

TACHYCARDIES (HORS DAI)

CARDIO- VASC
Chapitre 7

QRS fins = TSV

QRS larges = TV ou TdP ou TSV + bloc de branche/iatrogène/ionique/voie accessoire

DIAGNOSTIC

- ⊕ **Positif** : syncope, malaise, douleur thoracique, dyspnée, tb conscience, bas débit
- ⊕ **Étiologique** : intoxication médicamenteuse, hyperthyroïdie, cardiopathie, décompensation cardiaque, sepsis, anémie, ischémie, hypothermie, hyperthermie, hypoxie, hypovolémie, tb ionique (gaz du sang), douleur.

Δ Gravité : Toute tachycardie + choc cardiogénique ou trouble de la conscience ou IC ou insuffisance coronarienne

TRAITEMENTS GÉNÉRALITÉS

- 👁 Évaluer la tolérance de la tachycardie : 👁 scope + O₂ + VVP :
 - Mal tolérée: défibriller d'emblée si inconscient ou après sédation si conscient
 - Bien tolérée :
 - **QRS fins**: manœuvres vagales (MSC prudent si souffle carotidien sans sténose significative, CI compression globes oculaires, AVC AIT <3M, athérome connu carotidien, suspicion dissection) -> échec -> adénosine si échec (⚠ attention CI)
 - **Doute TV ou TSV** : algorithme tv / TSV +/- manœuvres vagales +/- adénosine (⚠ attention CI) TSV et TV
- ✓ CEE 100-150j + **biphasique + synchronisé** (sinon risque de phénomène r/t si choc asynchrone) + préférer patchs antéro- post (1^{er} choc en antéro-latéral possible pour plus de rapidité)
 - ✓ Tachycardie non soutenue (<30 sec) ou soutenue (>30 sec). NB: 6 secondes = 30 grands carreaux
 - ✓ Penser au D2 long (P sont le plus visibles en D2 ou V1)
 - ✓ Ne pas traiter systématiquement une tachycardie bien tolérée
 - ✓ Adénosine : sous ECG long imprimé – avec matériel prêt : atropine 1mg + MHC +défibrillateur

🚑 Orientation selon étiologie :USIC / REA / CORO / SAU

🚑 Toute tachycardie mal tolérée / toute tv même bien tolérée : transport médicalisé

Tachycardie à QRS fin

Régulière ?

OUI

NON

Ondes P Visibles ?

OUI

NON

Tachy Sinusale

P avant chaque QRS

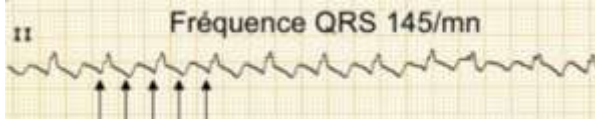
Nbre P > QRS

Tachycardie atriale

TJ

Flutter

- ✓ si typique commun : ondes F négatives en inférieur - ondes F positives V1 et négatives V6
- ✓ Parfois flutter commun 1 pour 1
- ✓ si F régulières + pas de retour isoélectrique → flutter probable, même si morphologie atypique



TA Focale

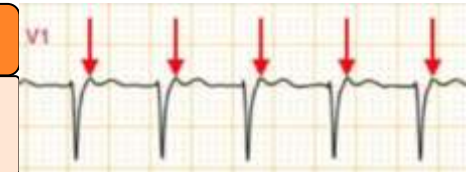
Onde P' différente d'une P sinusale. Activité atriale monomorphe et retour à ligne isoélectrique



TA Focale

TJ

avec P rétrograde qui peut être cachée dans les QRS et ne pas se voir



Rythme d'échappement
Jonctionnel accéléré

Rare, Idem TJ avec P rétrograde ou cachée mais la FC < 110

WPW et onde delta

FA

ESA

TA Multifocale

TA avec multiples ESA polymorphes (au moins 3 ondes P différentes) intervalles P-P, P-R et R-R variables avec retour à la ligne isoélectrique entre les P, contrairement à une FA.



Tachycardie à QRS large

Cf Algorithme distinction TV/TSV

TV certaine

95% si tachycardie rég QRS large +
Cardiopathie ischémique ou
congestive

Torsade de Pointe



ESV sur intoxication digitale, hypoxie, hypoK...

☠ Gravité si en salves / polymorphes / couplage court
RR < 300ms / sur IDM



TV polymorphe - La réduction spontanée est habituelle
mais risque d'évolution vers FV.



TdP : Sur QT long congénital ou acquis, ESV précoce,
hypoK, Ca, brady sévère, macrolide, psychotropes, anti
arythmique (inhib calciques, amiodarone, quinidine...)
Changement d'axe tous les 10 complexes environ

TSV

TSV (dont tachycardie atriale) + aberration de
conduction (bloc de branche).
Δ Si aberration intermittente, alors alternance
QRS fins et larges

TSV par préexcitation

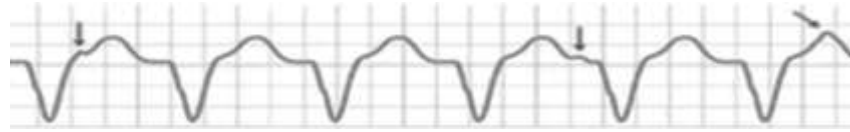
TSV par voie accessoire

TSV par Réentrée électrique

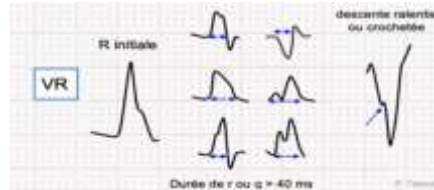
TSV et Ttt antiarythmique

TSV et trouble ionique (HyperK)

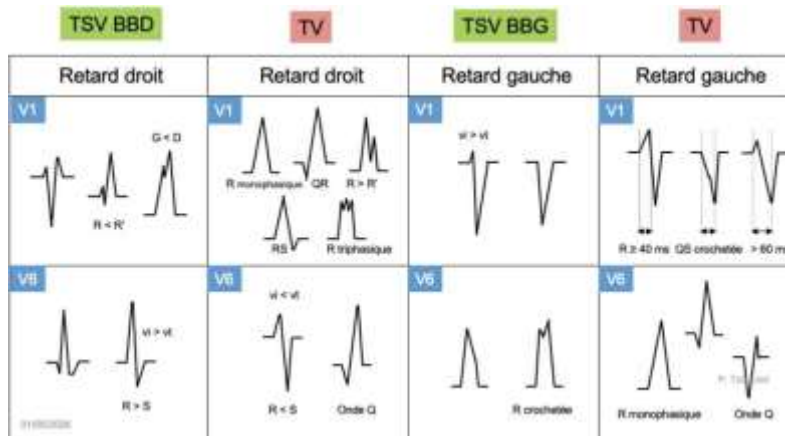
Algorithme distinction TV / TSV



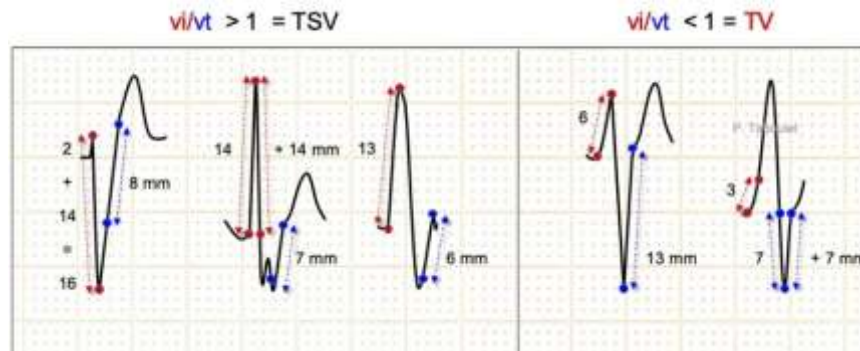
Plus de Ventricle que d'oreillette
= TV
Spécificité $\approx 100\%$



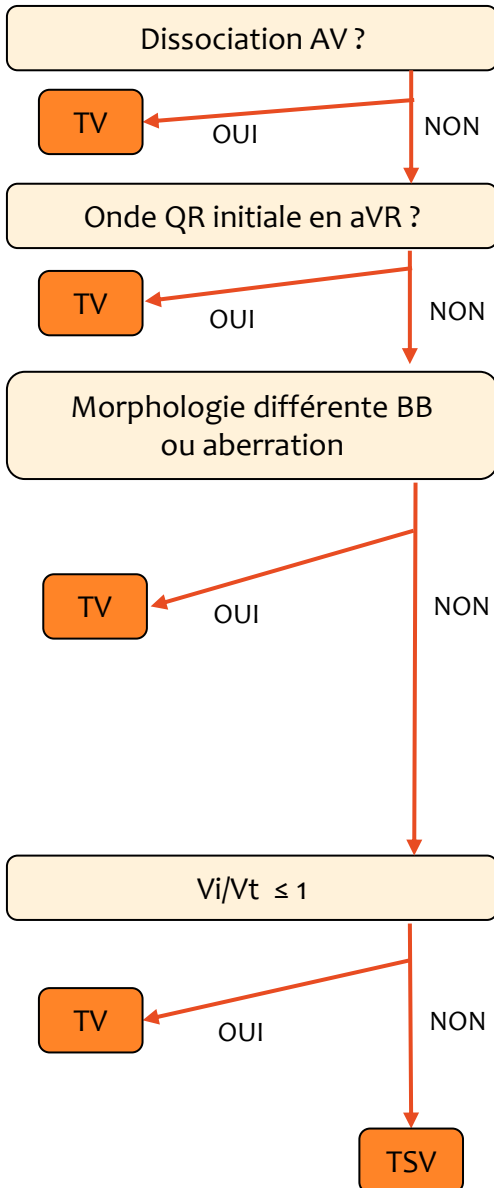
Onde R initiale (et pas r) = une onde R initiale dominante (R ou RS, mais pas rS)



retard droit avec aspect d'oreilles de lapin :
 ✓ TSV : rR'
 ✓ TV : Rr'



Vi sur les 40 premières ms
Vt sur les 40 dernières ms



TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES

ACFA

-  Anticoagulation dès que possible si :
 - 👁 Score CHA₂DS₂VA $\neq$ 0 (il n'y a plus le sexe)
 - 👁 ACFA + cardiomyopathie hypertrophique
 - 👁 ACFA + amylose cardiaque
 - 👁 cardioversion
- ☒ FA + QRS empâtés en accordéon = FA sur voie accessoire = CI de bloquer le NAV (beta bloc, inhibiteurs calciques, adénosine) car risque de FV avec phénomène R/T sur superwolf
- ⚠ Tout patient (sauf instable) avec FA non datée ou >24h : pas de cardioversion sans anticoagulation.

Mal tolérée avec hypotension

- CEE 100 – 200J après sédation (proposition : propofol 0,5 – 0,8 mg/kg IVL jusqu'à perte de conscience) + amiodarone 300mg IVL sur 1h
- Matériel pour ISR prêt à l'emploi si besoin
- anticoagulation dès que possible
- 2VVP + O₂ MHC + Scope + adrénaline prête à l'emploi

Mal tolérée sans hypotension

- amiodarone environ 5mg/kg IVSE sur 1h
- anticoagulation dès que possible

Bien tolérée : obj FC < 110 / min

- Si FE modérément altérée < 40%, sans pré-excitation ECG : bisoprolol 2,5 mg per, sauf si dégradation FeVG sévère : amiodarone, esmolol
- Si FE > 40% : bisoprolol 2,5mg per os diltiazem 0,25mg/kg IVL sur 2 min renouvelable 1 fois (sauf si insuffisance cardiaque, attention si BPCO)

TRAITEMENTS

FLUTTER

- ✚ Mal tolérée avec hypotension, patient instable : cf ACFA
- ✚ Mal tolérée sans hypotension : cf ACFA
- ✚ Bien tolérée : obj FC < 110 / min: cf ACFA

TACHYCARDIE JONCTIONNELLE



Bien tolérée

- Manœuvres vagales : Vasalva modifié – Vasalva simple – MSC (prudent si souffle carotidien avec sténose non significative connue, CI si AVC AIT <3M, suspicion dissection) - Δ CI compression globes (risque décollement rétine)
- Diltiazem : 0,25 mg /kg IVL en 2 min sauf CI, renouvelable à 15 min si échec. En première intention si Bouveret connu ou
- Adénosine 3mg IVD - puis 6mg si échec à 2 min – puis 12mg si échec à 2 min sauf CI + O2 MHC + Scope + adrénaline prête à l'emploi
 - ✓ Distinction TSV et TJ : visualisation des auriculogramme si TSV – réduction d'une TJ
 - ✓ Aucun effet si sur une TV (sauf exception)
 - ✓ Préparer atropine 1mg



Mal tolérée

- tenter manœuvre vagales le temps de préparer rapidement le CEE.

TACHYCARDIE JONCTIONNELLE

- ✚ Mal tolérée + tb de conscience / choc cardiogénique ou ACR : CEE après sédation brève
- ✚ Mal tolérée sans hypotension : tenter manœuvres vagales et si échec, rapidement amiodarone environ 5mg/kg IVSE sur 1h
- ✚ Bien tolérée: discussion entre abstention thérapeutique et amiodarone 300mg sur 20 à 30 min

TRAITEMENTS

TORSADE DE POINTE

Bien tolérée

- Sulfate de Mg : 2g en IVL sur environ 10min – renouvelable – surtout si QT long
- Relai par Sulfate de Mg 1g/h
- obj K normale supérieure (4,5 – 5)

 Si torsades récurrentes pauses dépendantes avec échec sulfate de Mg : isoprenaline à débiter à 0,1mg/h

 Échec avec bradycardie sévère : EES

 **Mal tolérée** : CEE et Sulfate de Mg + surveillance kaliémie

DANS TOUS LES CAS, POUR TOUTE TACHYCARDIE

Traitement de la cause

Même si mal tolérée, tentez les manœuvres vagales avant autre PEC dans l'hypothèse d'une tachycardie sur une réentrée par le NAV



NE PAS Injecter successivement plusieurs antiarythmiques

NE PAS Administrer des digitaliques sur WPW

NE PAS Utiliser des amines pour remonter la PA

 Bouveret / WPW connu et réduction simple sans trigger retrouvé : Discuter LSP ou SAU

 Tachycardie bien tolérée : SAU avec cardio prévenu /USIC

 Mal tolérée :USIC / REA