

LES TACHYCARDIES : QUAND ET POURQUOI L'URGENCE ?

E. BOUGHZALA*

I- INTRODUCTION

Les tachycardies constituent une urgence de diagnostic et de traitement car il s'agit de troubles du rythme pouvant mettre en péril le pronostic vital immédiat par décompensation hémodynamique ou surtout par installation d'une fibrillation ventriculaire mortelle. Selon que la tachycardie soit d'origine ventriculaire ou supra-ventriculaire, son mécanisme, son aspect électrocardiographique, son traitement et son potentiel péjoratif sont différents.

Le diagnostic d'une tachycardie est une urgence et repose sur des éléments simples cliniques et surtout électrocardiographiques. Ce diagnostic doit déboucher sur un traitement adapté dont l'objectif premier est de réduire l'arythmie (pour préserver le pronostic vital) et ensuite prévenir les récives. L'optimisation de l'efficacité de ce traitement nécessite dans tous les cas l'identification de la cause de l'arythmie. L'urgence de ce volet et sa difficulté sont de degré variable.

II- POURQUOI L'URGENCE DEVANT UNE TACHYCARDIE ?

2 raisons :

- 1- la mort subite d'origine cardiaque est due essentiellement aux arythmies ventriculaires essentiellement.
- 2- Une tachycardie ventriculaire ou même supra-ventriculaire peut décompenser gravement une cardiopathie pouvant conduire jusqu'à l'état de choc cardiogénique dont le traitement passe par celui de la tachycardie.

1-La mort subite d'origine cardiaque connaît comme cause principale les arythmies ventriculaires. En effet, les mécanismes de la mort subite d'origine cardiaque ont pu être déterminés grâce à l'analyse des enregistrements ECG recueillis les minutes qui ont précédé la perte de conscience chez les patients porteurs d'enregistreurs continus. Il s'agit de :

- L'asystole par :
 - ☒ Dissociation électro- mécanique avec persistance d'un ECG pratiquement normal mais éjection ventriculaire gauche pratiquement inexistante annulant immédiatement le débit cardiaque.
 - ☒ Trouble de conduction avec faillite du foyer d'échappement ventriculaire aboutissant à l'arrêt cardiaque
- Les torsades de pointe
- La fibrillation ventriculaire : c'est la cause de loin la plus fréquente. Parfois d'emblée présente, elle succède dans 80% des cas à une tachycardie ventriculaire.

2-Décompensation d'une cardiopathie par la tachycardie :

Dans toute tachycardie, on assiste à :

* Service de Cardiologie – EPS Sahloul – Sousse - TUNISIE

- ☒ Un raccourcissement important de la diastole qui peut compromettre le remplissage ventriculaire et par conséquent le VES et le DC
- ☒ Une perte de la séquence auriculo-ventriculaire dans la quasi-totalité des tachycardies, compromettant encore le remplissage ventriculaire par la perte de la composante télé-diastolique active du remplissage ventriculaire
- ☒ Une diminution de la perfusion coronaire (diastolique +++)

Ces 3 éléments ont pour conséquence une diminution du DC responsable d'une ischémie myocardique et cérébrale, d'autant plus grave qu'elle préexiste à la tachycardie.

Ces phénomènes s'observent surtout quand la tachycardie se greffe sur un cœur pathologique: cardiopathie ischémique ou hypertensive, Cardiopathie valvulaire, cardiomyopathie dilatée ou hypertrophique; les conséquences sont graves avec risque d'œdème pulmonaire ou même de choc cardiogénique.

Ces conséquences sont très rares sur cœur normal

III- QUAND L'URGENCE ?

Le pronostic immédiat des tachycardies est variable :

Il dépend :

- ☒ **de la tachycardie elle - même** : une tachycardie ventriculaire est bien plus grave qu'une tachycardie jonctionnelle ou une tachycardie atriale ; Il est donc toujours **urgent** de faire **le diagnostic d'une tachycardie**, avant de décréter son caractère grave ou bénin.
- ☒ **De la cardiopathie sous jacente** : si le diagnostic de la cardiopathie elle même n'est pas toujours accessible en urgence, celui du retentissement de la tachycardie sur l'état hémodynamique doit être établi sans délai.

IV- COMMENT PROCEDER DEVANT UNE TACHYCARDIE EN PRATIQUE D'URGENCE

A- QU'EST-CE QU'IL NE FAUT PAS IGNORER POUR POUVOIR FAIRE UN DIAGNOSTIC DE TACHYCARDIE ?

- 1- **Définition d'une tachycardie** : accélération de la fréquence cardiaque > 100 c/mn
- 2- **Activité électrique normale du cœur** et dépolarisation des différentes structures, pace - makers physiologiques :
- 3- **Différents types de tachycardies** : origine et mécanisme de production :
 - ☒ Atriales : ce sont les tachycardies qui prennent naissance au niveau de l'oreillette ou des structures annexes
 - ☒ Jonctionnelles : naissant de la jonction auriculo-ventriculaire c'est à dire au niveau du nœud auriculo-ventriculaire et dépolarisant simultanément ou successivement les ventricules et les oreillettes.
 - i. La dépolarisation ventriculaire suit la voie normale nodohissienne et se traduit donc par des QRS fins ?

- ii. la dépolarisation auriculaire est rétrograde se faisant avant ou après ou pendant la dépolarisation ventriculaire ; elle se traduisant par un auriculogramme de faible amplitude, négatif en DIII aVF, situé avant, ou après QRS, raccordé à lui par un PR court, ou invisible car dans QRS .
- Ventriculaires : naissant au niveau d'un des deux ventricules et dépolarisant ces derniers de façon asynchrone en commençant par le ventricule où elles naissent et en diffusant ensuite lentement vers le ventricule contro-latéral donnant des QRS larges, sans dépolariser les oreillettes qui restent sous contrôle sinusal.(schémas)

4- Différents aspects électriques des tachycardies:

- QRS fins : ce sont les tachycardies supra-ventriculaires (atriales et jonctionnelles) et qui suivent la voie nodo - hissienne antérograde
- QRS larges :
 - i. Les tachycardies ventriculaires
 - ii. Les TSV avec bloc de branche fonctionnel ou organique
 - iii. Les tachycardies d'origine supra-ventriculaire avec pré excitation ventriculaire, de type tachycardie antidromique, rentrant dans le cadre du syndrome d'un WPW

5- Modes évolutifs variables :

- aigus
- paroxystiques
- chroniques

B- QUELLES REGLES FAUT-IL RESPECTER POUR FAIRE UN DIAGNOSTIC DE TACHYCARDIE ?

1. SUR LE PLAN CLINIQUE:

Répondre à 5 questions :

- 4 questions pour le malade :**
 - mode de début de la tachycardie : brutal, progressif, syncopal ou bien supporté, ayant engendré une modification de l'état respiratoire ou autre.
 - facteur déclenchant : effort, stress, émotion, douleur thoracique ou douleur ailleurs, prise alimentaire etc...
 - crises antérieures : comparables ou différentes, répétition, investigations, hospitalisation.
 - cardiopathie connue ou médicaments suivies
- 1 une question fondamentale pour le médecin qui reçoit le patient :** y-a-t-il des signes de gravité ? la réponse à cette question est urgente et doit déclencher des gestes de conditionnement du patient si la réponse est positive.

2. SUR LE PLAN ELECTRIQUE

A- Règles de recueil de l'ECG :

- Tracé de qualité excellente : tous les moyens doivent être employés pour que le tracé soit sans parasites ni artéfacts, suivant régulièrement la ligne isoélectrique. Pour cela, il faut calmer et rassurer le patient, bien dégraisser la peau en regard des électrodes, vérifier la prise de terre.
- Il faut un tracé 12 dérivations mais aussi un tracé long qui permette une analyse plus aisée du rythme, et donne l'occasion aux anomalies intermittentes de se manifester. Ce tracé long est habituellement fait sur 2 dérivations : DII et V1 car ce sont les dérivations où l'onde P est la mieux visible, ce qui permet une analyse des ses rapport avec QRS, élément important pour le diagnostic d'une tachycardie.
- Dérivations spéciales :
 - CR1 ou CR2 : l'électrode du bras droit est placée au 4^{ème} espace intercostal gauche, puis droit.
 - Pescador l'électrode du bras droit est placée en V1
 - Lian : l'électrode du bras droit est placée au manubrium sternal
 - Dérivation œsophagienne : excellente dérivation pour recueillir l'activité auriculaire mais n'est pas de pratique routinière et en tous cas rarement en pratique d'urgence.

B- Règles d'analyse de l'ECG :

Il importe de respecter des règles d'analyse pour aboutir à l'identification d'une tachycardie. Cette analyse doit être méthodique, d'abord analytique, suivie d'une récapitulation qui permet le diagnostic du type de tachycardie.

Cette analyse comporte plusieurs étapes à respecter pour aboutir à un diagnostic :

1- **Analyse des ventriculogrammes** : cette analyse des ventriculogrammes doit porter successivement sur :

- ☒ **La régularité des QRS** : l'intervalle R-R (entre deux QRS est-il constant ou variable ?)
- ☒ **La fréquence** : il faut calculer sur le tracé la fréquence de la tachycardie(nombre de QRS/mn) car selon la bande de fréquence dans laquelle on se situe, on peut évoquer un type ou un autre de tachycardie
- ☒ **La détermination de la morphologie de QRS** constitue un temps capital dans le diagnostic d'une tachycardie :
 - * Durée de QRS, (QRS large ou fin)
 - * ÂQRS.
 - * Aspect de QRS dans les différentes dérivations (aspect de bloc de branche gauche ou droit typique ou atypique)
 - * Constance ou variation de cette morphologie de QRS sur une même dérivation sur un tracé long : élargissement intermittent de QRS (bloc de branche intermittent ou aberration ventriculaire intermittente), affinement de QRS (complexe de capture ou de fusion dans une TV), changement de l'axe de QRS (rotation de QRS autour de la ligne iso-électrique dans une torsade de pointe), modification constante de la morphologie de QRS (tachyrythmie sur WPW)

2- **Activité auriculaire** : existe -t-elle ?, est-elle de type sinusal, ou atrial ou jonctionnel, régulière ou anarchique ?

3- **Séquence auriculo – ventriculaire** :

- existe-t-il une dissociation auriculo- ventriculaire ou bien les deux activités restent associées, c'est à dire à la même fréquence (nombre des ondes P égal au nombre des QRS),
 - la conduction auriculo- ventriculaire est elle antérograde ou rétrograde?
- 4- **Manœuvres vagales** : le but de ces manœuvres est de dévoiler l'activité auriculaire car celle ci est souvent cachée par les QRS qui sont plus amples et plus fréquents. Ces manœuvres ralentissent la conduction auriculo- ventriculaire nodohissienne normale et peuvent donc faciliter l'analyse de l'activité auriculaire. Ces manœuvres peuvent apporter un argument diagnostique surtout, voire même uniquement dans les tachycardies où les activités auriculaires et ventriculaires ne sont pas dissociées.
- 5- **Comparaison** éventuelle du tracé de tachycardie à des tracés antérieurs, en dehors de la tachycardie.

C – Résultats de cette analyse :

1- Analyse des ventriculogrammes

a- Fréquence ventriculaire : Fig.1

Les différents type de tachycardies se caractérisent par des bandes de fréquence :

- Au dessus de 200c/mn, il s'agit le plus souvent d'une tachycardie supra- ventriculaire en particulier jonctionnelle dont la fréquence habituelle se situe autour de 220 /mn.
- Les tachycardies ventriculaires se situent dans la bande des fréquences de 130 à 180 en étant le plus souvent à 170/mn.
- Le flutter auriculaire se situe habituellement à 150/mn.
- Entre 100 et 130/mn, la tachycardie peut être de type sinusal ou idio- ventriculaire.
- Les tachycardies atriales se situent dans une bande de fréquence plus large : 110 à 210.
- Quand la fréquence ventriculaire est entre 100 et 130, il s'agit d'une tachycardie sinusale ou atriale, ou d'un rythme idio- ventriculaire accéléré.

Cette méthode de discrimination des tachycardies est très utile et simple. Elle permet d'identifier d'emblée les tachycardies jonctionnelles et les rythmes idio-ventriculaires accélérés et avec une forte probabilité le flutter auriculaire.

b- La régularité du rythme ventriculaire :

Ce paramètre est très facile à préciser par une mesure de l'intervalle RR avec report de celui-ci sur les intervalles suivants permettant de vérifier sa constance ou sa variation. 3 situations peuvent se présenter :

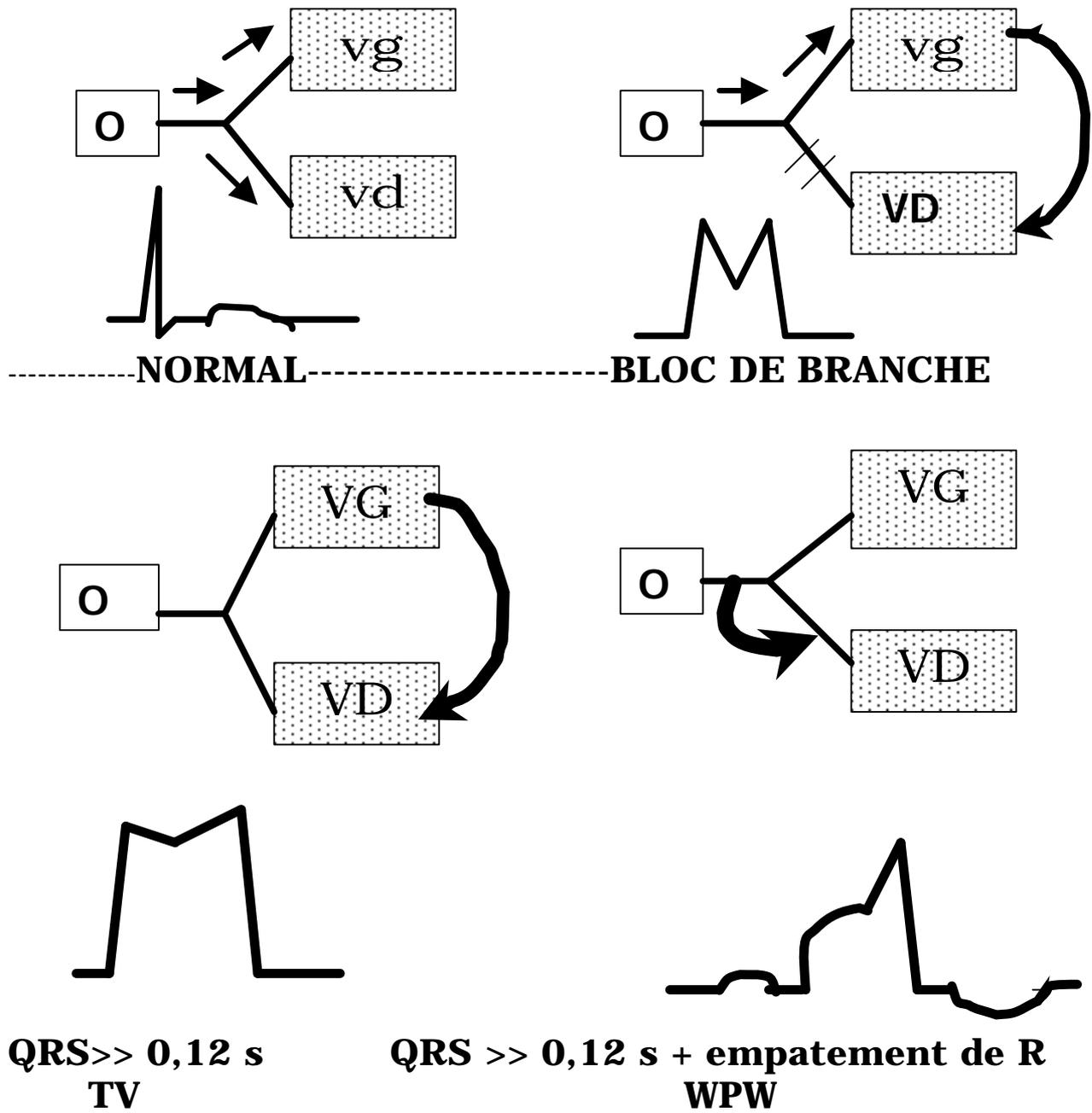


Fig. 2 : MORPHOLOGIE DE QRS EN FONCTION DE L'ORIGINE ET DU TYPE DE TACHYCARDIE

- **les QRS peuvent être larges avec une durée > 0,12 s.** Il s'agit alors de 4 éventualités :

*Tachycardie supra-ventriculaire type flutter ou tachycardie atriale associée à une aberration ventriculaire (aspect de bloc de branche droite typique provoqué par l'accélération de la fréquence cardiaque et qui aura la particularité de disparaître quand la tachycardie est réduite; il s'agit toujours d'un bloc de la branche droite).

* TSV : les mêmes tachycardies énumérées ci-dessus avec BBD ou BBG authentiques.

* TV : les QRS de tachycardie réalisent un aspect rappelant un bloc de branche droit ou gauche selon que la tachycardie naisse du ventricule gauche ou droit. En effet, dans ce cas, la dépolarisation initiatrice de la tachycardie prend naissance dans un des ventricules, dépolarise celui-ci par diffusion de proche en proche puis se transmet au ventricule voisin de la même manière, ce qui explique la longueur très longue de la dépolarisation donc du QRS. Ces QRS sont donc plus larges que dans le bloc de branche habituel (QRS>0,14s) puisque dans ce dernier, la dépolarisation est normale et retardée dans un seul ventricule. Aussi, l'ÂQRS est gauche ou hyper droit, ce qui prend une grande valeur diagnostique stt avec un bloc de sens et se caractérisent par un ÂQRS habituellement opposé au bloc (**ex ÂQRS gauche avec un aspect de BBD plus larges que ceux à vérifier +++**)

TAC/FA sur WPW : dans ce cas, la dépolarisation dans le massif auriculaire avec une cadence très rapide (600/mn) et franchement irrégulière et se transmet aux ventricule par la voie nodohissienne mais aussi par une voie aberrante caractérisée par une très grande perméabilité à la dépolarisation et une période réfractaire courte conduisant donc avant la voie normale, ce qui aboutit à une dépolarisation précoce mais très prolongée. La dépolarisation précoce déforme la partie initiale de QRS et aboutit à un QRS très large par empatement de la branche ascendante de R de QRS.

d- Variabilité ou constance de la morphologie de QRS sur un tracé long.

Deux alternatives se présentent :

- 1- QRS strictement constant : se sont toutes les tachycardies régulières supra- ventriculaires :

- * Tachycardie sinusale
- * Flutter auriculaire
- * Tachycardie atriale
- * Tachycardie jonctionnelle
- * TSV avec bloc de branche

- 2- QRS variant de façon discrète et fréquente : c'est le cas de la fibrillation auriculaire avec ou sans aberration ventriculaire.

- 3- QRS variant franchement :

* TV : le QRS peut varier rarement mais brutalement et totalement à l'occasion de captures ou de fusions :

- Le complexe de capture est un complexe fin, totalement différent es QRS de tachycardie, correspondant à la capture occasionnelle de la dépolarisation ventriculaire par une onde venant des oreillettes et trouvant la voie nodo- hisienne libre, ce qui lui permet d'activer les ventricules produisant un QRS fin normal.
- Le complexe de fusion : est un complexe intermédiaire résultant de l'arrivée simultanée d'une onde de dépolarisation ectopique et de l'onde normale d'origine sinusale, se partagent la dépolarisation des ventricules,

aboutissant à un complexe intermédiaire dit de capture. Ces complexes, quand ils sont retrouvés sur le tracé d'une tachycardie à QRS large constituent un excellent argument en faveur d'une tachycardie ventriculaire.

* TAC/FA sur WPW : les variations de la morphologie de QRS sont très franches et s'observent à chaque QRS, à cause de la compétition constante entre la voie nodo-hissienne et la voie aberrante.

*Torsade de pointe : dans cette variété frontrière de tachycardie, le sommet des QRS effectue une rotation constante autour de la ligne iso- électrique, ce qui fait constamment varier la morphologie de QRS.

2- Activité auriculaire :

- **Activité normale** : il s'agit alors d'une tachycardie sinusale. Le nombre de QRS est égal au nombre de P et le PR est normal. L'onde P est positive en DIII et AVF.
- **Activité anormale** :
 - négative en DIII, AVF : il s'agit alors d'une tachycardie atriale ou jonctionnelle surtout si le nombre de dépolarisations auriculaires est égal au nombre des QRS. Si les ondes « P » sont rétrogrades, la tachycardie est jonctionnelle.
 - Activité auriculaire totalement désorganisée anarchique à fréquence très rapide et morphologie très variable : il s'agit d'une fibrillation auriculaire.
 - Activité dont la fréquence est rapide à 300/mn avec des ondes régulières inscrivant une pente ascendante lente et une pente descendante rapide : c'est le flutter auriculaire commun.
 - Activité auriculaire organisée de faible amplitude dont la fréquence se situe entre 130 et 210/mn, revenant à la ligne iso- électrique entre les dépolarisations : ce sont les tachycardies atriales.

Fibrillation auriculaire



Flutter auriculaire



Tachycardie atriale



- **Activité invisible**
 - Il peut s'agir d'une fibrillation à très petites mailles difficile à identifier sur l'ECG de surface. L'activité ventriculaire est alors en règle irrégulière.
 - L'activité peut être masquée par les QRS. Il peut s'agir d'une TJ. Les QRS sont alors fins et leur fréquence est à 220. Il peut s'agir d'une TV. Les QRS sont alors larges.

3- Séquence auriculo-ventriculaire

Ce temps n'est pas toujours facile car l'identification de l'activité auriculaire n'est pas toujours aisée sur les tracés de surface. Elle est souvent masquée par les QRS dont la fréquence est rapide et qui sont en plus larges dans certaines tachycardies. 4 situations sont à envisager.

- **La séquence auriculo-ventriculaire est normale**, c'est à dire qu'il y a autant de DRS que de d'ondes « P ». Il s'agit alors :
 - d'une tachycardie sinusale si l'onde « P » est de type dépolarisation du sinus (positive en DIII et AVF).
 - Junctionnelle si les ondes P' sont de faible amplitude et durée, négatives en DIII et AVF et raccordée avec QRS par un PR très court <à 0,12s
 - Tachycardie atriale où les ondes P ne sont pas de type sinusal et sont raccordée avec QRS par un PR court. La distinction entre tachycardie sinusale et tachycardie atriale repose sur la morphologie de l'onde P et sur la fréquence plus rapide de la tachycardie atriale. Il faut signaler que la tachycardie atriale s'accompagne le plus souvent d'un bloc fonctionnel 2/1.

- **Fréquence auriculaire > à la fréquence ventriculaire :**

- Fibrillation auriculaire : où l'activité supra-ventriculaire est très rapide et irrégulière et anarchique alors que l'activité ventriculaire est elle même irrégulière mais de fréquence beaucoup plus faible.

- Flutter auriculaire : où les QRS sont raccordés aux ondes de flutter par un bloc fonctionnel 2/1 ou plus rarement 3/1, ce qui donne une fréquence de Flutter à 300 pour une fréquence de QRS le plus souvent à 150, plus rarement à 100.
- Tachycardie atriale : la distinction entre ces deux dernières repose sur la fréquence de l'activité supra-ventriculaire plus rapide dans le flutter et sur la morphologie de cette activité (cf paragraphe précédant)

- **Fréquence ventriculaire supérieure à la fréquence auriculaire :**

Il s'agit alors d'une tachycardie ventriculaire ; en effet dans ce cas, les QRS sont produits par le foyer ectopique ventriculaire se dépolarisant à une fréquence de l'ordre de 180/mn alors que les oreillettes restent sous la dépendance sinusale, se dépolarisant à une fréquence de 70 à 80/mn.

4- Effet de la stimulation vagale :

Cette stimulation peut être mécanique ou chimique.

- La stimulation mécanique peut être obtenue par une compression oculaire ou bien par un massage sino-carotidien ou encore par une déglutition à glotte fermée.
- La stimulation chimique est obtenue par une injection intra-veineuse de striadine.

Cette manœuvre est à réaliser avec beaucoup de prudence chez les patients âgés : Il ne faut jamais comprimer les deux sinus carotidiens à la fois.

La stimulation vagale ralentit ou bloque temporairement la conduction auriculo-ventriculaire et permet une analyse plus aisée de l'activité supra-ventriculaire :

- dans la tachycardie sinusale : on observe un bloc transitoire voire même une pause sinusale.

- Dans le flutter auriculaire : on ralentit la fréquence ventriculaire ce qui permet d'identifier plus aisément les ondes de flutter.
- Dans la tachycardie jonctionnelle, on peut obtenir une réduction de la crise.
- Dans la tachycardie ventriculaire, la stimulation vagale est typiquement sans effet.
- Dans la fibrillation auriculaire sur WPW, la stimulation vagale est sans effet car la tachyarythmie est la conséquence du passage de la dépolarisation par la voie accessoire. La manœuvre vagale bloquant la conduction dans la voie nodo-hissienne exerce une facilitation de la conduction dans la voie aberrante pouvant transformer la tachyarythmie en une fibrillation ventriculaire.

5- Comparaison du tracé de tachycardie à d'éventuels ECG antérieurs en rythme sinusal avec extrasystoles

Cette comparaison est très utile quand elle est possible par la disponibilité d'ECG antérieurs. Elle peut déceler l'identité entre une ESV et les complexes d'une tachycardie, identifiant alors une TV. Elle peut révéler un bloc de branche antérieur, aidant au diagnostic d'une TSV avec bloc de branche. Elle peut mettre en évidence une pré excitation utile au diagnostic d'une TAC/FA sur WPW.

D- Régulation :

On se trouve ainsi schématiquement devant deux groupes de situations :

- Tachycardies à QRS fins : correspondant toujours à une tachycardie supra-ventriculaire : type flutter ou tachycardie atriale si le rythme est régulier et la fréquence inférieure ou égale à 150/mn. Il s'agit d'une tachycardie jonctionnelle si la fréquence est de l'ordre de 220/mn . C'est une fibrillation auriculaire si le rythme est franchement irrégulier.
- Dans les tachycardies à QRS larges :
 - C'est une Tv si la fréquence est autour de 180/mn, les QRS très larges et déformés, inscrivant un aspect de bloc de branche atypique.
 - C'est une TSV sur Bloc de branche si la fréquence est celle d'une TSV(150 ou 220) et que les QRS inscrivent un aspect typique de bloc d branche.
 - C'est une FA sur WPW si le rythme est très rapide irrégulier, avec des QRS de morphologie variant beaucoup et constamment.

V- QUE FAIRE DEVANT CHAQUE TACHYCARDIE ?

Le diagnostic d'une tachycardie impose dans la majorité des cas une hospitalisation urgente en milieu spécialisé.

La conduite à tenir tient compte :

- Du diagnostic de tachycardie établi
- De la tolérance hémodynamique de cette tachycardie ++++
- De la cardiopathie sou-jacente : il ne faut pas méconnaître un IDM en voie de constitution ou une valvulopathie emboligène car ces cardiopathies nécessitent un traitement spécifique.

En cas de mauvaise tolérance : IVG, collapsus cardio-vasculaire ou état de choc : il faut immédiatement corriger cela par un support inotrope positif et

réduire parallèlement la tachycardie de la manière la plus rapide et la plus efficace, c'est à dire par CEE quel que soit le diagnostic de tachycardie porté.

Si la tolérance est bonne avec une hémodynamique correcte : bon état respiratoire et bonne pression artérielle, la méthode et le délai de la réduction dépendent du type de tachycardie et de la cardiopathie sou-jacente :

- devant une TV, la cardioversion électrique reste la méthode de réduction de choix. Elle doit être réalisée sans délai même en cas de bonne tolérance hémodynamique pour prévenir le risque de fibrillation ventriculaire.
- devant une tachycardie jonctionnelle, la réduction peut être obtenue par manœuvres vagales. La cardioversion électrique est rarement utile.
- Un flutter ou une fibrillation auriculaire rapide nécessitent seulement un ralentissement de la fréquence ventriculaire par un digitalique. La cardioversion électrique ou médicamenteuse n'est pas souhaitée car elle doit être précédée par une anticoagulation pour prévenir les accidents emboliques systémiques
- Une tachyarythmie sur WPW doit être réduite électriquement sans délai.

VI- CONCLUSION

Les tachycardies constituent une urgence de diagnostic et de traitement car elles peuvent compromettre le pronostic vital des patients. Ce diagnostic repose sur une analyse méthodique de l'ECG qui détermine la fréquence, la morphologie des QRS ainsi que leur rapport avec l'activité supra-ventriculaire dont il importe aussi de déterminer la morphologie. Le diagnostic devient assez aisée dans la majorité des cas. Ce diagnostic débouche sur un traitement adapté passant fréquemment par la cardioversion électrique dans les tachycardies à QRS larges et par la réduction médicamenteuse ou électrique différée avec anticoagulation dans les tachycardies à QRS fins sue cardiopathies valvulaires.

☒ s P sont les plus apparentes : il s'agit le plus souvent de $D_{II} - V_1$

Règles d'analyse de l'ECG

☒ Ventriculogrammes :

- Régularité
- Fréquence
- Morphologie

☒ Activité auriculaire

☒ Séquence auriculo-ventriculaire

☒ Manœuvres vagales

=> diagnostic de la cardiopathie

diagnostic de la tachycardie : ECG

diagnostic du type de TV=> ttt adapté : réduction de la tachycardie

réduction obligatoire dans tous les cas ?

oui mais exception : ac/fa valvulaire et même non valvulaire ===précautions, préparation

en attendant : ttt des effets : ralentissement Fa

Certaines tachycardie

LA MORT SUBITE D'ORIGINE CARDIAQUE