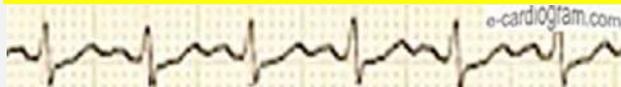


TACHYCHARDIE A QRS FINS

A tout moment, **EN CAS DE DEGRADATION** du patient (perte de connaissance, choc, détresse respiratoire), procéder à une **REDUCTION ELECTRIQUE** du trouble du rythme mal toléré
Cf. Algorithme d'aide décisionnelle devant une tachycardie

REGULIERE

TACHYCARDIE SINUSALE



Cause **non cardiaque probable**

FLUTTER ATRIAL



Aspect en « toit d'usine » peut manquer et être démasqué par l'ATP
PEC idem FA (cf. ci-contre)

TACHYCARDIE JUNCTIONNELLE



1- MANŒUVRES VAGALES Sauf CI

2- SI ECHEC : ADENOSINE Sauf CI

Injection sur un **pli de coude**, Kt court, IVD
suivi d'un bolus de sérum physiologique
Enregistrement continu **ECG**

Au choix :

KRENOSIN® :

3mg si échec **6mg** si échec **12mg**

PED : 1^{er} 0,1mg/kg max 6 **puis 0,2mg/kg** max 12

STRIADYNE® :

10mg si échec **20mg**

PED : 1mg/kg max 20mg

Attendre 1-2min entre chaque injection

ATROPINE disponible

CI : Asthme/BPCO, etc.

IRREGULIERE

PIEGE : FA + WOLF PARKINSON WHITE



« QRS en accordéon »

Pas d'ATP => TV

CORDARONE + ANTICOAGULATION

(cf. Fibrillation atriale) ou CEE si mal toléré

FIBRILLATION ATRIALE



Si FA de début < 48H : Cardioversion

ANTICOAGULATION sauf CI

Ex : LOVENOX : 100UI/kg en SC toutes les 12H

+ CORDARONE :

5mg/kg sur 20'

Puis relais **50mg/H**

Si > 48H : Contrôle cadence ventriculaire

DIGOXINE à privilégier (sauf CI : HypoK⁺ etc.) :
0,5 mg IV toutes les 4H SB max **1,5mg/24H**