

**Tachycardie QRS Large (> 100 bpm) / QRS > 120 ms
ECG 12D**

Surveillance
scopée

Mauvaise tolérance hémodynamique ?

- HypoTA et hypoperfusion périphérique
- Hypoperfusion cérébrale (trouble de la vigilance, convulsion)
- OAP

NON
OUI

Analyse ECG 12D +
Enregistrement continu ECG
(DII long)
Anamnèse précise et ATCD

**Cardioversion électrique en
urgence (Cf. infra)**
Tachycardie régulière
**Tachycardie
irrégulière**
Manœuvres Vagales
(Cf. annexe)

Adénosine IV si
persistance (livret
médicament)

Monomorphe
Adénosine CI
Considérer comme
ACFA + voie
accessoire

**Polymorphe
ou Torsade de
pointe**
Protocole ACFA/TSV

Mise en évidence
ACFA/TSV
**Avis cardiologique :
Diagnostic et
thérapeutique**
**Réduction =
Tachycardie
Jonctionnelle**
**Persistance =
Tachycardie
Ventriculaire**

Avis cardio si :

- Découverte
- Épisodes récurrents invalidants

Biologie selon
contexte

**Avis cardiologique pour discussion d'une Cardioversion
électrique (Cf. annexe)
Ou Cardioversion médicamenteuse (Cordarone IVSE
300 mg/30 min ; cf. livret médicament)**

Transport médicalisé vers USIC ou Réanimation selon ressources locales

Cardioversion Électrique en Urgence

La cardioversion électrique en urgence est indiquée pour les patients présentant des **signes d'instabilité hémodynamique** se traduisant par des signes de **bas débit et une hypotension artérielle**.

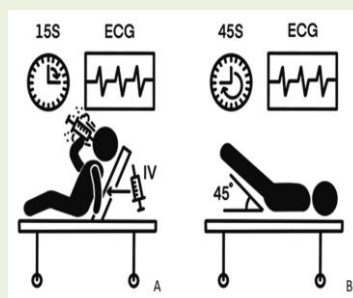
Sédation Procédurale

Propofol seul : titration de 20 mg en 20 mg avec une vigilance particulière lorsque la posologie dépasse 0,5 mg/kg (Cf. référentiel adapté)

Cardioversion

Patches positionnés en antéro-postérieur (à préférer si besoin d'un électro-entraînement)
Choc Électrique Externe Biphasique 150-200J synchrone ; à répéter en cas d'échec à 300J puis 360J

Manœuvres Vagales :
Manœuvre modifiée de Valsalva
Ou massage sino-carotidien



[Lien vidéo](#)

Les enjeux de prise en charge d'une tachycardie à QRS large sont doubles :

- évaluer le **risque de mort subite** : diagnostique et orientation à l'issue du SAU
- décider du **délai de cardioversion**

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

- Une **tachycardie ventriculaire (TV)**, jusqu'à preuve du contraire
- Une **tachycardie supra-ventriculaire (TSV : ACFA, tachycardie atriale, flutter, tachycardie par réentrée)** avec bloc de branche préexistant ou fonctionnel
- Une **ACFA passant par une voie accessoire** (ex : syndrome de Wolff Parkinson White)

La probabilité diagnostique d'une TV peut être établie grâce au **VT Score**.

La mise en évidence d'une dissociation auriculo-ventriculaire plaide fortement pour une TV.

En cas de **torsade de pointe** : rechercher un QT-long. **Ce Qt-long contre-indique formellement l'injection de Cordarone.**

Définitions :

Tachycardie ventriculaire (TV) : ≥ 3 battements ventriculaires consécutifs à une fréquence > 100 battements/min, d'origine ventriculaire, indépendante de la conduction auriculaire et auriculo-ventriculaire (AV). Dite soutenue si durée $> 30s$ ou nécessitant une intervention pour être interrompue.

Tachycardie ventriculaire monomorphe (TVM) : Morphologie du QRS identique d'un battement à l'autre.

Tachycardie ventriculaire polymorphe (TVP) : Morphologie du QRS changeant continuellement.

Tachycardie ventriculaire de type torsades de pointes (TdP) : Sous-type de TV polymorphe survenant dans un contexte d'allongement du QT, caractérisé par des complexes QRS changeant continuellement et semblant tourner autour de la ligne isoélectrique de l'ECG selon un aspect sinusoïdal.

Orage rythmique : Arythmie ventriculaire survenant ≥ 3 fois en 24 heures (épisodes espacés d'au moins 5 minutes), chaque épisode nécessitant une intervention pour son interruption.