



BRADYCARDIE (en réanimation ou au bloc)

CONFIRMER

- baisse rapide de FC ou FC < 45/min
- Noter l'heure:H....min

EVALUER

- Pouls, conscience (sauf sédation), PA, SpO₂
- Accès veineux disponible
- Analyse scope ou ECG 12 dérivations

RECHERCHER SIGNES DE GRAVITÉ

bas débit (syncope, choc, chute EtCO₂), ischémie myocardique
Si asystolie: cf. fiche ACR

OUI

NON

- Oxygénotherapie , FiO₂ 1 si patient intubé
- Lever de jambes si syndrome vagal (nausées, malaise, sudation)
- Atropine 0,5 mg IVD à répéter jusqu'à 3 mg maxi
- Remplissage si bradycardie sous rachianesthésie
- Arrêt médicaments bradycardisants (morphiniques ...)

EFFICACE ?

OUI

NON

APPEL A L'AIDE

STOP Chirurgie si bloc
Chariot d'urgence

RISQUE ASYSTOLIE ?
(ATCD asystolie, BAV 2 Mobitz II, BAV 3,
pause ventriculaire > 3s)

- ISOPRÉNALINE (ampoule 0,20 mg / 1 mL) : 5 µg/min (ou 5 ampoules / 50 ml de G5% = 20 µg/mL), début 0,5 mL/h, débit IVSE à adapter à la FC cible

- ADRÉNALINE bolus 5-10 µg par min IV *

- PACING TRANSCUTANÉ,

- Intensité stimulation minimale permettant la détection des QRS sur le scope
- Fréquence : Objectif FC > 60-70 / min
- Confirmer présence d'un pouls (clinique, courbe SpO₂, ou artère)
- Traiter la douleur en rapport,

*Dilution adrénaline: 1mg / 100mL = 10 µg/mL

- GLUCAGON si surdosage B Bloquant : 5-10 mg IVD puis 1-10 mg/h IVSE

- CHLORURE DE Ca 10% si surdosage en Inhibiteurs calciques: 10 à 20 mL (soit 1 à 2 g) en IVD / 20 minutes (tripler la dose avec gluconate de Ca), puis INSULINE EUGLYCÉMIQUE (1 UI/kg puis 0,5 UI/kg/h) +/- GLUCAGON.

- Traiter les défaillances associées (neurologiques, respiratoires, hémodynamiques)

SI INEFFICACE

- SONDE D'ENTRAINEMENT ÉLECTROSYSTOLIQUE INTERNE, par voie veineuse centrale
- AVIS EXPERT

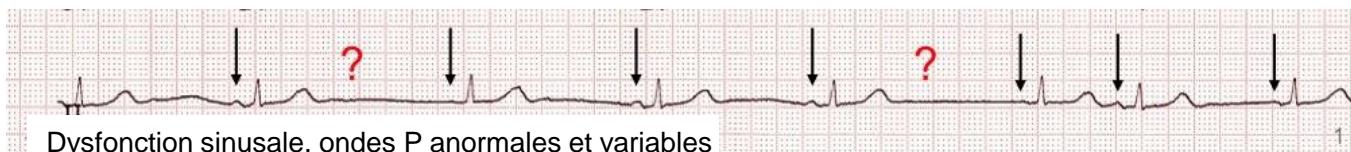
SURVEILLANCE SCOPEE

RECHERCHER CAUSES avec traitement spécifique

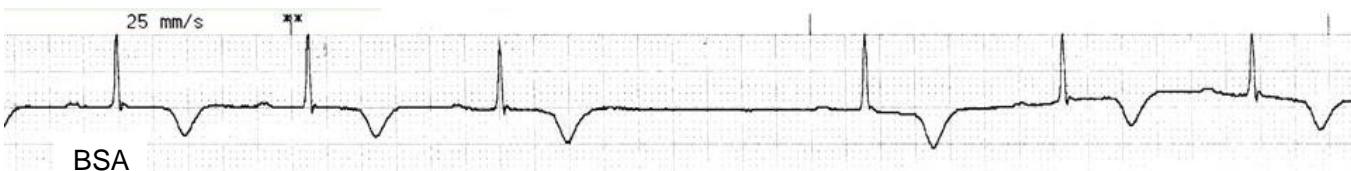
- Métaboliques (hyperK, hypoglycémie)
 - SCA (surtout IDM inférieur)
 - Intoxication: digitaliques (AcAntiFAB), quinidiniques, stabilisants de membrane, Anesthésiques locaux (cf AC), Glucagon si intoxication aux B bloquants et inhibiteurs calciques,
 - Iatrogène: médicaments

- Hypoxémie brutale (cf AC désaturation)
 - Hypovolémie extrême
 - HTIC / engagement (Mannitol, hyperventilation)
 - Bloc sympathique, complication ALR
 - Hypothermie
 - hypothyroïdie

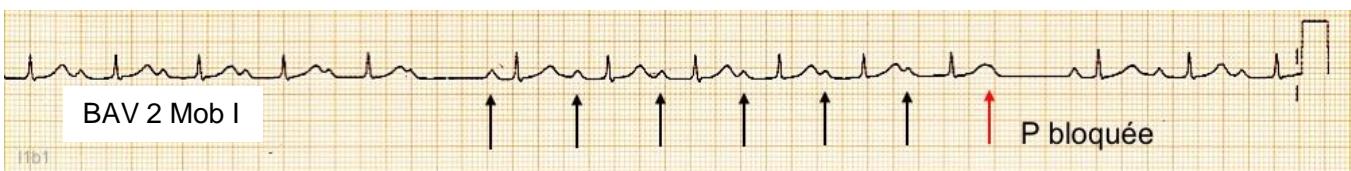
P= QRS	Pas d'onde P		P plus fréquent que QRS	
Atteinte sinusale	QRS irréguliers	QRS réguliers	BAV 2 Ondes P bloquées	BAV 3 Dissociation P / QRS (RR régulier)
	FA lente	BSA	PR croissant, RR irréguliers: Mobitz I (bloc nodal)	
			PR constant: Mobitz II: bloc infra nodal	



Dysfonction sinusale, ondes P anormales et variables



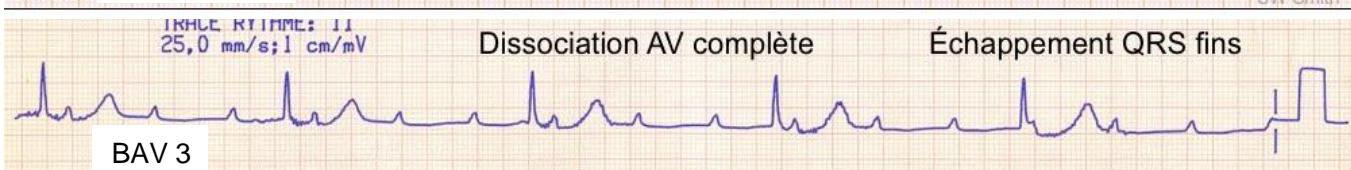
BSA



BAV 2 Mob I



Jc2h22



IRHCE RYIMME: II
25,0 mm/s; 1 cm/mV

Dissociation AV complète

Échappement QRS fins

Références

ERC Guidelines 2015. <http://www.cprguidelines.eu/>. Soar J, et al. Resuscitation 2015;95:100–147.

Mégarbane B. Réanimation 2009;18:428-38