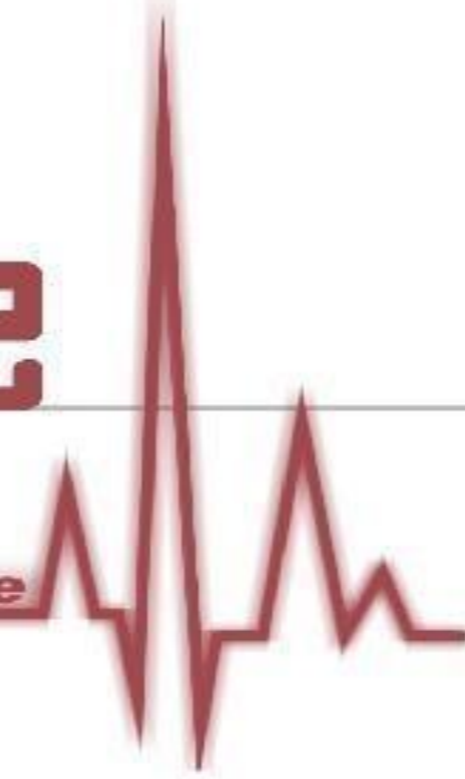


**RESOLVe**

RESeau Cardiologie Urgence

**FMC**



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

**Syncope et tachycadie**

Docteur Stephan Collodet

SAU St Joseph St Luc

# le cas de Mr H

- Malaise à domicile avec révulsion oculaire
- massé une minute par la famille ...
- réveil agité avec 2 mg d'HYPNOVEL pour sédation par le SMUR
- sensation d'oppression thoracique au réveil
- Aucun ATCD autre que psychose, tabagique (LAROXYL, TERCIAN, THERALITHE, TRAMADOL, INIPOMP, BREXIN)

V6

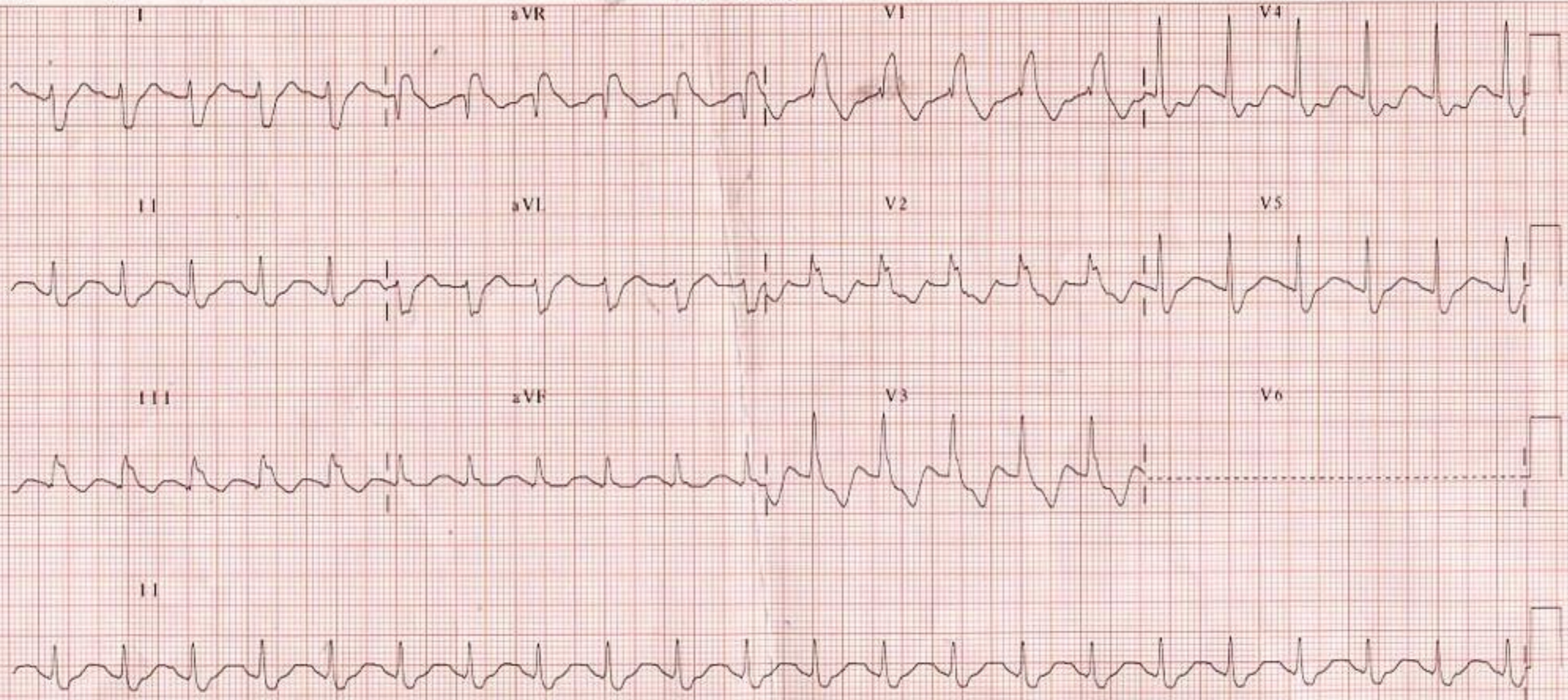
FC 129 . TACHYCARDIE JUNCTIONNELLE, FREQ. = 129.....PAS D'ONDES P, RYTHME >= 100  
 PR 0 . BLOC BIFASCICULAIRE (BBD + HBPG).....BBD + AXE DROIT  
 QRSD 155 \* DERIV. V6 NON UTILISE(ES) POUR ANALYSE MORPHOLOGIQUE  
 QT 304 \* DERIVATION(S) MANQUANTE(S) V6  
 QTc 445

--Axe--

P  
 ORS 153  
 T -24

- ECG ANORMAL -

A faire valider par médecin



# Vous proposez?

- 1 - Un choc électrique externe 150 J diphasique
- 2 - Manœuvres vagales
- 3 - ADENOSINE 6 mg IVD
- 4 - TILDIEM: 0,25 mg/Kg
- 5 - Dose de charge de AMIODARONE 300 MG IVL 30 Min

- Pas de CEE car bonne tolérance clinique
- Pas d'AMIODARONE car pas de diagnostic précis, mauvais anti-arythmique de réduction en aigu
- Adénosine/Tildiém possible mais toujours préférer en premier de simples manœuvres vagales.

# Les manœuvres vagales sont inefficaces vous proposez?

---

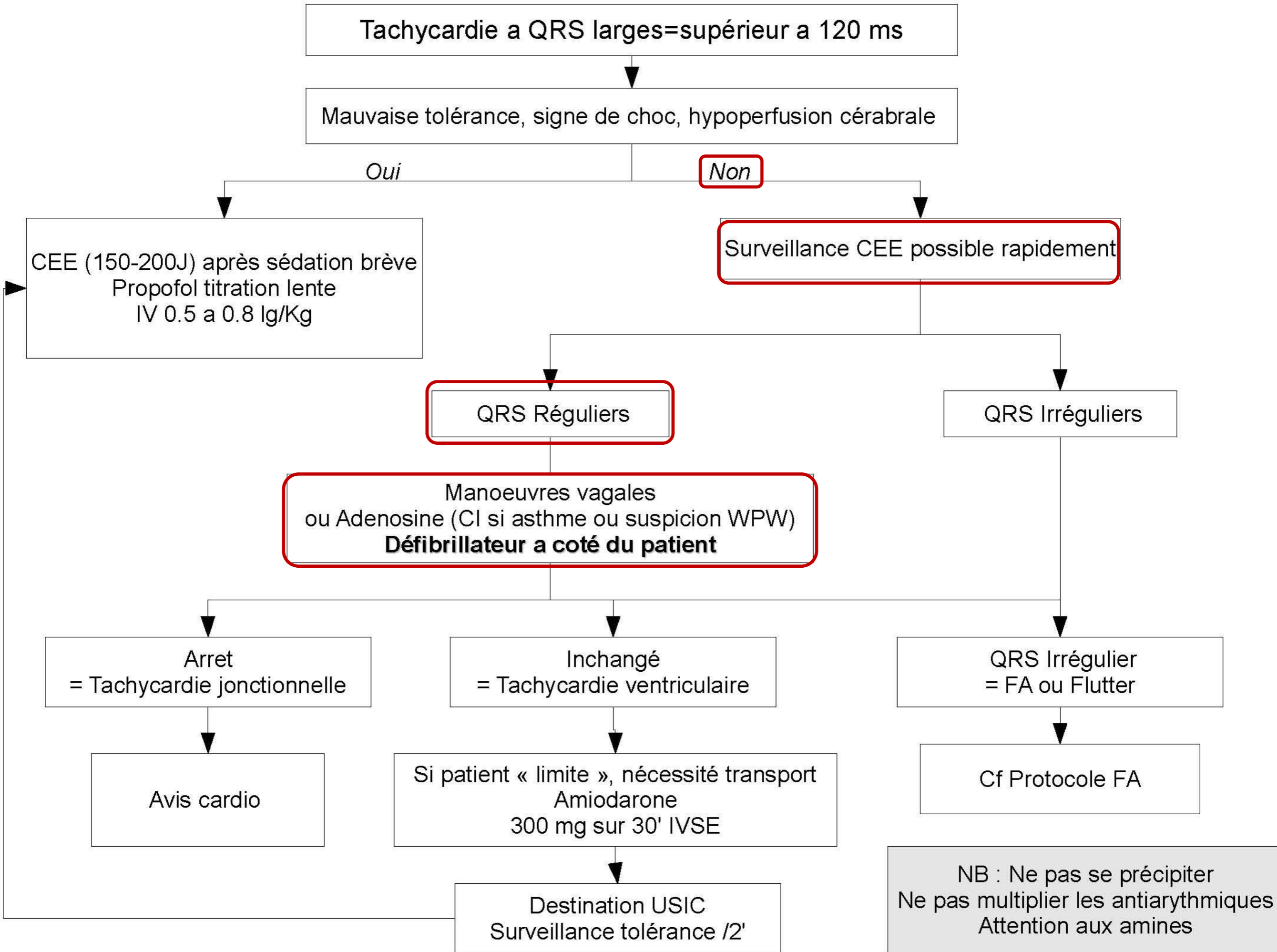
- 1 - ADENOSINE 6 mg IVD
- 2 - Un choc électrique externe
- 3 - TILDIEM 0,25 mg/kg
- 4 - Dose de charge de CORDARONE
- 5 - Rien

- Pas de CEE car tachycardie bien tolérée
- Pas d'AMIODARONE car pas de diagnostic précis, mauvais anti arythmique de réduction en aigu
- Tildiem possible uniquement lorsqu'on a des arguments pour une tachycardie supraventriculaire car même efficacité que l'adénosine, moins d'effets mineurs de mauvaise tolérance, mais plus d'effets majeurs ( hypoTA sévère), et dans ce cas **fonction VG inconnue.**

# L'adénosine est inefficace vous proposez?

---

- 1 - Une dose de charge de CORDARONE
- 2 - Un choc électrique externe
- 3 - TILDIEM 0,25 mg/kg
- 4 - Un avis cardiologique



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'

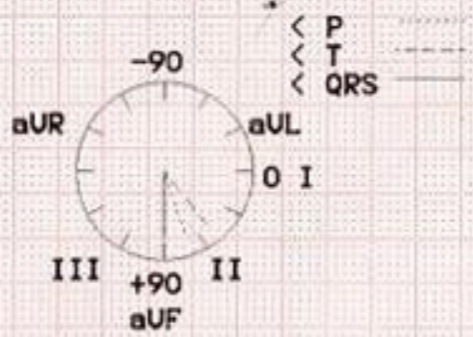
NB : Ne pas se précipiter  
Ne pas multiplier les antiarythmiques  
Attention aux amines

- Pas de CEE car bonne tolérance
- AMIODARONE possible selon le protocole, mais avis cardiologique préférable si accessible.
- Donc AMIODARONE possible en SMUR et transfert USIC, au SAU avis cardiologique disponible donc avis cardiologique

- Les QRS ont un aspect de BBDt typique (probable tachycardie supraventriculaire)
- l'excellente tolérance clinique
- L'accès a un coup d'oeil echoscopique (FEVG)
- **Décision après avis cardiologique d'essai de TILDIEM 25 mg ( 1 amp).**

Résultats mesures:

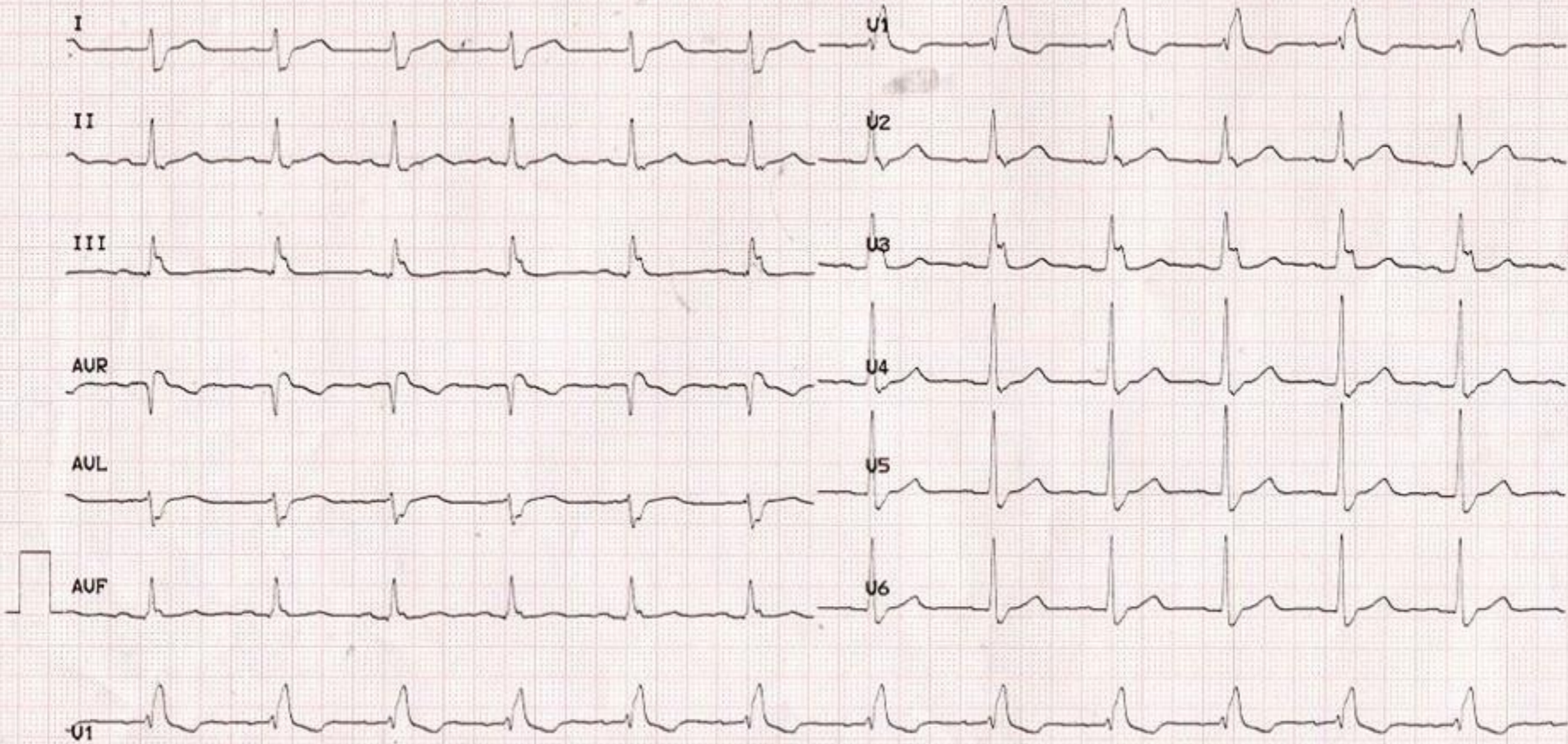
QRS	:	160 ms
QT/QTcB	:	434 / 484 ms
PQ	:	184 ms
P	:	98 ms
RR/PP	:	790 / 800 ms
P/QRS/T	:	70/ 91/ 50 degrés



Interprétation:

349

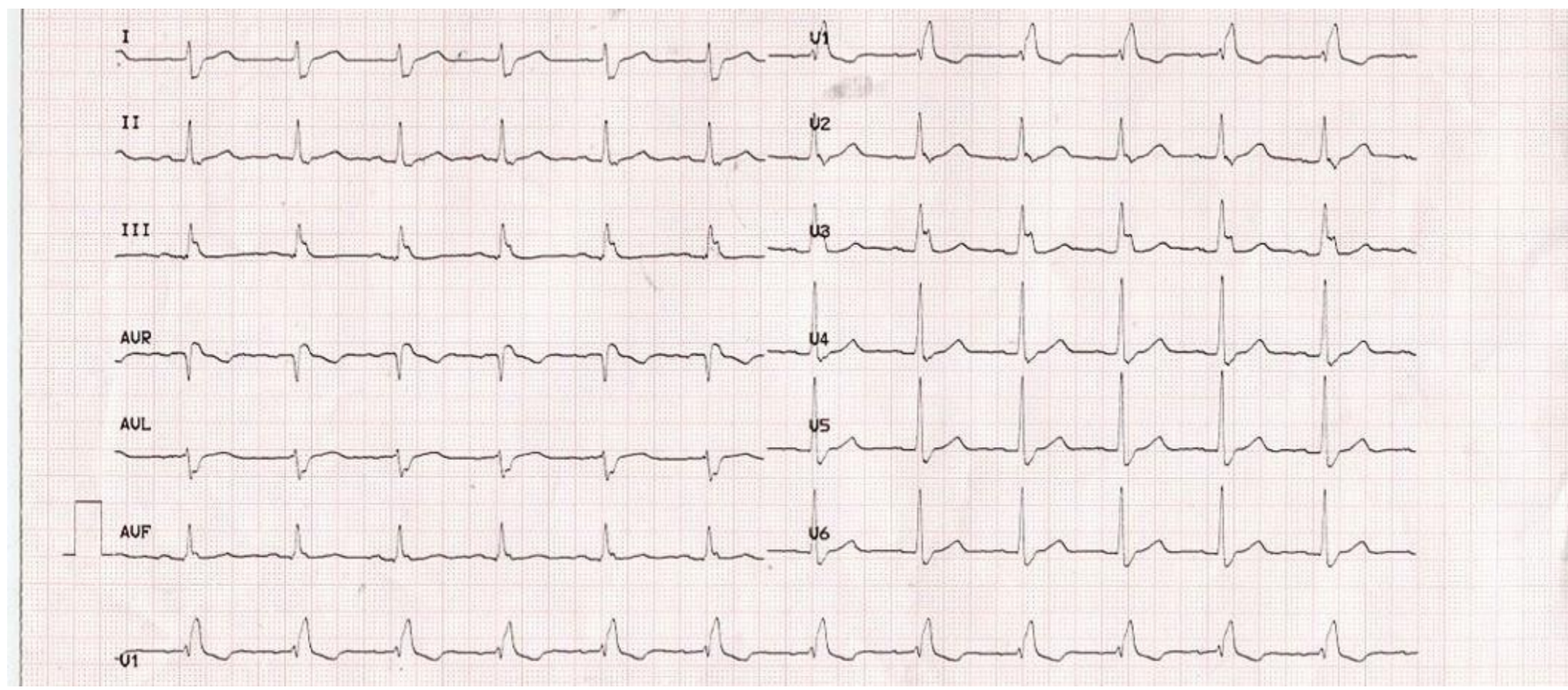
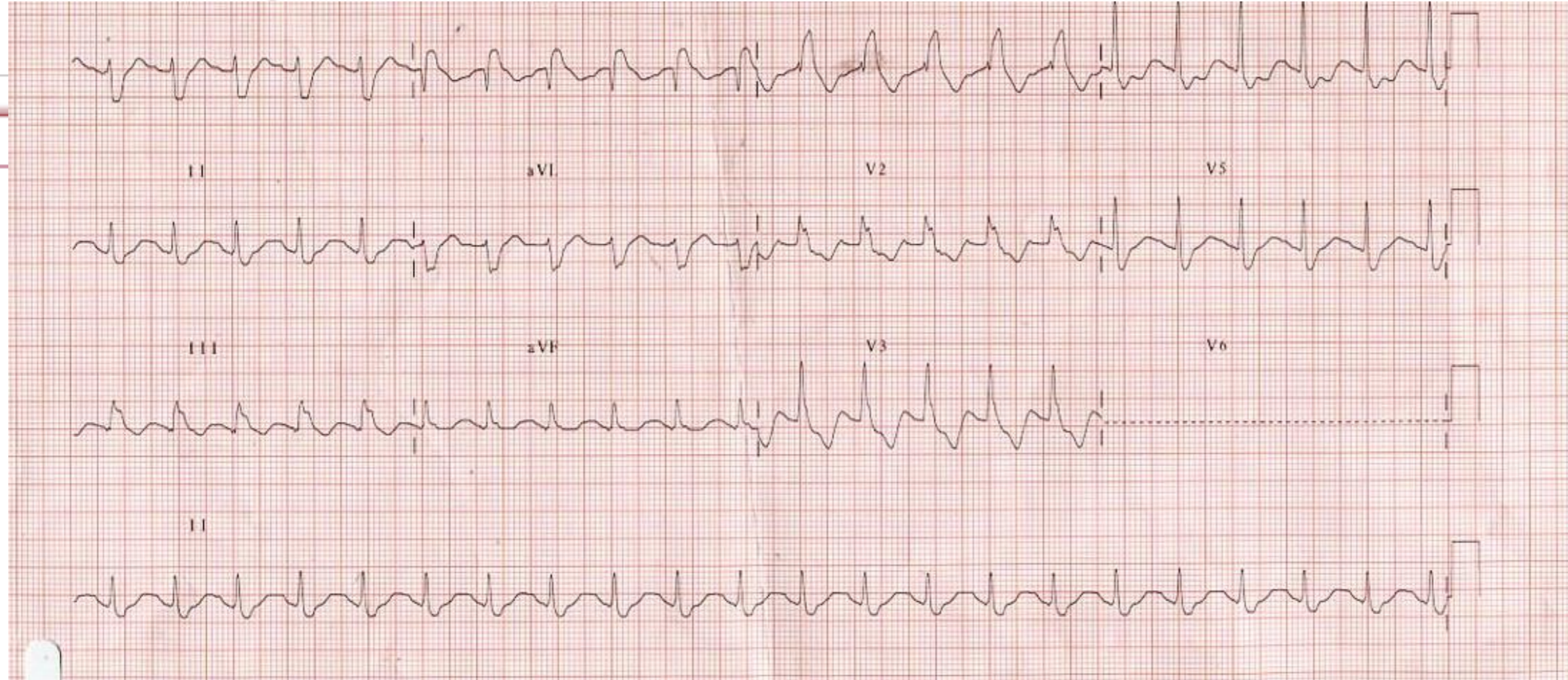
rapport non confirmé .



Vous retenez le diagnostic de :

---

- 1 - Tachycardie sinusale réactionnelle sur BBDT préexistant
- 2 - Tachycardie jonctionnelle
- 3 - Flutter atrial
- 4 - Tachycardie ventriculaire



- Les QRS sont identiques en tachycardie et en rythme sinusal. C'est une tachycardie supraventriculaire donc pas une TV
- L'absence de réduction après adénosine n'est pas en faveur d'une tachycardie jonctionnelle
- L'absence de ralentissement après adénosine n'est pas en faveur d'une tachycardie des oreillettes (flutter par exemple)

- Après quelques heures de surveillance, les constantes du patient restent normales.
- L'ECG en RS avec BBD et HBPG
- La biologie est normale

# Vous décidez de:

- 1 - D'hospitaliser le patient en cardiologie
- 2 - Transfert à l'USIC
- 3 - D'un retour à domicile sans traitement
- 4 - D'un retour à domicile avec mise en place d'un traitement

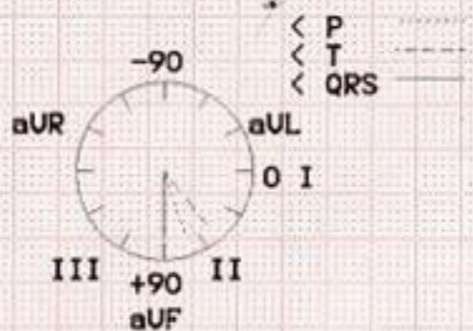
## Recommandations HAS

L'ECG initial est rarement contributif chez les patients ayant une syncope. Il peut être normal ou montrer des anomalies (HVG, rotation axiale, BBG, etc.) sans rapport direct avec la syncope.

- Anomalies de l'ECG suggérant que la syncope est liée à un trouble du rythme ou de la conduction
- ❑ Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD associé à un HBAG ou HBPG)
- 5.1 Nécessité d'une hospitalisation (classe 1)
- Pour le diagnostic d'une syncope cardiaque :
  - ❑ cardiopathie importante sous-jacente connue ou suspectée à l'examen clinique ;
  - ❑ cardiopathie suspectée à l'interrogatoire ou arguments à l'ECG ;
  - ❑ anomalies de l'ECG suspectes ;

Résultats mesures:

QRS	:	160 ms
QT/QTcB	:	434 / 484 ms
PQ	:	184 ms
P	:	98 ms
RR/PP	:	790 / 800 ms
P/QRS/T	:	70/ 91/ 50 degrés



Interprétation:

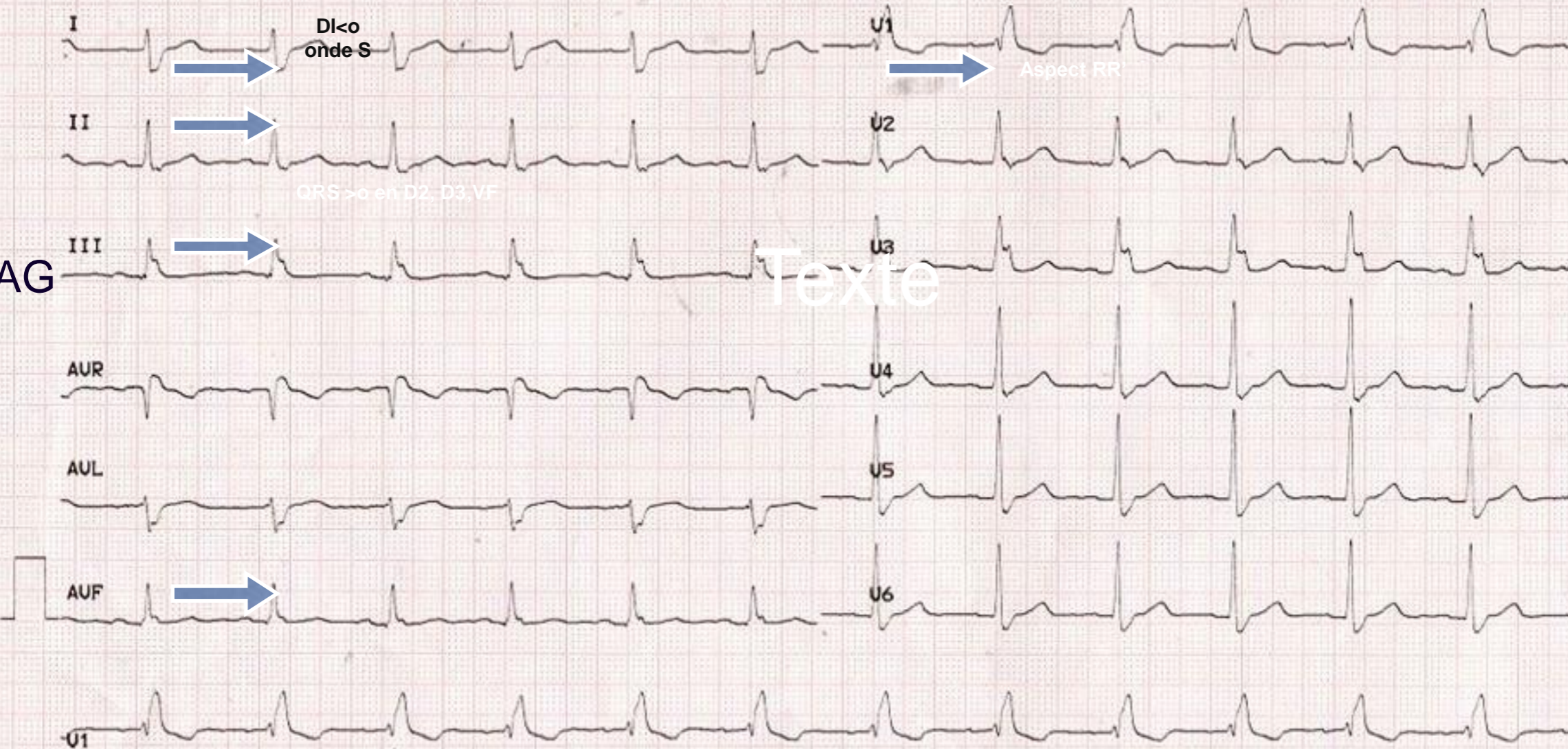
349

BBDT

rapport non confirmé .

HAG

Texte



# Finalemment

- Hospitalisation en service de cardiologie avec surveillance télémétrée
- Exploration electrophysiologique: tachycardie sinusale avec bloc infrahisien
- Bilan complémentaire à la recherche d'une cardiopathie (IRM, EMG, éliminées par sérologies les maladies de Lyme, Fabry, et les maladies autoimmunes).
- Implantation d'un PM VVI.