



Coordination médicale :
Dr Cécile VALLOT - Dr Pierre METTON - Dr Loïc BELLE

Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel. 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>

CARDIOLOGIE - RYTHMOLOGIE



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

REDACTION : Bureau RESURCOR - Rythmologie
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2019

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 orotrachéale :

↪ 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

Transport du patient médicalisé sur USIC/réanimation

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/ Bétabloquants ou Cordarone® si syndrome coronarien aigu

Choc électrique Biphase 150 à 200J

(ou 360J monophasique)
+ sédation (voir texte)