



# Les tachycardies aux urgences, les clés de la prise en charge.

**Tachycardie à QRS larges, régulière ou pas ?**

Dr Florence Bagès-Limoges

SAMU 69

Urgence St Joseph St Luc

• Monsieur L 65 ans est amené par les sapeurs pompiers non médicalisé pour un malaise au restaurant

• ATCD :

- Splénectomie suite AVP dans les années 60
- Pré excitation découverte dans les années 1970 lors d'un bilan de la sécurité social , asymptotique

FRCV 0

ANAMNESE : patient parisien ,en WE à Lyon pour fêter la naissance de sa petite fille . Au restaurant, syncope au lever après plusieurs lipothymies alors qu'il était assis .

- PEC au SAU immédiatement au déchocage car fréquence cardiaque à 230
- Au SAU: FC à 167, TA normal
- Aucune douleur thoracique aucune défaillance, GCS 15, pas de dyspnée

FC 167  
PR 0  
QRSD 161  
QT 311  
QTc 518

119005704

03/04/1945

M

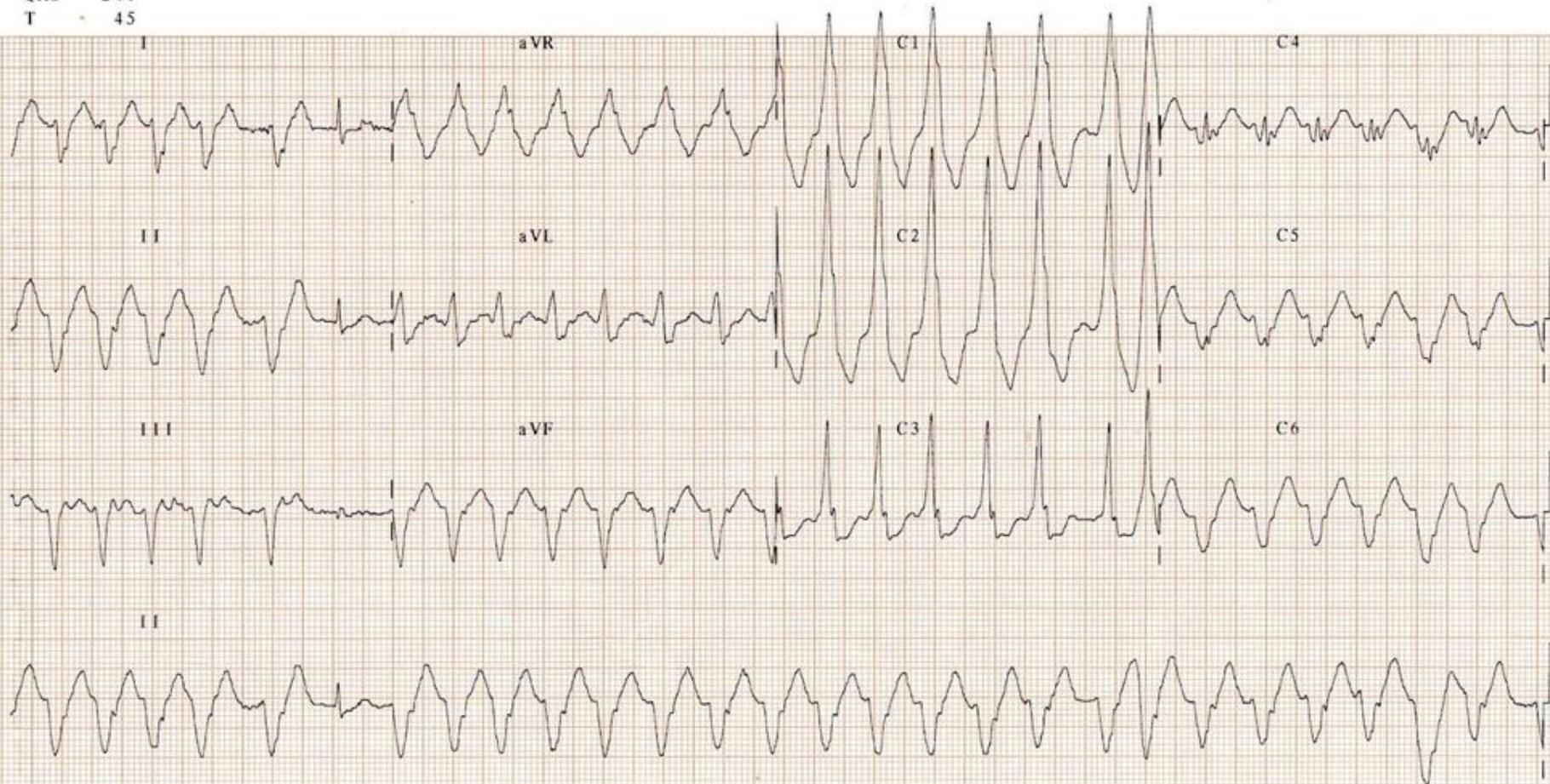
0003424910

26/02/2011



--Axe--

P  
QRS 241  
T 45



1 - CEE

2 – Manœuvre vagale

3 - ADENOSINE 6 mg IVD

4 - CORDARONE 300mg

5 - HEPARINE

# Vous reprenez le diagnostic de ?

1 - Tachycardie ventriculaire

2 - FA avec aberration de conduction

3 - FA conduite par la voie accessoire

4 - Tachycardie jonctionnelle atypique

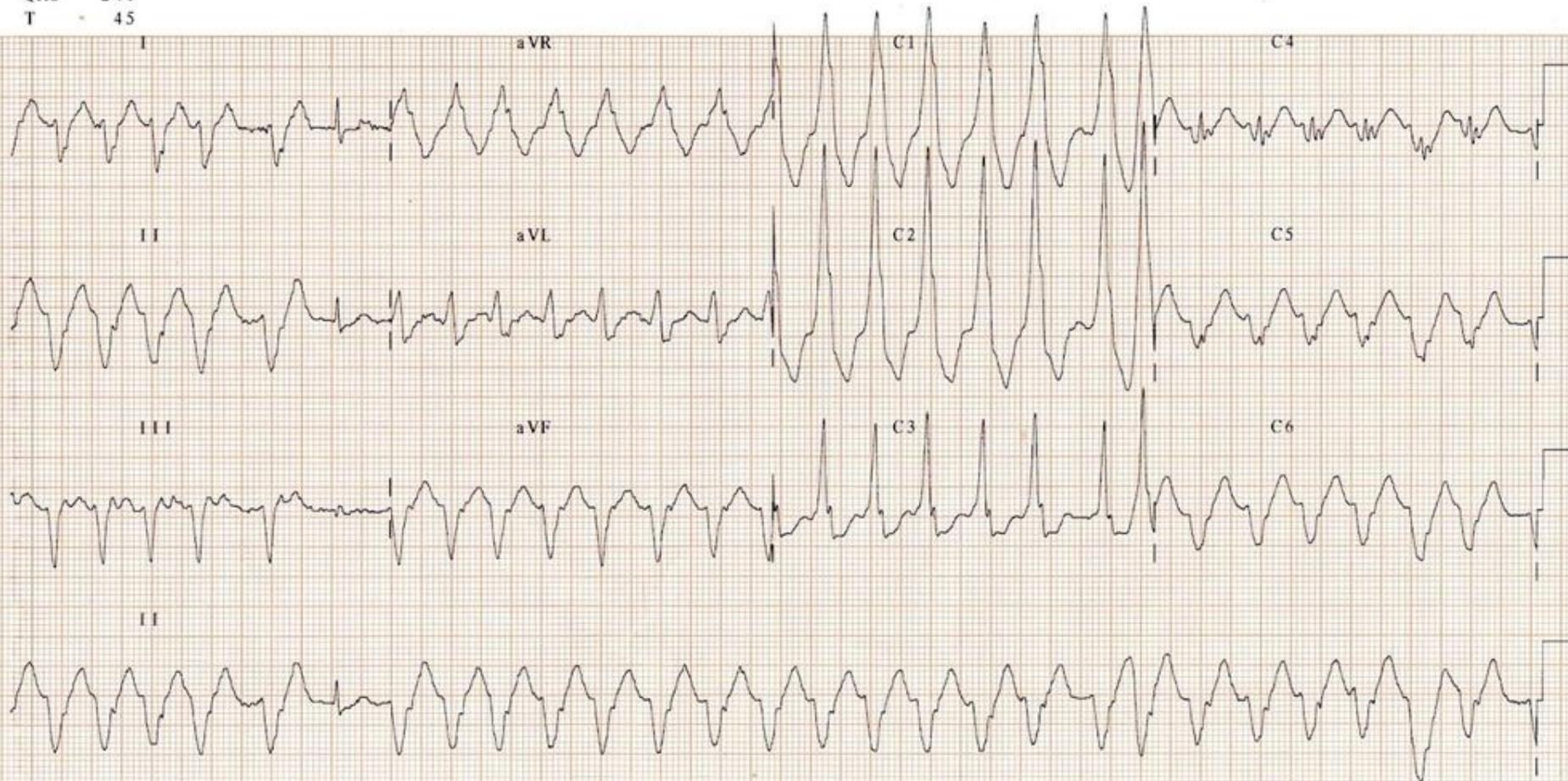
FC 167  
PR 0  
QRS 241  
QT 311  
QTc 518

01/04/1945  
LINY  
MICHEL  
M  
0003424910  
26/02/2011

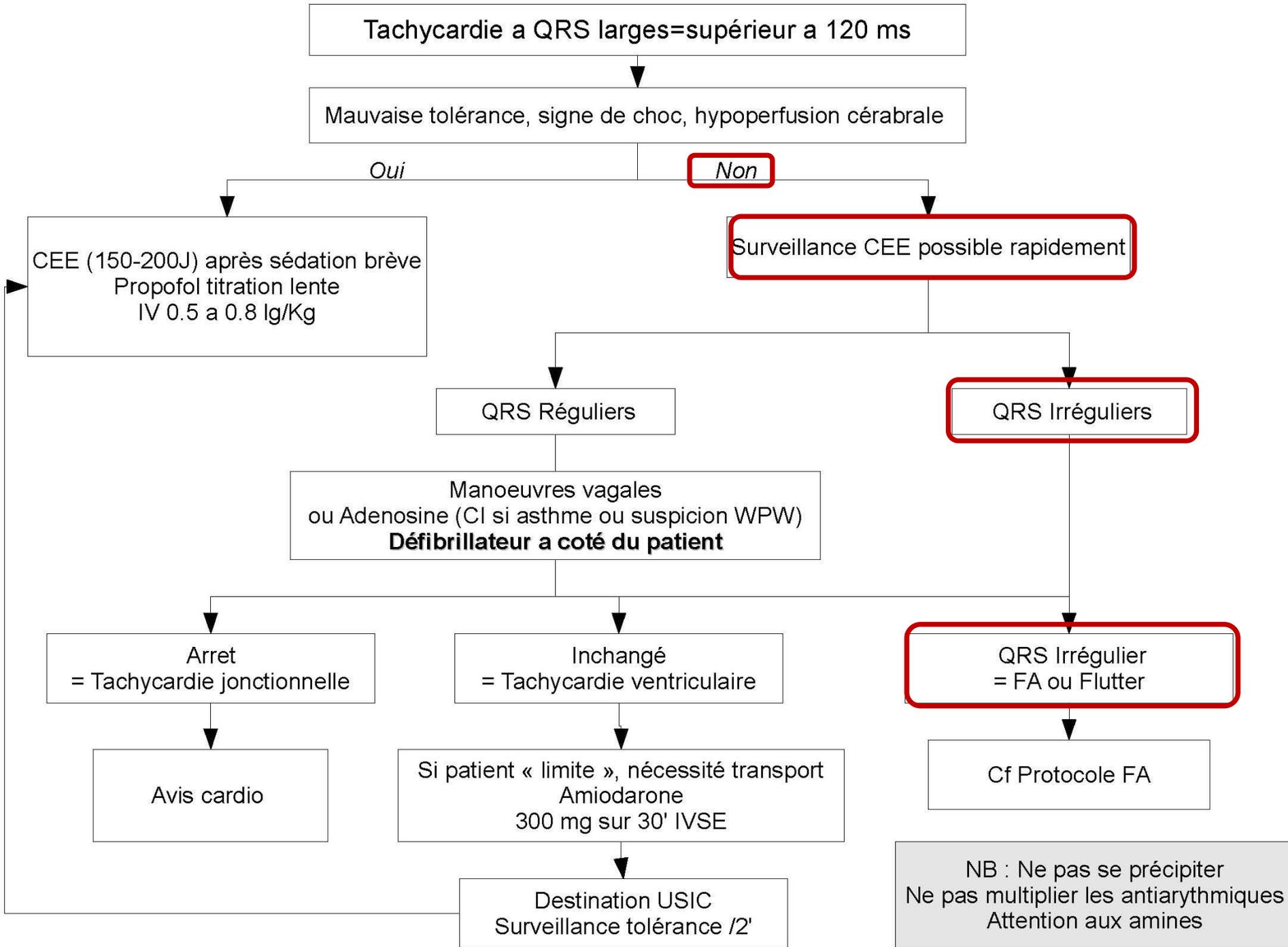


--Axe--

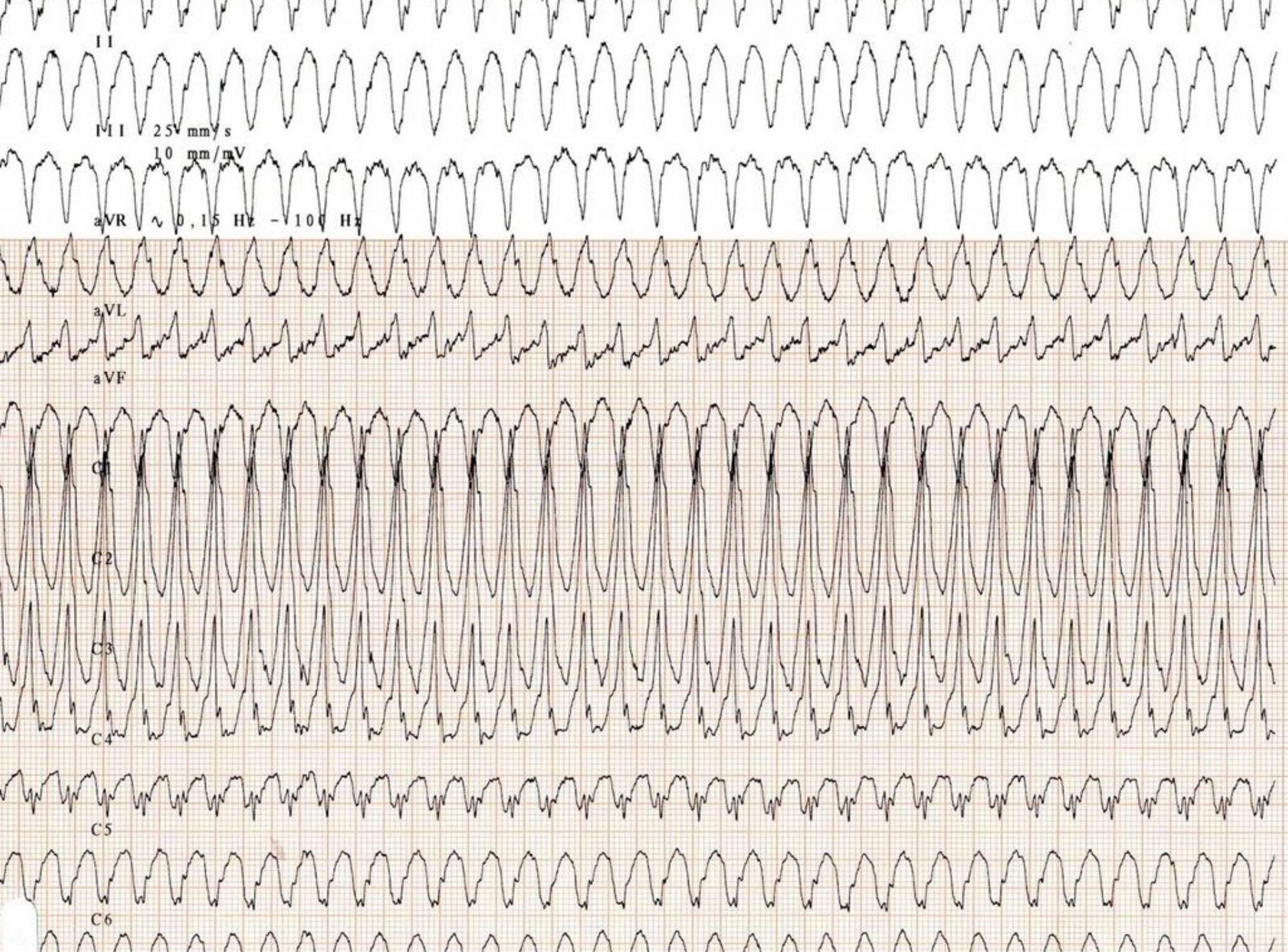
P - 45  
QRS 241  
T - 45



Les tachycardies c'est parfois compliqué. Il faut pouvoir suivre un schéma clair.



- Pendant que vous réfléchissez avec vos collègues la télémétrie s'affole avec plusieurs épisode de passage à 240
- Pas de douleur thoracique ou de dyspnée pendant cette accélération



Tachycardie a QRS larges=supérieur a 120 ms

Mauvaise tolérance, signe de choc, hypoperfusion cérébrale

Oui

Non

CEE (150-200J) après sédation brève  
Propofol titration lente  
IV 0.5 a 0.8 lg/Kg

Surveillance CEE possible rapidement

QRS Réguliers

QRS Irréguliers

Manoeuvres vagales  
ou Adenosine (CI si asthme ou suspicion WPW)  
**Défibrillateur a coté du patient**

Arret  
= Tachycardie jonctionnelle

Inchangé  
= Tachycardie ventriculaire

QRS Irrégulier  
= FA ou Flutter

Avis cardio

Si patient « limite », nécessité transport  
Amiodarone  
300 mg sur 30' IVSE

Cf Protocole FA

Destination USIC  
Surveillance tolérance /2'

NB : Ne pas se précipiter  
Ne pas multiplier les antiarythmiques  
Attention aux amines

1 - CEE

2 - Manœuvre vagale

3 - ADENOSINE 10mg IVD

4 - CORDARONE 300mg

5 - Surveillance, Patch de défibrillation branchés, Avis cardio

**Vous retenez le diagnostic de ?**

**1 - Tachycardie ventriculaire**

**2 - Tachycardie atriale avec aberration de conduction**

**3 - Tachycardie supra conduite WPW**

**4 - Tachycardie antidromique**

FC 108  
PR 147  
QRSD 118  
QT 334  
QTc 448

119005704 03/04/1945

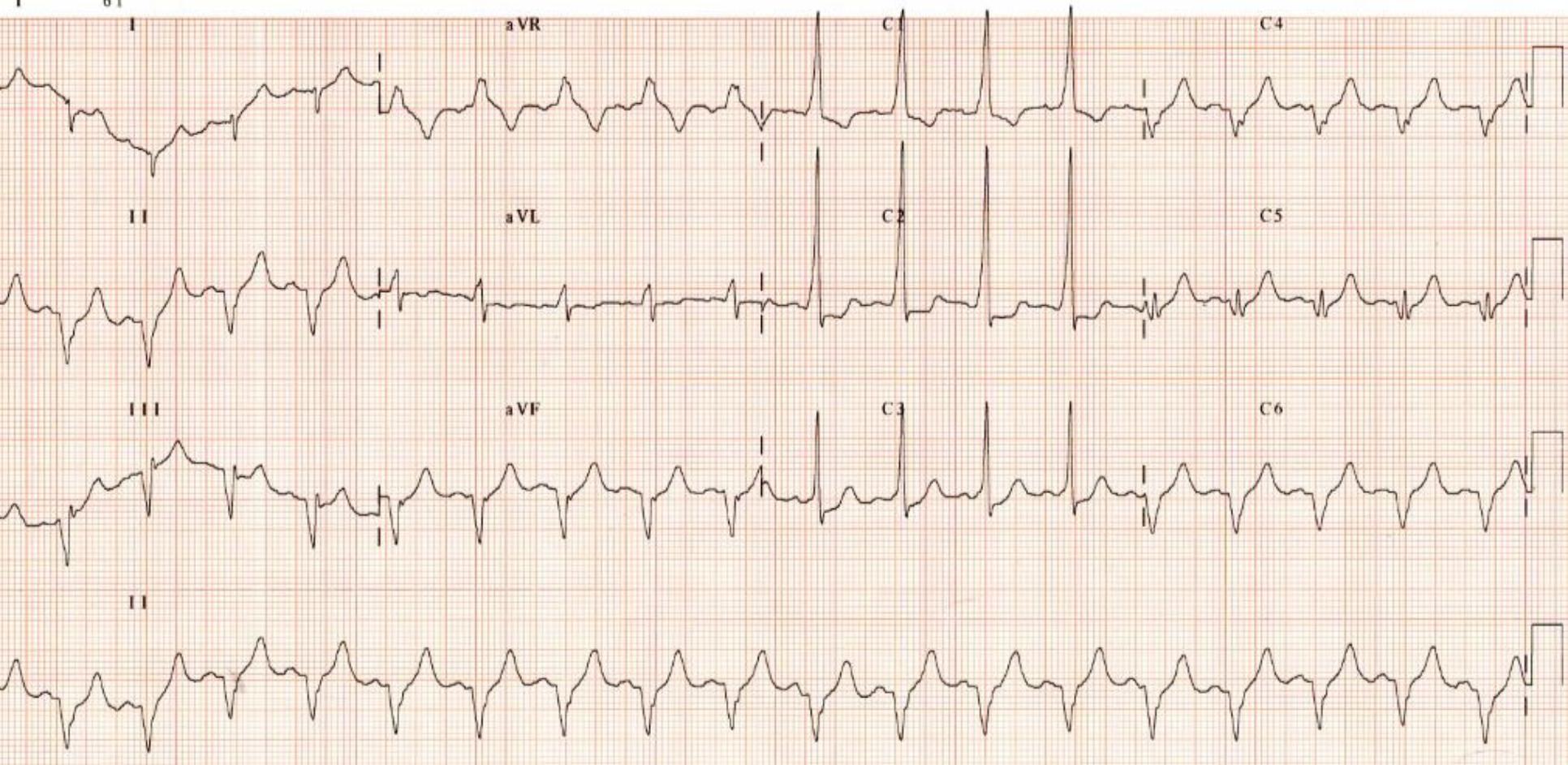


M

0003424910 26/02/2011

(P)

--Axe--  
P 53  
QRS 258  
T 61



# Décision

---

- 1 - Flecaine 150 mg dans 20 ml
- 2 - mutation en USIC
  
- Pas de tachycardie
- Echo : VG non dilaté, bonne fonction systolique et absence de valvulopathie significative
- Du fait de l'aspect syncopale de cette ACFA avec WPW il est réalisé une ablation par RF avec succès

# Messages

---

Donc devant une tachycardie large rester prudent,  
ne pas se précipiter.

En cas de mauvaise tolérance le CEE reste la  
meilleure solution