

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

**Une Tachycardie à QRS larges,  
on choque ou pas?**

Dr C.CAPLETTE  
Urgences – SMUR  
CH Bourgoin-Jallieu

Monsieur M. 79 ans consulte au S.A.U pour palpitations et gêne respiratoire modérée.

ATCD : Adénome Prostatique

FDRCV : Aucun

Patient sportif faisant plus de 100 km de vélo/semaine.

HDM :

Palpitations depuis 3 jours avec dyspnée l'empêchant de faire du vélo. Absence de douleur thoracique.

FC = 170/mn TA symétrique = 110/50

SaO<sub>2</sub> = 94% en AA.

FC 172 . ÂGE NON INDIQUÉ, PRÉSUMPTION 50 ANS POUR LES BESOINS DE L'INTERPRÉTATION ECG  
RR 349 . TACHYCARDIE EXTRÊME À QRS LARGE, SANS AUTRE PRÉCISION DU RYTHME  
PR 128 . DÉCALAGE DE LA LIGNE DE BASE SUR DÉRIVATION(S) V6  
QRSD 150  
QT 319  
QTc 540

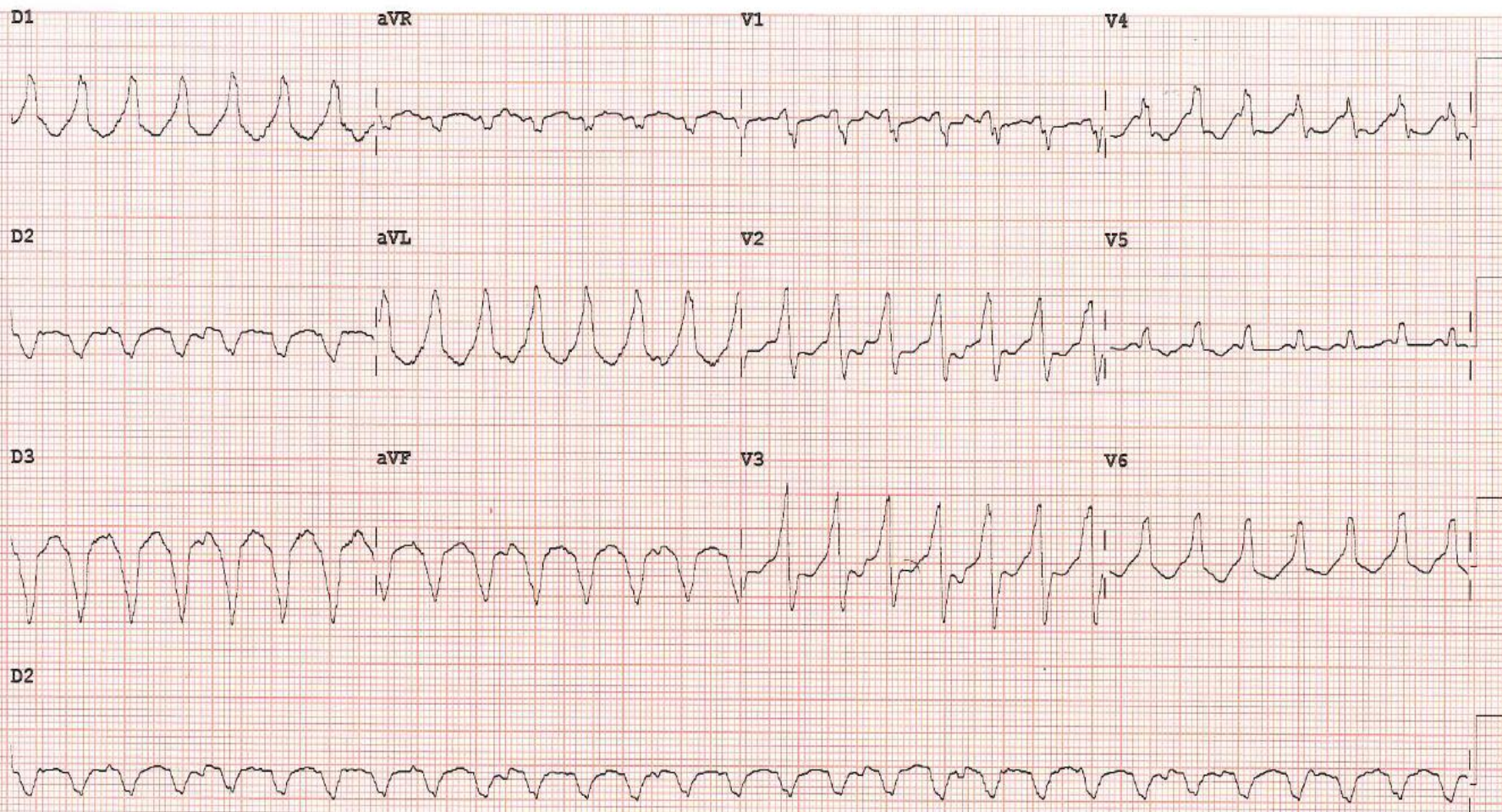
--AXES--

P 135  
QRS -54  
T 144

- ECG ANORMAL -

Diagnostic non validé

>>>> Fréq. card. très élevée <<<<



# Quel traitement faites-vous en premier ?

---

1 - Cordarone 300 mg en IVL

2 - Manœuvres vagales

3 - Adénosine : selon protocole

4 - CEE

FC 172 . ÂGE NON INDIQUÉ, PRÉSUMPTION 50 ANS POUR LES BESOINS DE L'INTERPRÉTATION ECG  
RR 349 . TACHYCARDIE EXTRÊME À QRS LARGE, SANS AUTRE PRÉCISION DU RYTHME  
PR 128 . DÉCALAGE DE LA LIGNE DE BASE SUR DÉRIVATION(S) V6

QRSD 150  
QT 319  
QTc 540

--AXES--

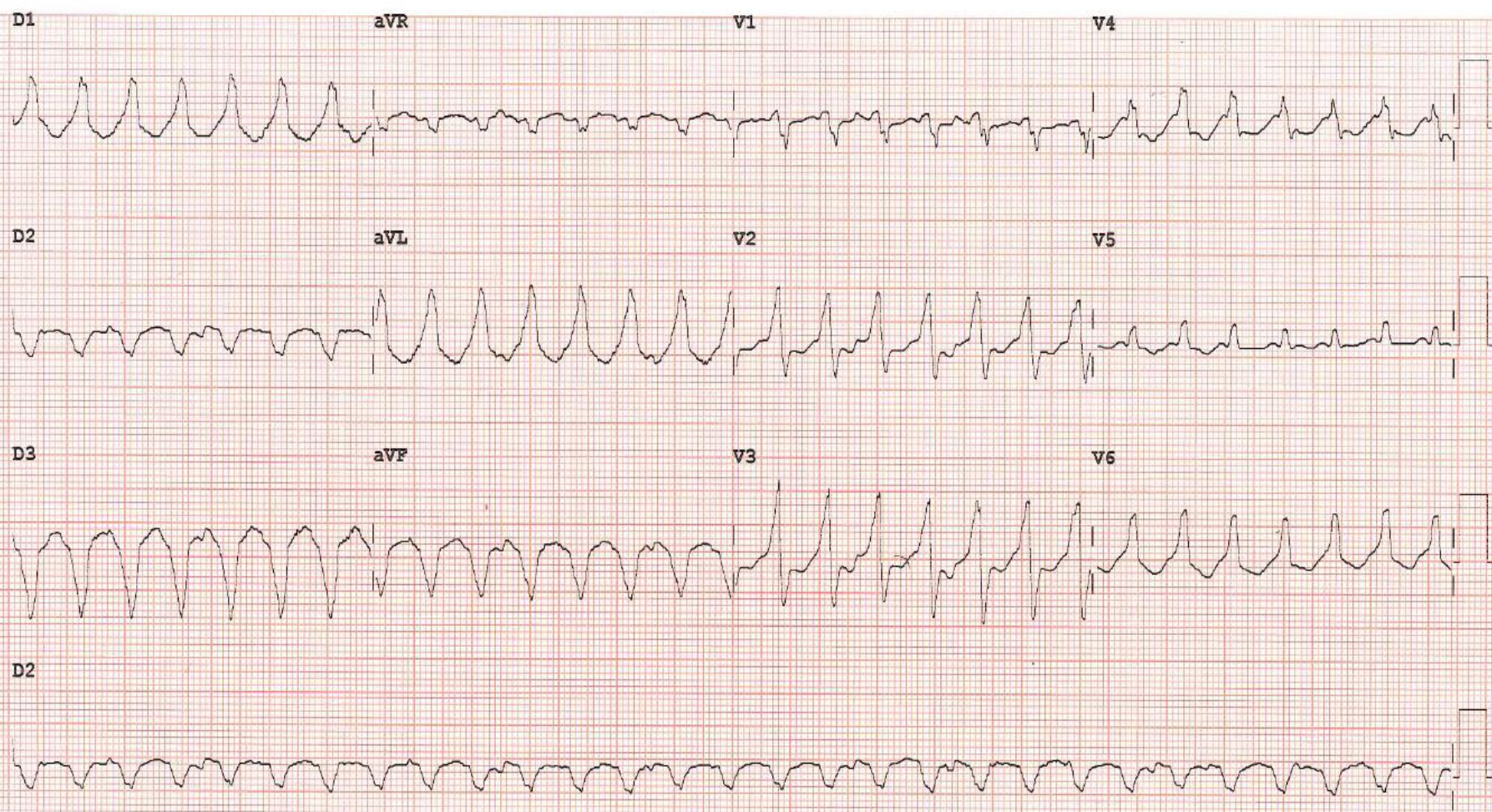
P 135  
QRS -54  
T 144

# Après l' Adénosine

- ECG ANORMAL -

Diagnostic non validé

>>>> Fréqu. card. très élevée <<<<



1 - Une tachycardie sinusale avec BBG

2 - Une tachycardie ventriculaire

3 - Une AC/FA rapide avec BBG

Le patient tolère toujours aussi bien sa tachycardie avec une bonne stabilité hémodynamique

Le bilan biologique est le suivant :

Na<sup>+</sup> 138,

K<sup>+</sup> 4,

Créat 125,

Tropo 0.2 ng/ml (NI < 0.5),

BNP 1336 (NI < 100),

TSH 0.96

# Que proposez-vous alors pour réduire cette Tachycardie ?

---

1 - Tildiem 25mg IVL

2 - Cordarone 300mg sur 30mn IVSE

3 - Digoxine 1 Ampoule

4 - CEE

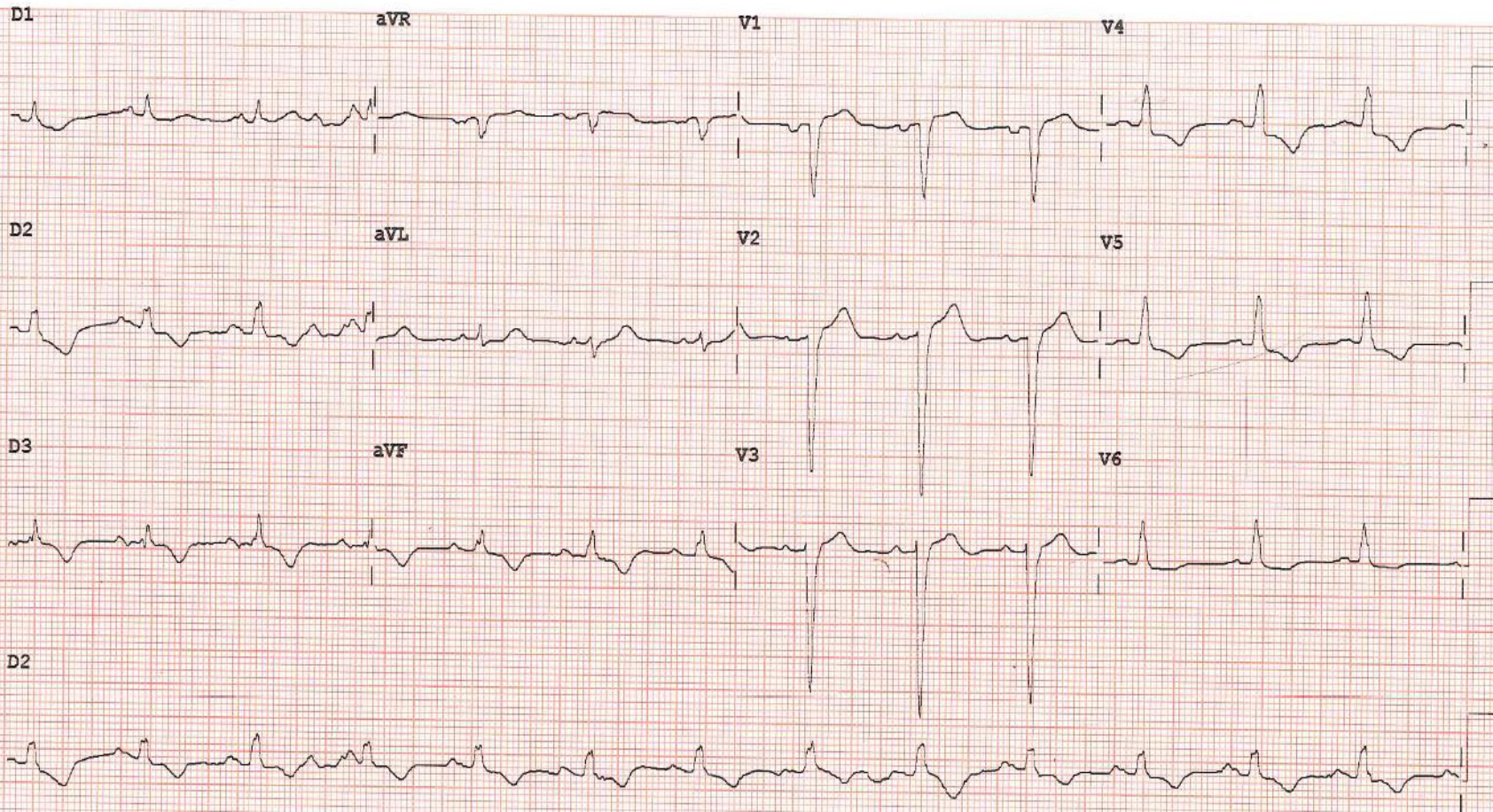
FC 79 . AGE NON INDIQUE, PRESOMPTION 50 ANS POUR LES BESOINS DE L'INTERPRETATION ECG  
 RR 759 . RYTHME SINUSAL..... axe P normal, fréq.V 50- 99  
 PR 166 . HYPERTROPHIE AURICULAIRE GAUCHE PROBABLE..... P > 50ms, <-0,10 mV en V1  
 QRSD 119 . MICRO-VOLTAGE SUR DERIVATIONS PERIPHERIQUES.....ttes deriv. périphériques <0,5 mV  
 QT 388 . HVG AVEC TREBLE DE REPOLARISATION SEC.....nombreux critères d'HVG, anomalies ST-T  
 QTc 445 . SUS-DÉCALAGE DE ST EN ANTERIEUR, PROB.DÙ À HVG.....ST >0,20 mV en V1-V4 & HVG

--AXES--  
 P 42  
 QRS 52  
 T -72

- ECG ANORMAL -

# Après la Cordarone

Diagnostic non validé



Inst: Vit. : 25 mm/s Pérph: 10 mm/mV Préc : 10,0 mm/mV

F 50~ 0,15-100 Hz

PH100B CL P?

Transfert du patient en USIC non interventionnelle.

Echographie cardiaque: akinésie inf et lat assez large.

Le patient passe à nouveau en TV.

Il est très dyspnéique (FR à 35), agité en sueurs et sa TA est à 80/40 mmHg.

1 - Nouvelle dose de Cordarone

2 - CEE après Propofol 0.5 à 0.8 mg/kg

3 - CEE après Midazolam 0.1 mg/kg max

4 - CEE sans sédation

- **Midazolam:**

Drogue plus connue des urgentistes

plus facile à utiliser en extra hospitalier?

Association possible avec la Kétamine

- **Propofol:**

Plus approprié en intrahospitalier

Effet hypotenseur plus marqué

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

Après le choc électrique, le patient retourne en rythme sinusal.

Malgré un traitement par Cordarone au PSE + HNF, le patient refait des passages en TV mais qui ne nécessite pas de chocs.

Le lendemain, il est transféré à l'Hôpital Cardiologique pour réalisation d'une coronarographie et pose d'un défibrillateur.

La coronarographie retrouve une occlusion complète de la CD, sténose à 50% à la bifurcation de l'IVA et de la diagonale sténose à 70% de l'IVA moyenne et 80% de l'IVA distale.

**Au total : Tachycardie ventriculaire sur cardiopathie ischémique.**