

CAT DEVANT UNE TACHYCARDIE A COMPLEXES LARGES

Comment reconnaître une TV d'une TSV ?

Aide au diagnostic de TV

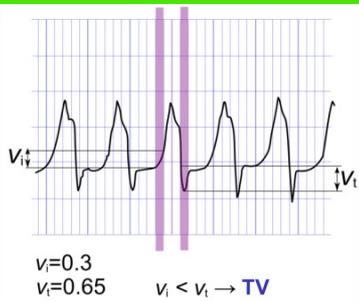
Critères ECG proposés par Vereckeï

1^{er} critère de Vereckeï
Dissociation auriculo-ventriculaire = TV
Oui = TV / Non Recherche 2^{ème} critère

2^{ème} critère de Vereckeï
Présence d'une onde R initiale en aVR = TV
Oui = TV / Non Recherche 3^{ème} critère

3^{ème} critère de Vereckeï
Aspect ECG n'évoque ni un bloc de branche ni un hémibloc.
Oui = TV / Non Recherche 4^{ème} critère

4^{ème} critère de Vereckeï
On mesure le rapport de vitesses des 40 premières et dernières millisecondes du QRS, mesuré au niveau de la dérivation la plus biphasique, rapport V_i/V_t . Si le rapport est ≤ 1 : diagnostic de TV. Si rapport > 1 : diagnostic de TSV.



$V_i=0.3$
 $V_t=0.65$
 $V_i < V_t \rightarrow TV$

Choisir la dérivation frontale ou précordiale où l'activation initiale du ventricule est la plus rapide, puis choisir un QRS diphasique.

Tachycardie à complexes QRS larges
TV ou TSV ?
Patient stable sur le plan hémodynamique
Erreur à ne pas commettre
Prendre une TV pour une TSV avec QRS larges

Test diagnostique :
dépression conduction nœud atrioventriculaire.
Manœuvres vagales :
massage sino-carotidien, manœuvre de vasalva.
Injection de Striadyne (Contre indiqué: en cas d'asthme ou BPCO)

Absence de modification fréquence auriculogrammes associée au ralentissement transitoire des ventriculogrammes = **tachycardie à l'étage auriculaire**

Réduction brutale tachycardie = **tachycardie jonctionnelle**

Absence de modification fréquence ventriculogrammes = **TV**

Comment reconnaître une TV d'une TSV ?

Aide au diagnostic de TV

Critères ECG proposés par Brugada

1^{er} critère de Brugada
Absence de complexe RS dans les dérivation précordiales
RS c'est ça / Absence de complexe RS
Non Recherche 2^{ème} critère / Oui = TV

2^{ème} critère de Brugada
Intervalle RS > 100 ms dans une précordiale.
Non Recherche 3^{ème} critère / Oui = TV

3^{ème} critère de Brugada
Dissociation auriculo-ventriculaire = TV Coexistence d'un rythme auriculaire et d'un rythme ventriculaire sans relation.

Présence de complexes de fusion = TV Sur le tracé on observe des complexes QRS "anormaux", hybrides fusionnant un complexe QRS fin d'échappement et un complexe QRS large ventriculaire.

Présence de complexes de capture : Reprise par le nœud sinusal de la commande du rythme : complexe QRS étroit "précoce" au sein d'une tachycardie à complexes larges.

Non Recherche 4^{ème} critère / Oui = TV

Tachycardie à complexes QRS larges
Patient instable
Se préparer à une cardioversion rapide
Pas nécessaire si FC < 150 batt/min

4^{ème} critère de Brugada

Aspect n'évoquant pas de bloc de branche gauche = TV.

Aspect n'évoquant pas de bloc de branche droit = TV.

TV
R > 30 ms
Crochetage
Durée jusqu'à l'acmé de l'onde S > 60 ms
Petite onde R, grande onde S crochetée en V1 et V2
Aspect QR en V6

TSV
Petite onde R
Aspect de bloc de branche gauche
Pas d'onde Q

TV
Onde R monophasique en V1
Onde S profonde en V6, ratio RS < 1

TSV
Aspect typique de bloc de branche droit

TRAITEMENT DES TACHYCARDIES A COMPLEXES LARGES

Tachycardie supraventriculaire avec aberration

Manœuvre vagale si échec ⇒
Striadyne® (amp 20mg/2 ml) : 10 mg IV rapide 1 à 3 secondes, en cas d'efficacité après 1 à 2 minutes, administrer une 2^{ème} de 10 mg si échec ⇒
Amiodarone.

Tachycardie ventriculaire confirmé

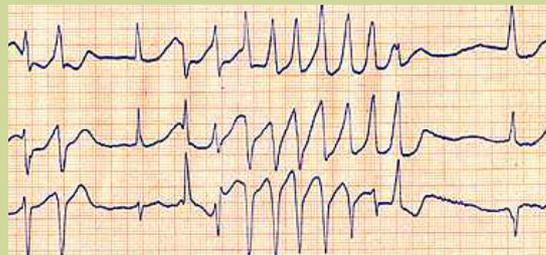
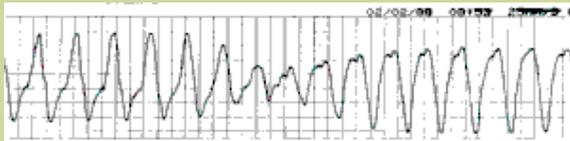
Amiodarone (150 mg/5ml) : 150 mg par IV sur 10 minutes ou perfusion 300 mg sur 6 heures. Dose maximale 2,2 g /24 h.
Lidocaïne (Flacon injectable 1% : 20 ml = 200 mg) : Dose initiale 1,5mg/kg si nécessaire 2^{ème} dose de 0,5 à 0,75 mg/kg peut être prescrite 5 à 10 minutes plus tard. Dose de charge totale 3 mg/kg. Si efficace perfusion continue de 2 à 4 mg/min.

Tachycardie à complexes QRS larges d'origine indéterminée

Si fonction VG normale : lidocaïne ou amiodarone.
Si fonction VG altérée (FE < 40%) : amiodarone ou cardioversion

Cas particulier : Torsade de pointe

- Trouble de l'excitabilité ventriculaire.
- Accès bref = asymptomatique.
- Accès prolongé = syncope.
- ECG : complexes ventriculaires larges, avec phase rapide et phase lente, déflexions changent de sens (tantôt pointe en haut et tantôt pointe en bas).



- Cède spontanément mais rechutes fréquentes, se prolonger ou passage en FV.
- Traitement : Stimulation électrique traitement de choix.
- Sulfate de magnésium : 1 à 2 g IV en 1 à 2 minutes suivie d'une dose identique perfusée en 1 heure.
- Isoprénaline : 2 à 10 µg/min en attente de la stimulation électrique.