



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TACHYCARDIE A QRS FINS

DEFINITION :

Fréquence cardiaque > **100 battements / min** et **QRS < 0,12 s**, **grave si > 150 battements / min**
Tachycardie supraventriculaire (TPSV)

1- Tachycardie auriculaire paroxystique (TAP)

- fibillation auriculaire (ACFA)
- flutter auriculaire
- tachycardies atriales (TA)

2- Tachycardie jonctionnelle (TJ)

- Bouveret
- Wolff Parkinson White (WPW)

A savoir : < 1% de TV infandibulaire à QRS fins

DIAGNOSTIC :

Anamnèse : crises précédentes, mode de résolution

Dysthyroïdie, cardiopathies, traitement digitalique, diurétique ou antiarythmique

Signes cliniques :

Asthénie, malaise général, lipothymie, syncope, sueurs, pâleur, palpitations

ECG 12 dérivations + DII long (avant, pendant, après la réduction) : QRS réguliers ou non, durée QRS, rapport ondes P / QRS

Signes de gravité :

Angor, PAS < 90 mm Hg, défaillance cardiaque, état de choc

PIEGES :

Origine extracardiaque : hypovolémie, hyperthermie, hypoxie, état de choc, douleur...

TRAITEMENT :

Oxygénothérapie : MHC QSP SpO₂ ≥ 95 %

Voie veineuse périphérique

Si tachycardie irrégulière = ACFA

Cordarone [□] 300 mg, soit 2 ampoules en 20 - 30 min, puis 900 mg / 24 h
ou

Digoxine [□] 0,5 mg, soit 1 ampoule en IVL,
CI si tt de fond et / ou diurétiques (hypoK) ou injection < 6 h

Si tachycardie régulière = Bouveret, WPW, flutter, TA

Essai des manœuvres vagales ou en cas d'échec

Striadyne [□] 20 mg soit 1 ampoule IV en bolus, 3 possibilités :

~ ▶ Soit réduit la TK = Bouveret ou WPW

~ ▶ Soit ralentit transitoirement dégage l'activité auriculaire = flutter ou tachysystolie

Si bien tolérée : pas de traitement

ou **Cordarone** [□] 300 mg en 20 - 30 min, puis 900 mg / 24 h

Si mal tolérée : **cardioversion** (mode synchrone) d'emblée si bas débit ou sous AG

~ ▶ Soit aucun effet : **Tildiem** [□] 25 mg, soit 1 ampoule en IVL

Si BOUVERET connu

Tildiem [□] 25 mg, soit 1 ampoule en IVL en 1^{ère} intention (mieux supporté)

A ne pas faire +++ :

Injecter successivement plusieurs antiarythmiques

Administer des digitaliques sur WPW ou TV Utiliser
des amines pour remonter la PA

TRANSPORT :

Surveillance : électrocardioscopique, PNI, SpO₂

Position : demi-assise ou décubitus dorsal

ORIENTATION :

Bouveret ou WPW connu, réduction facile = laisser sur place avec conseils