



PROTOCOLES THERAPEUTIQUES TACHYCARDIE A QRS LARGES

Sinon : TK bien tolérée = cardio porte ou SAU avec avis cardio, TK mal tolérée = USIC ou réanimation

DEFINITION :

Fréquence cardiaque **> 100 battements / min** et **QRS $\geq$ 0,12 s**, grave si **> 150 battements / min** 2 possibilités, soit :

- 1- Tachycardie ventriculaire (TV)
- 2- Tachycardie supraventriculaire (TPSV) avec bloc de branche (BB) préexistant ou fonctionnel

TK à complexes larges = TV jusqu'à preuve du contraire +++

DIAGNOSTIC :

Idem TK à QRS fins

PIEGES :

Idem TK à QRS fins

TRAITEMENT :

Oxygénothérapie : MHC QSP SpO₂ $\geq$ 95 %

Voie veineuse périphérique

Si tachycardie irrégulière = ACFA + BB

Traitement idem TK à QRS fins

Si tachycardie régulière = TV ou TPSV + BB

1- En faveur TV :

- dissociation auriculo-ventriculaire avec ondes P < QRS - QS en V₆ (pathognomonique), onde R exclusive en V₁ - captures + fusions (pathognomoniques)
- aspect identique ESV en rythme sinusal

Si mal tolérée (collapsus CV, douleur thoracique) = **cardioversion** (mode synchrone) - soit **d'emblée** (inconscient par bas débit)

- soit **sous AG (Kétalar[®] 2 - 3 mg / kg ou Etomidate[®] 0,3 mg / kg)**

Si bien tolérée

- soit pas de traitement
- soit **Cordarone[®] 300 mg** en 20 - 30 min, puis 900 mg / 24 h

2- En faveur TSVP + BB :

- dissociation auriculo-ventriculaire avec ondes P > QRS - traitement idem QRS fins

A ne pas faire +++ :

Injecter successivement plusieurs antiarythmiques
Administrer 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 :

TV ou TPSV mal tolérées : USIC ou réanimation

Autres TPSV bien tolérées : service d'urgences avec avis cardiologique ou SAU

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