



## PRISE EN CHARGE D'UNE TACHYCARDIE A QRS LARGES DE L'ADULTE

**REDACTION** : Bureau RESURCOR - Rythmologie

**MAJ du 01/01/2021**

**VALIDATION** : Commission scientifique

### Une tachycardie à QRS larges (> 0,12 s) peut être une :

- Tachycardie ventriculaire (TV), jusqu'à preuve du contraire
- Tachycardies supra-ventriculaires (TSV : ACFA, tachycardie atriale, flutter, tachycardie par réentrée) avec bloc de branche préexistant ou fonctionnel (Aberration de conduction)
- Une ACFA passant par une voie accessoire.

### Règles générales :

Toute tachycardie à complexes larges **doit être considérée jusqu'à preuve du contraire comme une TV.**

La tolérance clinique ne permet pas d'orienter le diagnostic de façon fiable.

Le diagnostic de certitude est obtenu sur le critère de dissociation V-A (Rare sur l'ECG, EEP +++).

### CAT :

#### 1) Si tachycardie stable :

- Respecter la tachycardie.
- Manœuvres vagales pour le diagnostic de TSV en cas de tachycardie régulière et monomorphe :
  - Massage sino-carotidien ou manœuvre vagale modifiée.
  - Test de l'adénosine (Krenosin, Striadyne) **contre-indication** si asthme ou tachycardie irrégulière ou polymorphe (Suspicion de FA sur WPW).
- Contre-indication des drogues inotropes négatives (Inhibiteurs calciques).
- Pas d'anti-arythmique et transfert pour discussion d'exploration endocavitaire.

#### 2) Pour les tachycardies responsables d'instabilités hémodynamiques :

- Cordarone® 5 mg/kg en 1h.
- Choc électrique (150 à 200 J si biphasique et 360 J si monophasique). Sédation et analgésie en ventilation spontanée avec PROPOFOL, titré à une faible posologie en IV lente (Dose recommandée de 0,5 à 0,8 mg/kg). Dans certaines circonstances particulières, la sédation nécessite une intubation oro-trachéale :
- Situations avec haut risque de régurgitation telles que :
  - Obésité
  - Grossesse
  - Hernie hiatale
  - Diabète
  - Et prise récente d'aliments solides.
- Troubles de conscience ou détresse respiratoire.

### Référence :

*Sédation et Analgésie en Structure d'Urgence, (Réactualisation de la Conférence d'Experts de la SFAR de 1999).  
 Recommandations Formalisées d'Experts 10/2010.*

**Tachycardie à complexes larges**  
**QRS > 0,12 s**  
**ECG 12 dérivations et D2 long**

**Stable**

Analyse de l'ECG  
Manoeuvre vagale

**Tachycardie régulière**

- Adénosine IVD (CI si asthme)
- Striadyne 1 amp (20 mg)
- Krenosin 2-3 amp IVD (12-18 mg)

**Pas d'effet ou diagnostic incertain**

**Ralentissement ou arrêt de la tachycardie**

**Traitement et PEC spécifique** (Voir TSV ou FA)

**Mauvaise tolérance** (Insuffisance cardiaque, angor...)  
**ou trajet long**

- Cordarone® 5 mg/kg en 1h
- CEE sous sédation si évolution vers instabilité

**Bonne tolérance**

- Pas de traitement antiarythmique
- Discussion d'exploration endocavitaire

**Instable = pouls > 150 +**

(1 seul suffit)

- Signes de choc
- OAP massif
- Troubles neurologique (Convulsion, coma)
- Si symptômes en rapport avec le trouble du rythme

**Tachycardie irrégulière**

Adénosine contre indiquée (Striadyne, Krenosin)

**ACFA + bloc de branche (ou WPW)**

**TV polymorphe/ Torsade de pointe**

(Tachy intermittente, prévention des récives)

- 1/ Sulfate de Mg
- 2/ Isuprel® si bradycardie significative
- 3/ Béta-bloquants ou Cordarone® si syndrome coronarien aigu

**Choc électrique Biphase 150 à 200J**

(Ou 360J monophasique)  
**+ sédation** (voir texte)

**Transport du patient médicalisé sur USIC/réanimation**