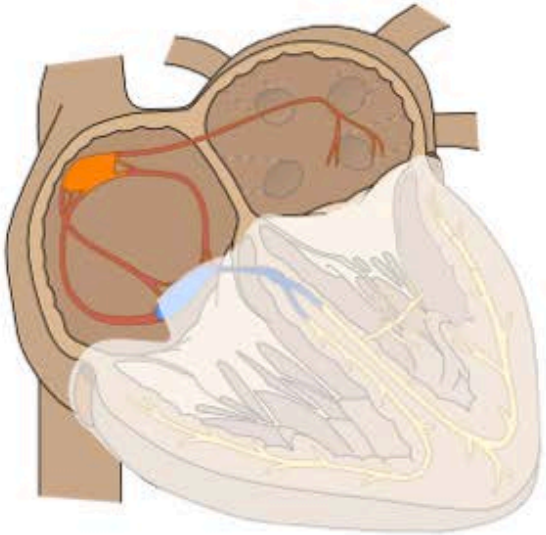
- Bloc de branche
  - Pré-existant
  - Fonctionnel
- Voie accessoire
- Métabolique
- Médicaments

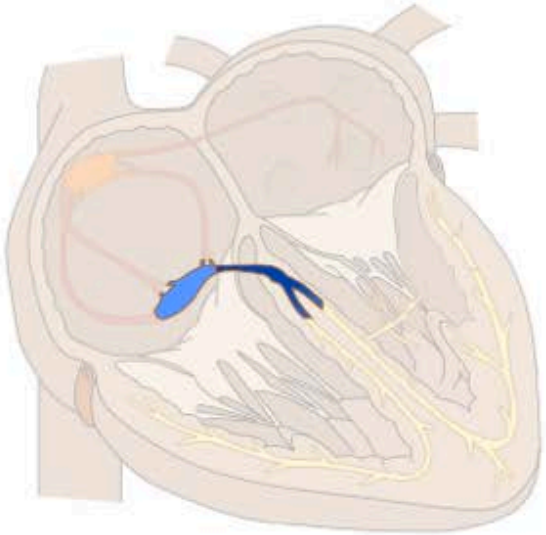
SUPRAVENTRICULAIRES

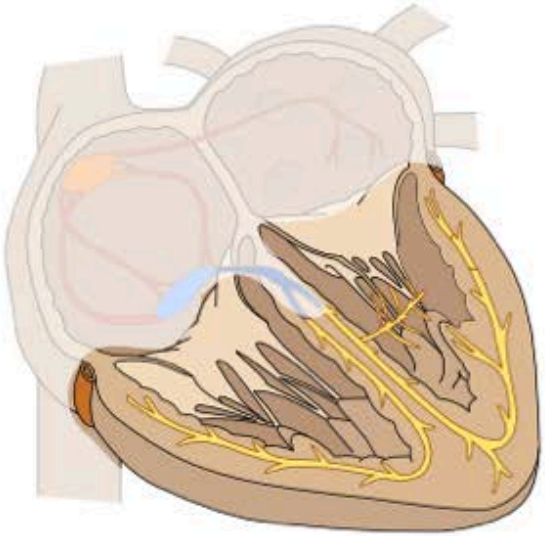
VENTRICULAIRES

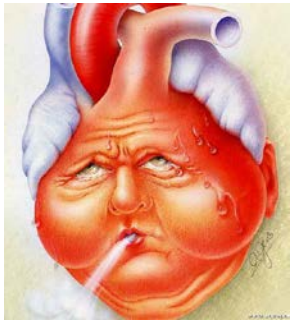
ATRIALES

JONCTIONNELLES









En pratique

TOLÉRANCE de la tachycardie

Arrêt cardiaque ? → oui → **CEE**

non ↓

1/ ECG 12 dérivations +++

2/ Coller les patchs de défibrillation

Mal tolérée ↓ **CEE sous brève AG**

Bien tolérée ↓ **Réflexion +++**

Pas de réduction sans diagnostic +++

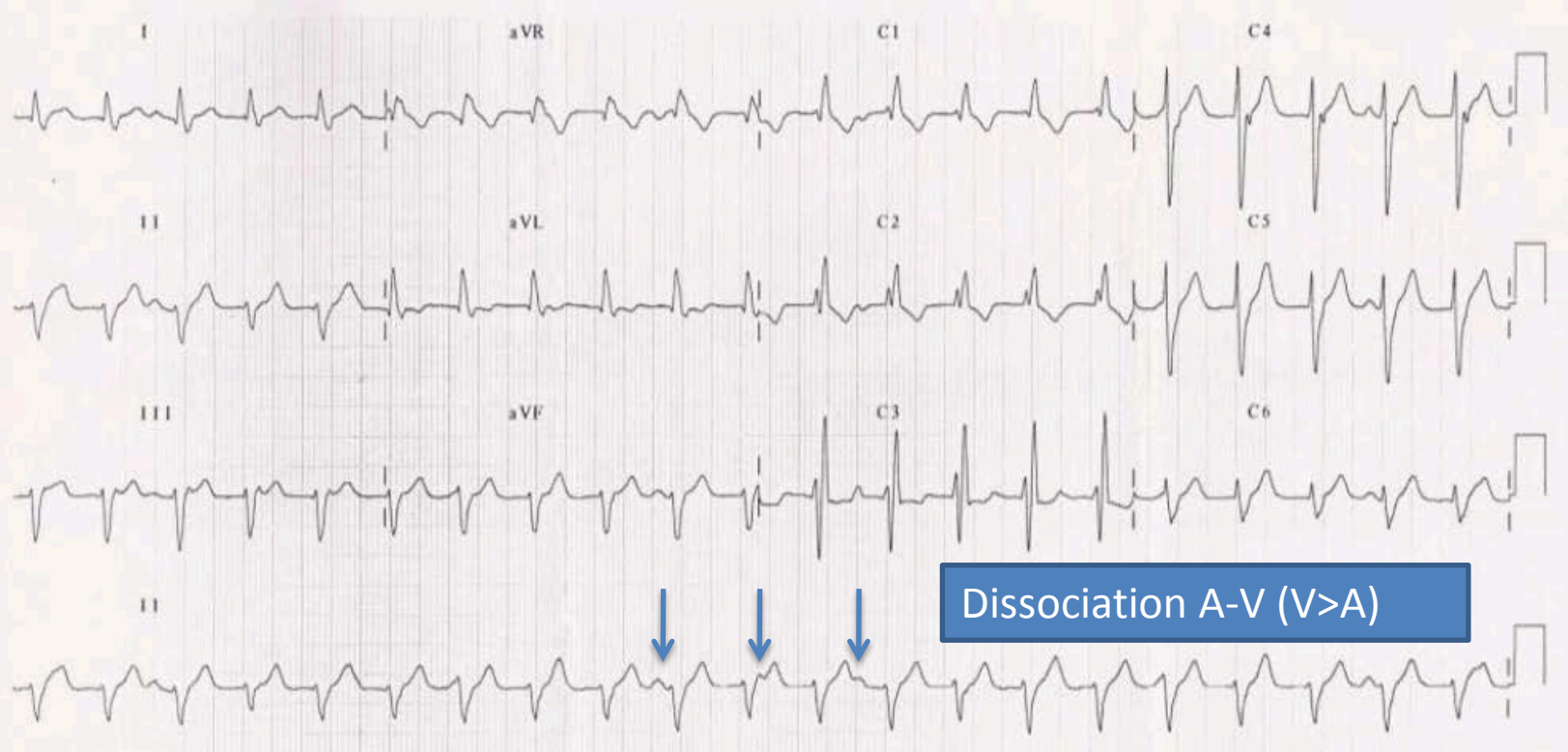
Tachycardie mal tolérée

Tachycardie bien tolérée

Tachycardie mal tolérée

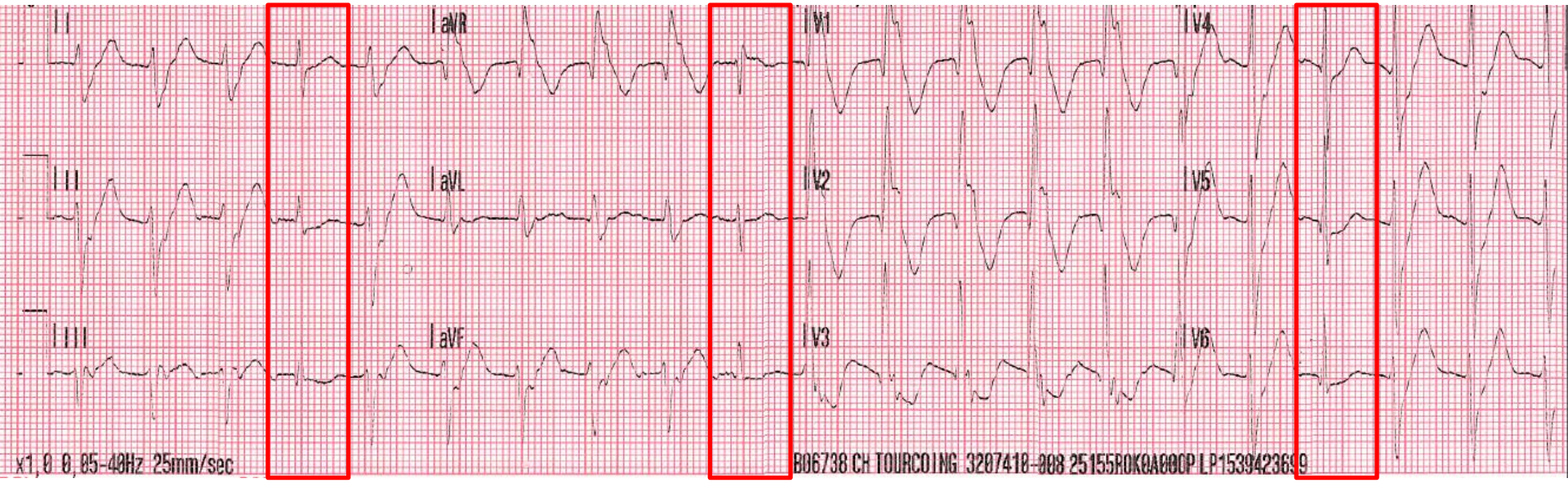
① « Toute tachycardie mal tolérée doit être réduite en urgence »

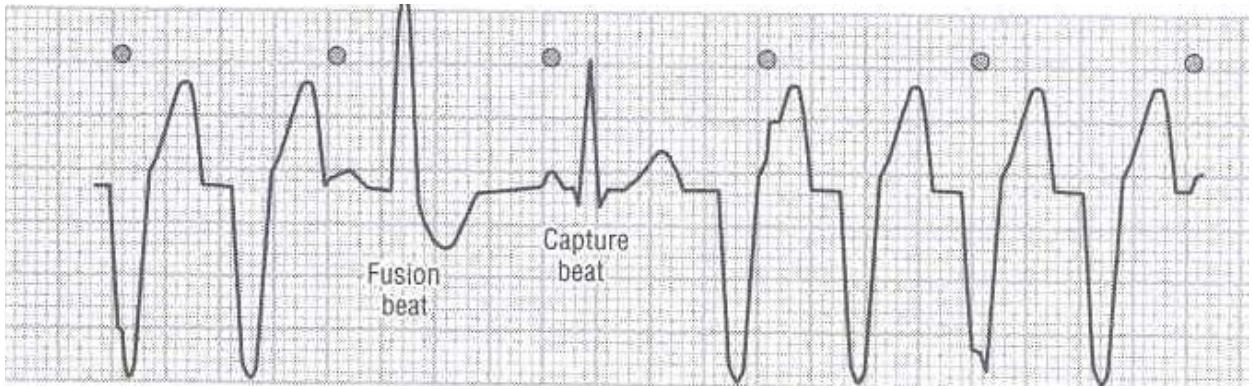
② Analyse *a posteriori* du tracé ECG



Différentier TV – TSV sur l'ECG

① Dissociation A-V, complexes de CAPTURE et de FUSION => TV



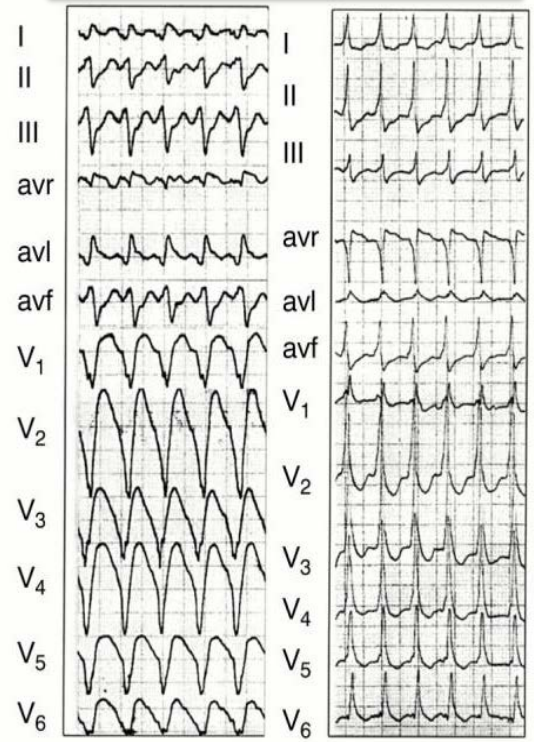


Différentier TV – TSV sur l'ECG

① **Dissociation A-V, complexes de CAPTURE et de FUSION => TV**

② **Nombreux critères morphologiques**

Concordance

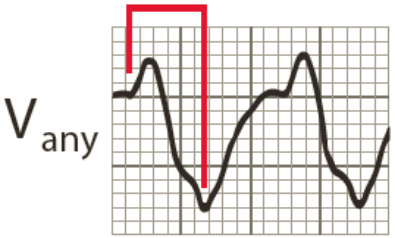


Axe des QRS

Largeur des QRS

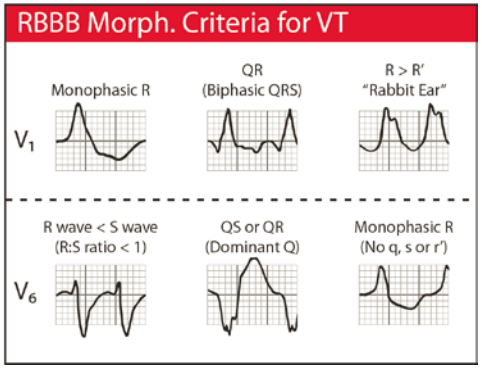
> 140 ms si retard D
> 160 ms si retard G

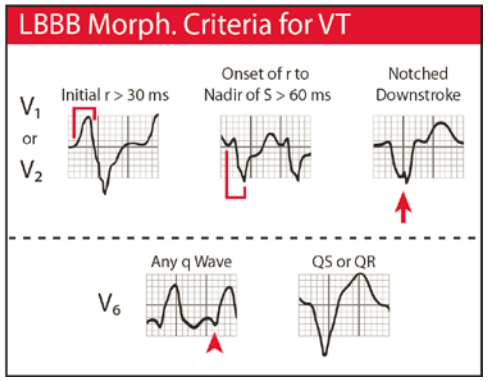
R – nadir S > 100 ms



R en aVR

Morphologie des QRS





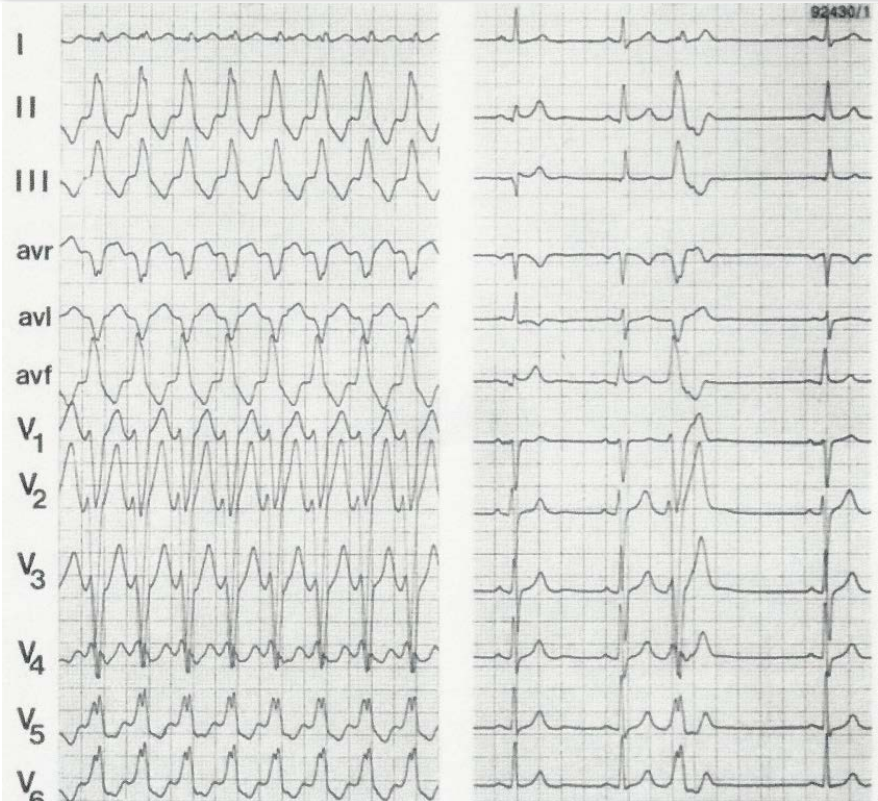
Et beaucoup d'autres...

Différentier TV – TSV sur l'ECG

① Dissociation A-V, complexes de CAPTURE et de FUSION => TV

② Nombreux critères morphologiques… peuvent tous être pris en défaut

③ Comparaison à l'ECG de base



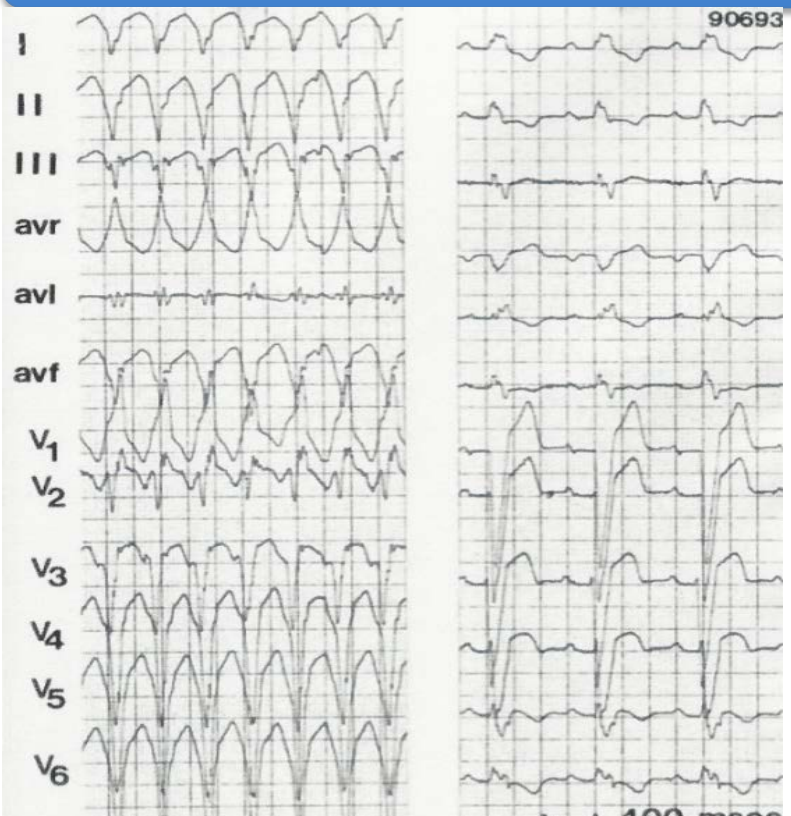
ESV de même morphologie

Différentier TV – TSV sur l'ECG

① Dissociation A-V, complexes de CAPTURE et de FUSION => TV

② Nombreux critères morphologiques… peuvent tous être pris en défaut

③ Comparaison à l'ECG de base



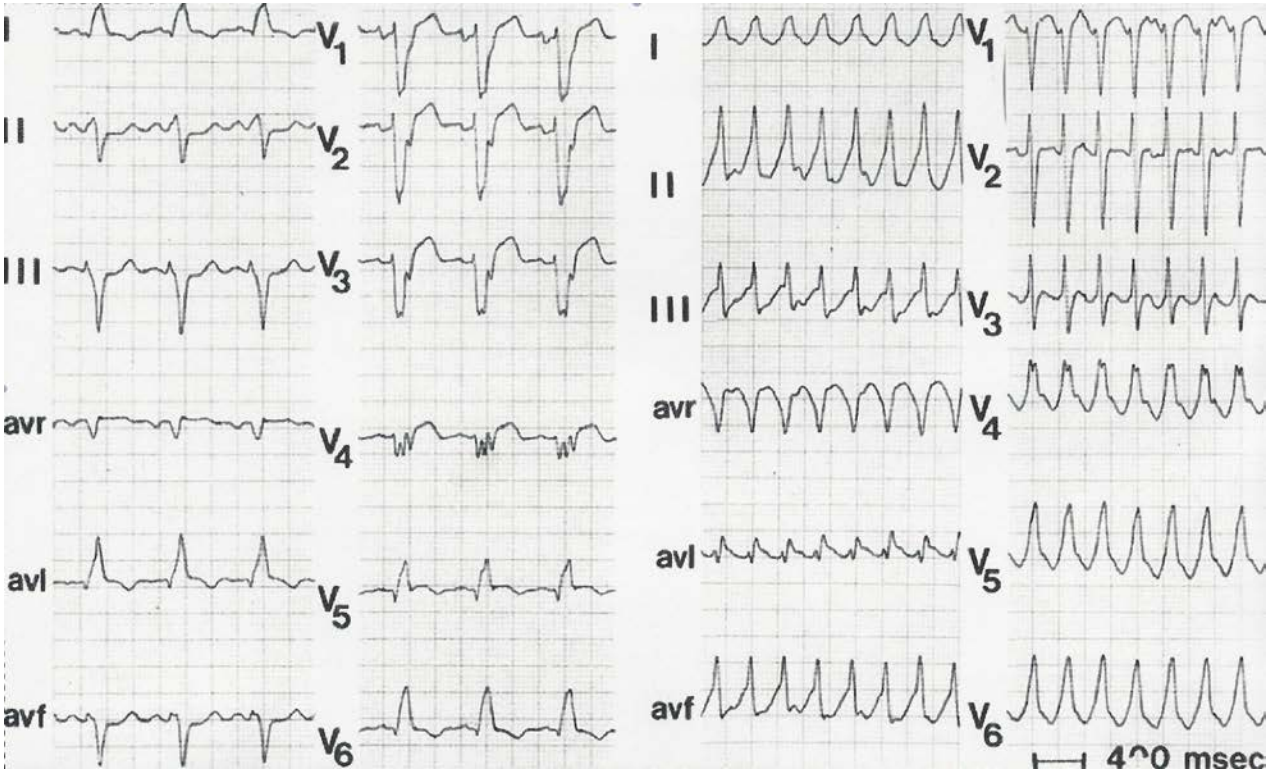
Tachycardie -> retard DROIT
Sinusal -> retard GAUCHE

Différentier TV – TSV sur l'ECG

① Dissociation A-V, complexes de CAPTURE et de FUSION => TV

② Nombreux critères morphologiques… peuvent tous être pris en défaut

③ Comparaison à l'ECG de base



QRS en tachycardie larges… mais plus fins que les QRS en rythme sinusal

Tachycardie mal tolérée

① « Toute tachycardie mal tolérée doit être réduite en urgence »

② Analyse *a posteriori* du tracé ECG

- La dissociation A-V est le meilleur signe en faveur d'une TV
- Les autres critères peuvent être pris en défaut
    - Médicament antiarythmiques
    - Voie accessoire
- **Parfois impossible de trancher avec certitude!**

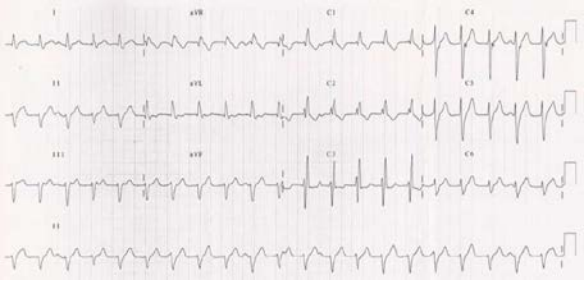
Tachycardie mal tolérée

Tachycardie bien tolérée

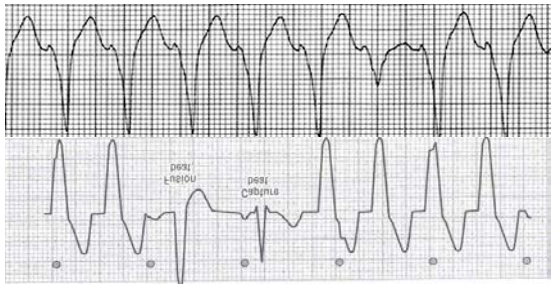
Tachycardie bien tolérée

① Pas de réduction sans diagnostic +++

② Enregistrer un ECG 12 dérivations de bonne qualité



Dissociation A-V



Captures / Fusions

Comparaison ECG de base
Critères morphologiques
Largeur des QRS
Axe des QRS
Concordance
Critères de Brugada, de Vereckei

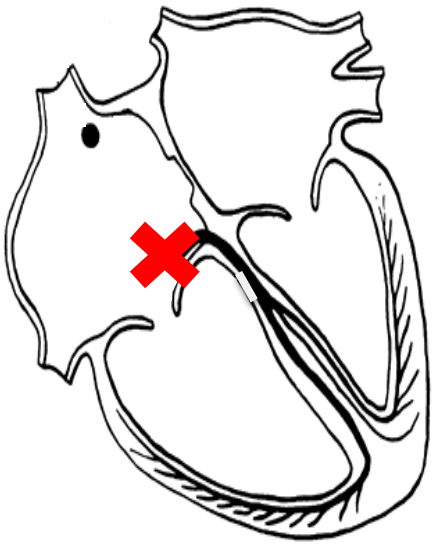
Critères TV / TSV

Tachycardie bien tolérée

① Pas de réduction sans diagnostic +++

② Enregistrer un ECG 12 dérivations de bonne qualité

③ Test à l'adénosine +++



STRIADYNE®	20 mg = 2 ml
ADÉNOSCAN®	30 mg = 10 ml
KRÉNOSIN®	6 mg = 2 ml

Injection en IV directe (« flash »)

ECG 12 dérivations continu

Préparer 1 ampoule d'ATROPINE

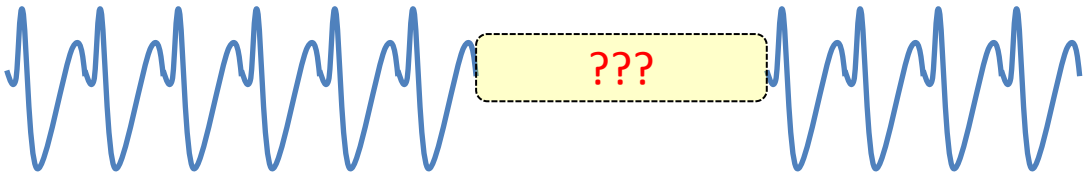
CI: Asthme

Tachycardie bien tolérée

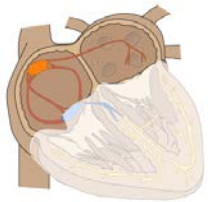
① Pas de réduction sans diagnostic +++

② Enregistrer un ECG 12 dérivations de bonne qualité

③ Test à l'adénosine +++



TA



Tachycardie sinusale

Fibrillation atriale

Flutter atrial

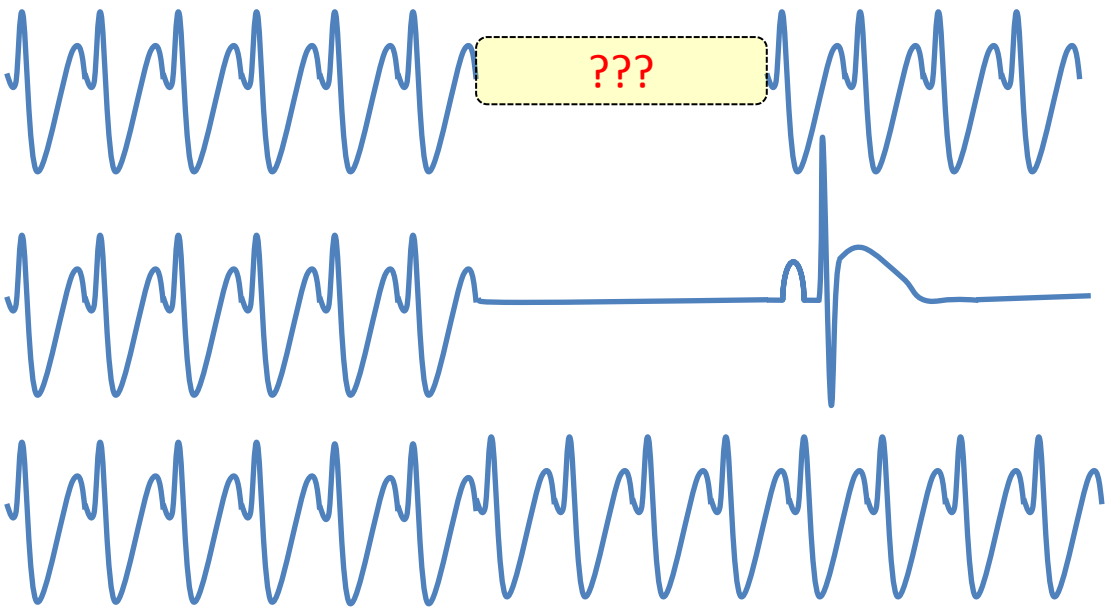
TAF

Tachycardie bien tolérée

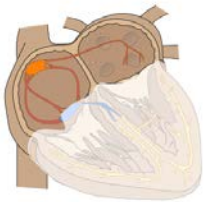
① Pas de réduction sans diagnostic +++

② Enregistrer un ECG 12 dérivations de bonne qualité

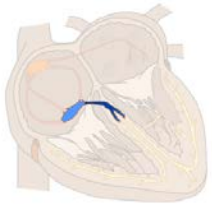
③ Test à l'adénosine +++



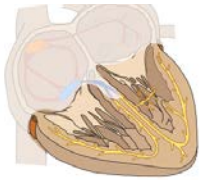
TA



TJ (ou TAF)



TV



Tachycardie bien tolérée

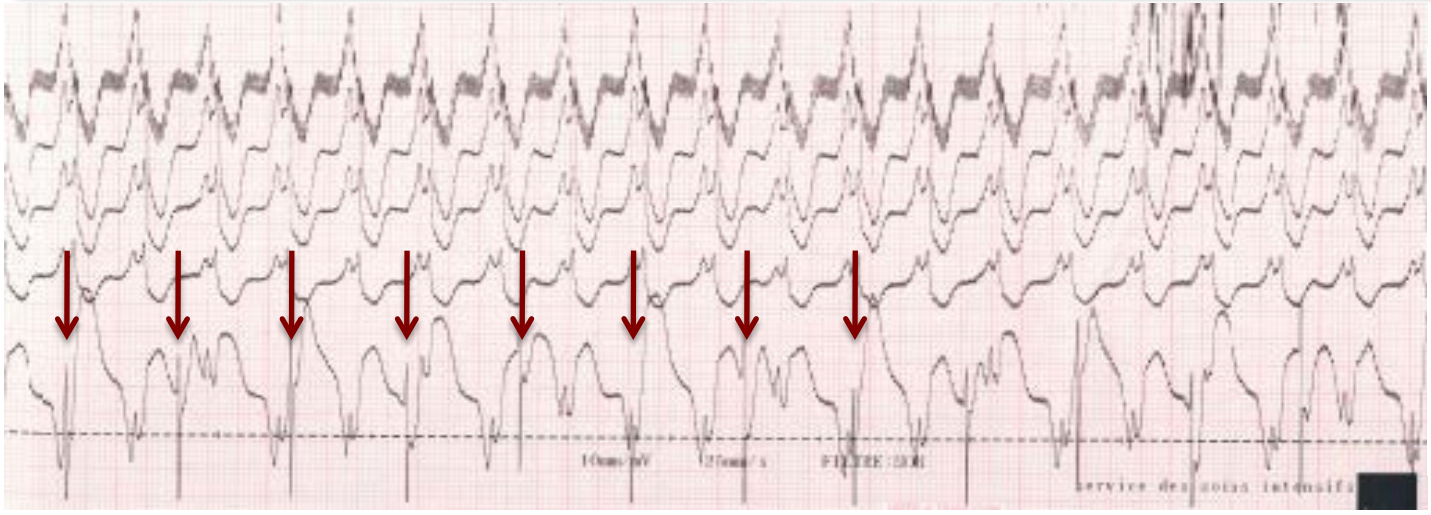
① Pas de réduction sans diagnostic +++

② Enregistrer un ECG 12 dérivations de bonne qualité

③ Test à l'adénosine +++

④ Cas difficiles: sonde atriale

V1
V2
V3
V4
OD

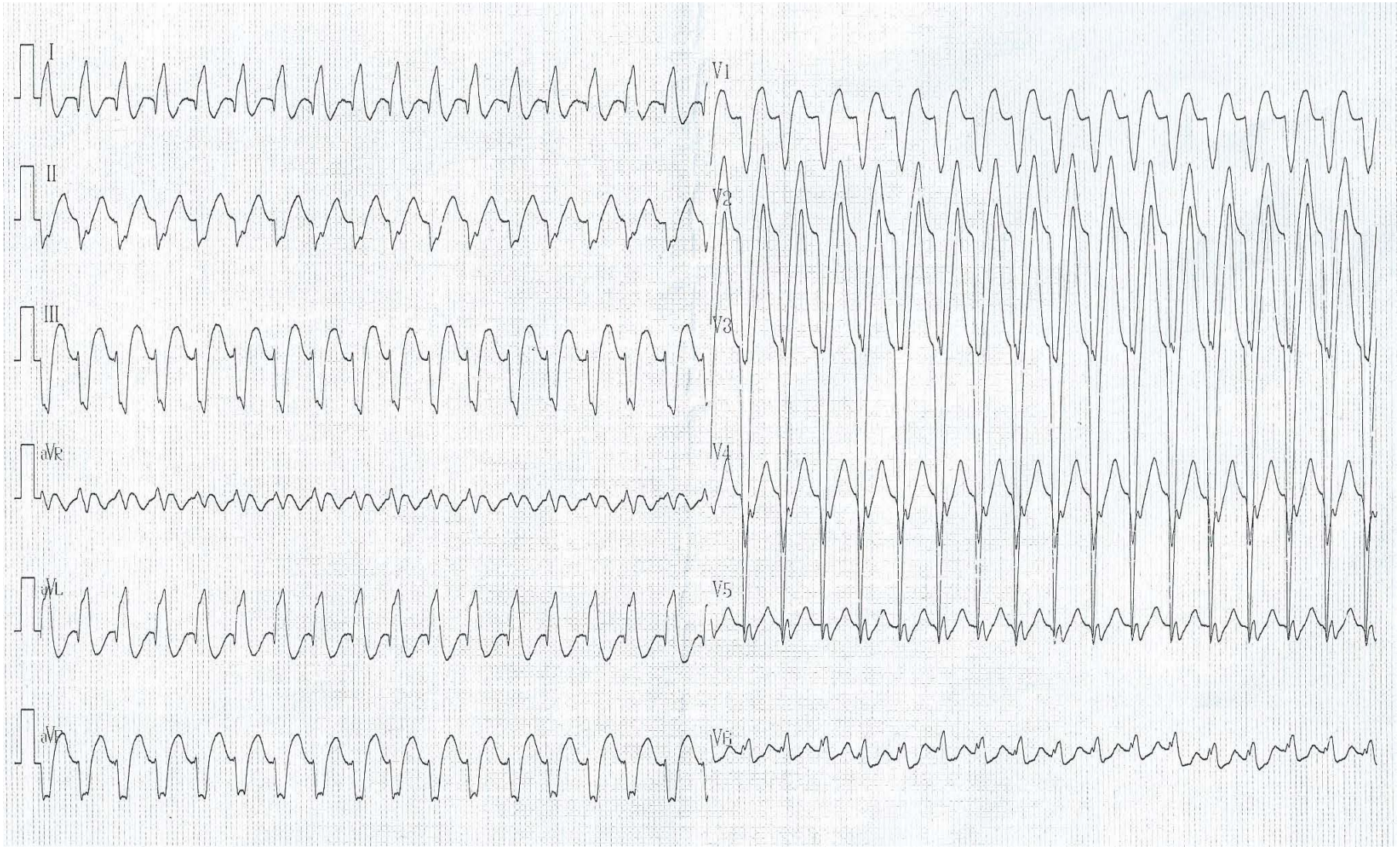


Fréq V = 135 bpm
Fréq A= 75 bpm

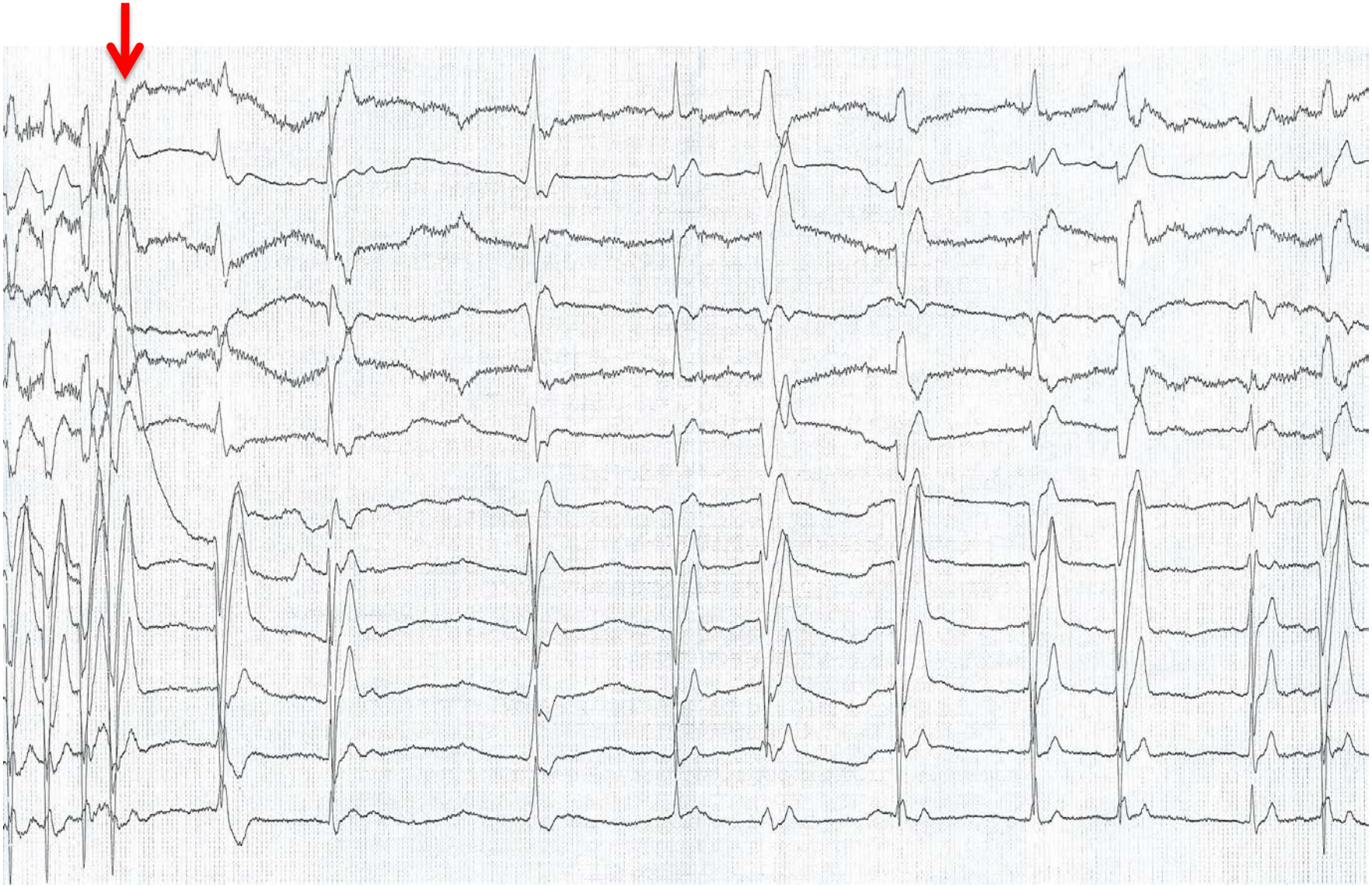
V>A
Dissociation A-V

=> TV

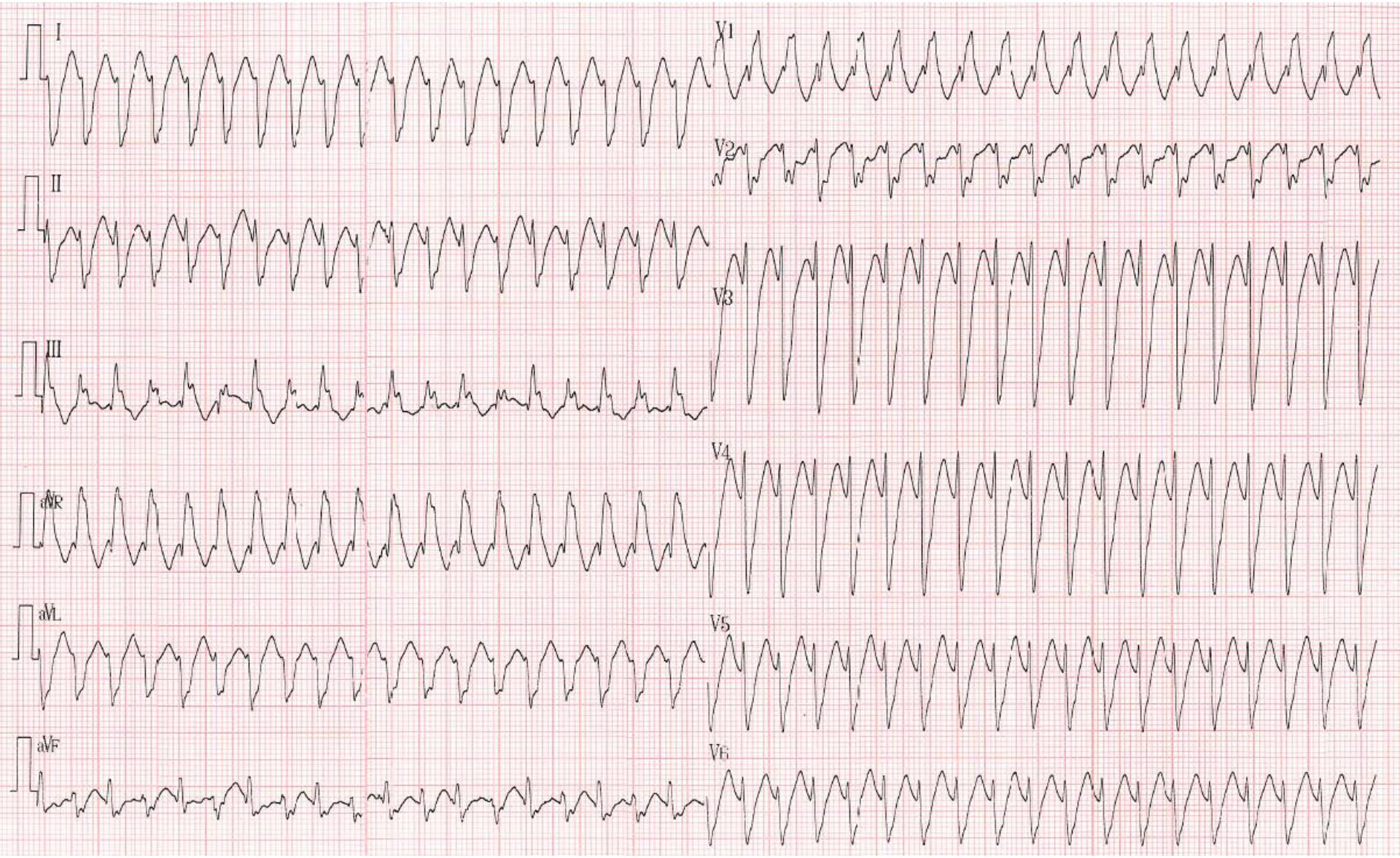
17 ans - Palpitations



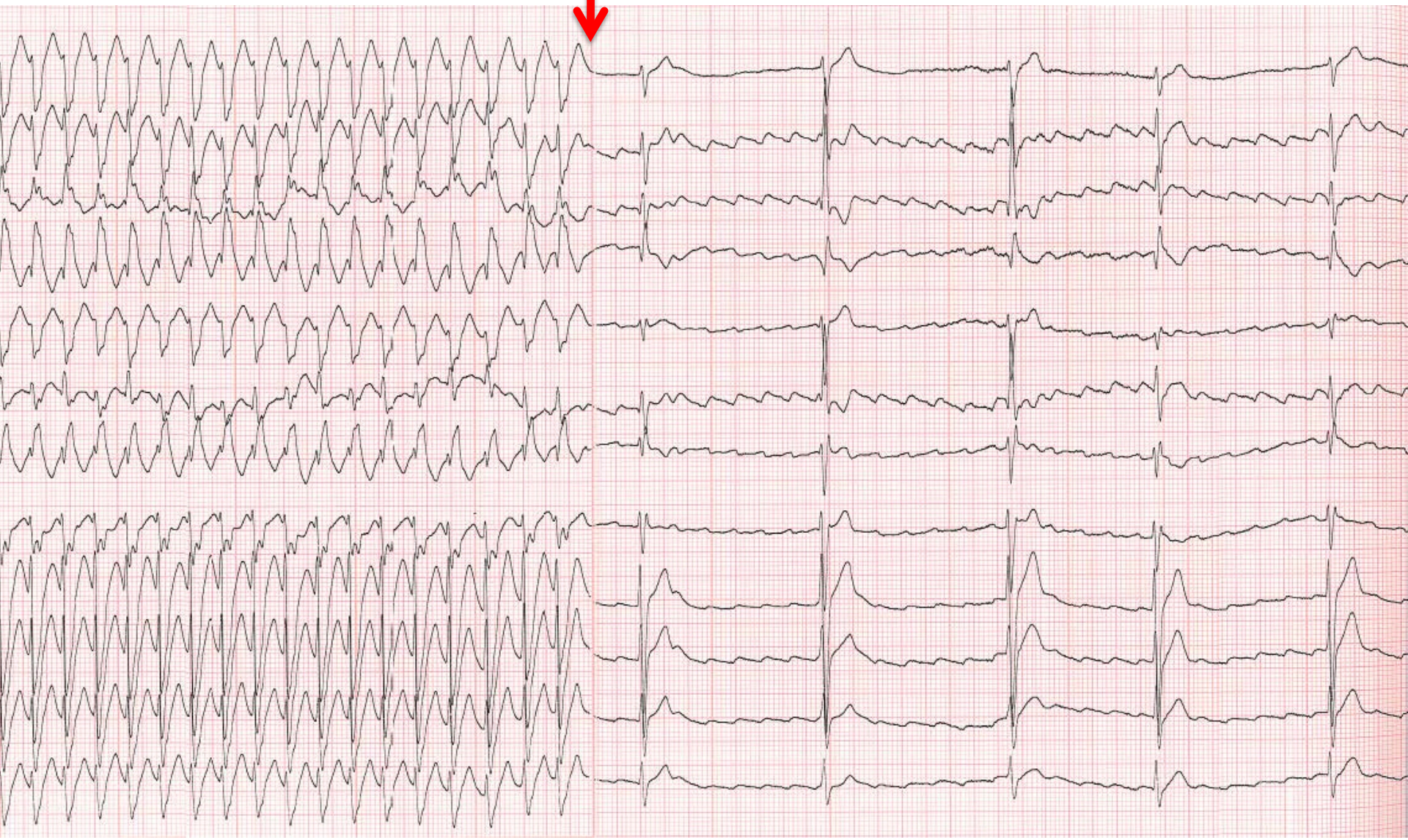
Adénosine interrompt la tachycardie



38 ans – Palpitations + Lipothymie



Adénosine démasque l'activité atriale

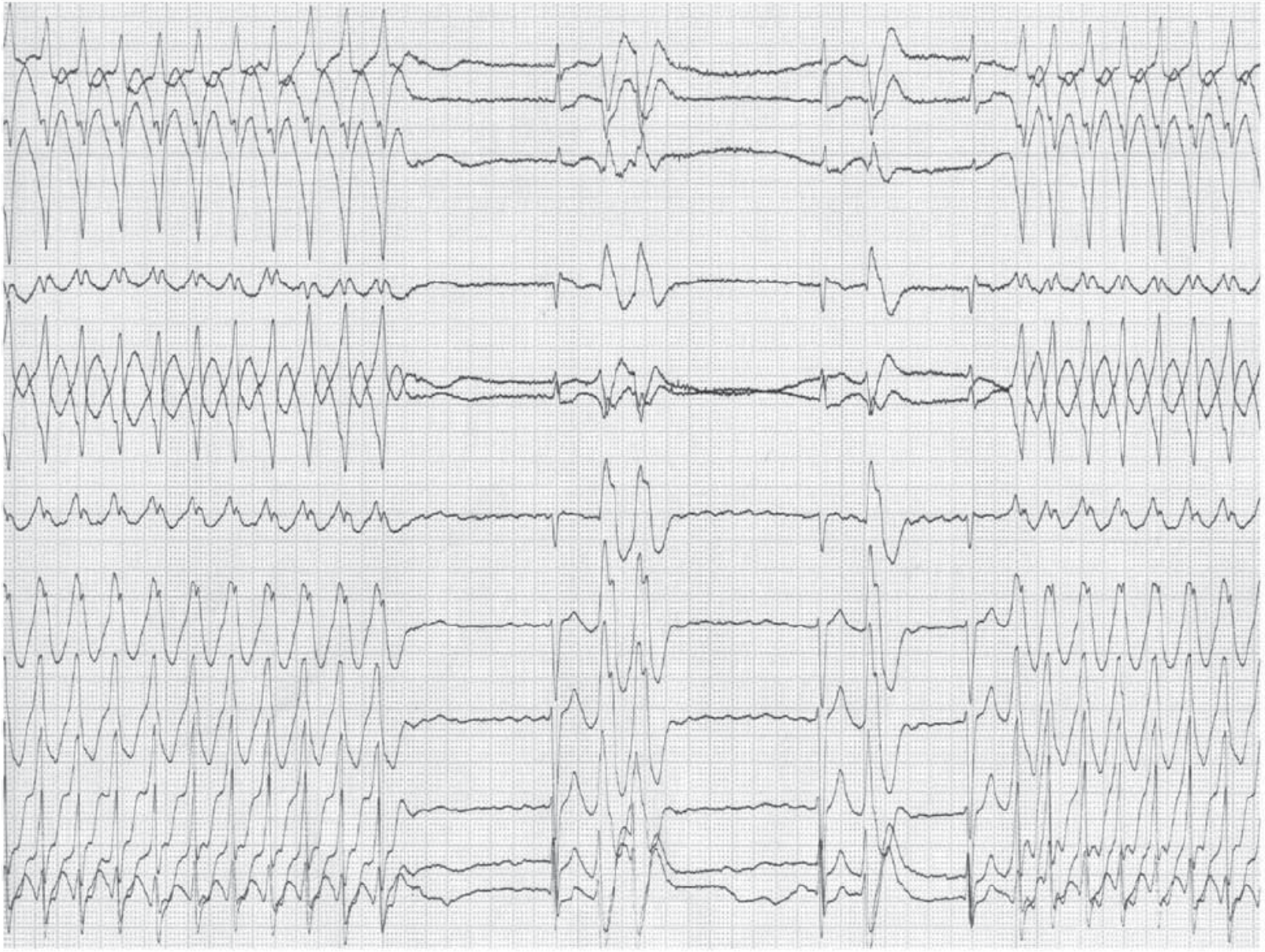


Tachycardie bien tolérée

Ce qu'il ne faut PAS faire

- Choquer la tachycardie sans diagnostic
- Administrer de l'amiodarone sans diagnostic
- Injecter des β-bloquants
- Injecter des inhibiteurs calciques

Orage rythmique



Orage rythmique

① Corriger une cause réversible

Troubles métaboliques
Ischémie
Médicaments
…

<u>Prélever systématiquement:</u>
TSH – T3 – T4
Kaliémie, Calcémie, Magnésémie,
Troponinémie

Orage rythmique

① **Corriger une cause réversible**

② **Médicaments principaux : en pratique**

CORDARONE® 1 Å = 150 mg

***En urgence*: 300 mg (= 2 Å) en IVL sur 20-30 minutes**

Possible sur VVP en urgence

JAMAIS de Bolus !!!

***En entretien*: de 600 mg (= 4 Å) à 1200 mg (=8 Å) par jour <u>sur VVC</u>**

XYLOCARD® 50 mg/ml

***En urgence:* 1 mg/kg IVD (bolus)**

***En entretien*: de 0,5 à 3 mg/min IVSE (débuter à 1 mg/min)**

Orage rythmique

TRANXÈNE®

***Rapidement:* 50 mg IV**

Hors contre-indications

CORDARONE® 1 Å = 150 mg

***En urgence*: 300 mg (= 2 Å) en IVL sur 20-30 minutes**

Possible sur VVP en urgence

JAMAIS de Bolus !!!

***En entretien*: de 600 mg (= 4 Å) à 1200 mg (=8 Å) par jour <u>sur VVC</u>**

XYLOCARD® 50 mg/ml

***En urgence:* 1 mg/kg IVD (bolus)**

***En entretien*: de 0,5 à 3 mg/min IVSE (débuter à 1 mg/min)**

Orage rythmique

① Corriger une cause réversible

② Médicaments principaux : en pratique

③ Porteurs de DAI: mesures spécifiques

Rythmologue

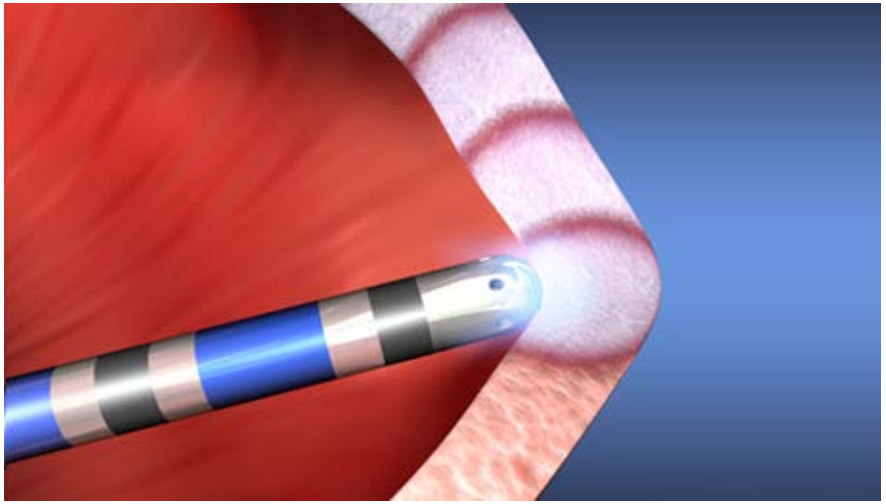
Orage rythmique

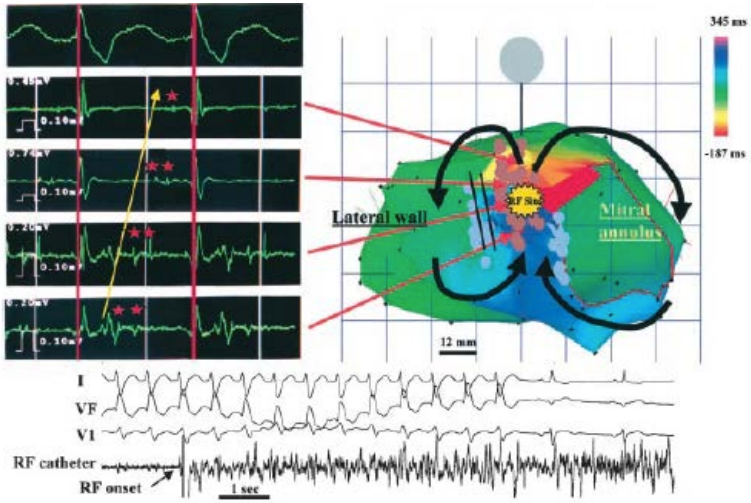
① Corriger une cause réversible

② Médicaments principaux : en pratique

③ Porteurs de DAI: mesures spécifiques

④ Discuter une ablation par cathéter en urgence





Orage rythmique

① Corriger une cause réversible

② Médicaments principaux : en pratique

③ Porteurs de DAI: mesures spécifiques

④ Discuter une ablation par cathéter en urgence

⑤ Sédation – Assistance circulatoire

Sédation profonde (AG)

ECMO

Messages à retenir

- Evaluer la tolérance
- Si bien tolérée: réfléchir +++ -> diagnostic certain

  « PAS DE RÉDUCTION SANS DIAGNOSTIC »

- Ne pas injecter de médicaments « à l'aveugle »
- ECG 12 dérivations de bonne qualité
- **TEST A L'ADÉNOSINE en cours de tachycardie +++**
  - TA / TJ / TV