



**HAL**  
open science

## Tachycardie à QRS fins : éviter les pièges diagnostiques

Claude Kouakam

► **To cite this version:**

Claude Kouakam. Tachycardie à QRS fins : éviter les pièges diagnostiques. La Presse Médicale Formation, 2020, 1, pp.645 - 646. 10.1016/j.lpmfor.2020.09.008 . hal-03493095

**HAL Id: hal-03493095**

**<https://hal.science/hal-03493095>**

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

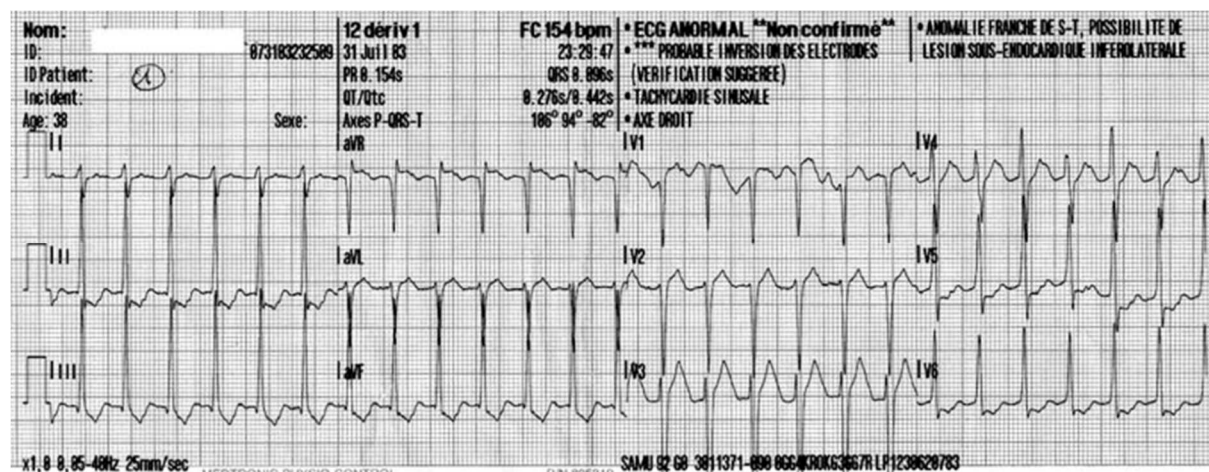
## ECG à la loupe

### Tachycardie à QRS fins : éviter les pièges diagnostiques

Claude Kouakam – Institut cœur Poumon, CHU Lille, 59000 Lille  
claude.kouakam@chru-lille.fr

Un patient de 70 ans, diabétique, a également une cardiopathie ischémique avec lésions tri-tronculaires revascularisées par triple pontage coronaire et une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) préservée à 55%. Son traitement quotidien associé : Bisoprolol 10 mg/j, Amlodipine 5 mg/j, Atorvastatine 40 mg/j et Metformine 700 mg x 3/j. La survenue d'un 1<sup>er</sup> épisode de palpitations avec sensation d'oppression thoracique motive au bout d'une heure l'appel au Samu. A l'arrivée de l'équipe médicale, le patient est hémodynamiquement stable avec une TA à 125/80 mmHg. Les bruits du cœur sont rapides à l'auscultation, réguliers, avec un discret souffle systolique 2/6 au foyer aortique ; le murmure vésiculaire est symétrique sans râle. L'ECG réalisé à l'arrivée par le Samu est le suivant (figure 1). Le diagnostic de tachycardie supraventriculaire est retenu. Le patient est rapidement adressé aux soins intensifs cardiologiques pour bilan et prise en charge.

Figure 1 : ECG réalisé par le Samu



**Confirmez-vous ce diagnostic ?**

Si non, que faites-vous pour étayer votre diagnostic ?

## Démarche diagnostique

### **de quel type de tachycardie s'agit-il ?**

Les tachycardies à QRS fin sont définies par une fréquence cardiaque supérieure à 100/min et une largeur des QRS  $\leq$  à 120 ms. Une fois ce diagnostic fait à l'ECG, il convient de rechercher l'activité atriale pour avancer dans le mécanisme de la tachycardie.<sup>1</sup> Les diagnostics à évoquer sont :

- une tachycardie supraventriculaire type tachycardie atriale,
- un flutter atrial,
- une tachycardie jonctionnelle par réentrée intra-nodale ou orthodromique sur faisceau accessoire rétrograde,<sup>1,2</sup>
- une tachycardie ventriculaire (TV) à QRS fins de type TV septale, proche des voies de conduction,
- ou une TV fasciculaire.<sup>3</sup>

L'approche diagnostique repose donc sur l'enregistrement de l'activité atriale sur l'ECG de surface (ou à défaut par voie endocavitaire au cours d'une exploration électrophysiologique) : si l'activité atriale est moins rapide que celle du ventricule, il s'agit très probablement d'une tachycardie ventriculaire.

La relecture de l'ECG réalisé par le SAMU montre bien une tachycardie régulière à QRS fins (90 ms) à 154/min, avec une activité atriale visible en V1, qui semble moins rapide et dissociée des QRS.

### **Réponse**

Il s'agit donc d'une tachycardie ventriculaire d'origine vraisemblablement septale, proche des voies de conduction.

Lors de sa prise en charge à domicile par le SAMU, le patient avait reçu un bolus IV lente de 300 mg d'Amiodarone qui a permis la régularisation de la tachycardie si bien qu'à l'admission à l'USIC, il n'a donc pas été possible d'enregistrer un tracé long ou de faire un test à l'adénosine pour confirmer avec certitude l'origine ventriculaire de la tachycardie. La FEVG était stable à 50% et les trois pontages étaient tous perméables au contrôle coronarographique. En l'absence de cause aiguë réversible, un défibrillateur simple chambre en prévention secondaire a été posé à ce patient.

### **Références :**

- 1- Kouakam C. Mon algorithme : tachycardies. **Presse Med Form** 2020; 1: 209-13
- 2- 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). Developed in collaboration with the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). **Eur Heart J** 2020; 41: 655-720
- 3- Hayes JJ, Stewart RB, Green HL, Bardy GH. Narrow QRS ventricular tachycardia. **Ann Intern Med** 1991; 114(6): 460-3

Conflit d'intérêts: Aucun en rapport avec la publication de cet article