

# Les urgences rythmiques

Cas cliniques

DR STAIFI

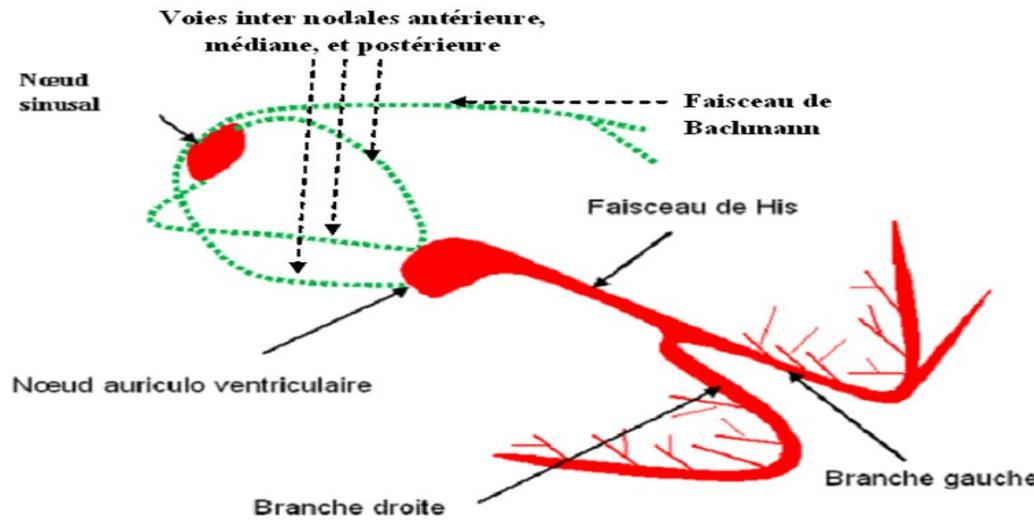
UNITE DE RYTHMOLOGIE CHU DE SETIF



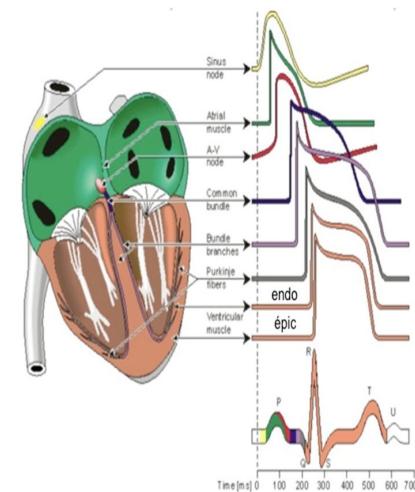
# Introduction

- Les troubles du rythme graves sont de véritables urgences qui posent un problème diagnostic et thérapeutique
- En absence de diagnostic: risque d'arrêt cardiaque et la mort subite
- Challenge surtout chez les patients asymptomatiques au moment de la consultation aux urgences avec un ECG normal

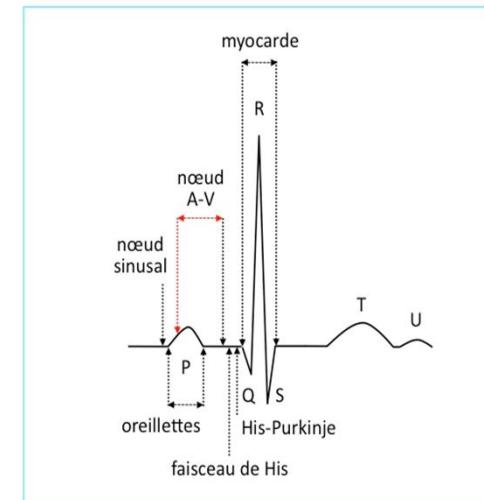
# Rappel physiologique



Activation électrique du cœur



Activation électrique du cœur



# **GRAVITE !!!!**

- La gravité d'un trouble du rythme est liée:
- Le trouble du rythme lui-même: TV, FV
- À la cardiopathie sous jacente: SCA, CMH...
- La présentation clinique: hypotension, OAP, syncope
- Les ATCD familiaux de mort subite ++

# PRESENTATION CLINIQUE

## CARDIOVASCULAR MEDICINE

Rapid access arrhythmia clinic for the diagnosis and management of new arrhythmias presenting in the community: a prospective, descriptive study

J L Martins, K F Fox, D A Wood, D C Lefroy, T J Collier, N S Peters

**Table 2** Presenting symptoms

| Symptom                       | Number (%)  |
|-------------------------------|-------------|
| Palpitations                  | 745 (75.7%) |
| Dyspnoea                      | 311 (31.6%) |
| Dizziness                     | 307 (31.2%) |
| Chest pain                    | 253 (25.7%) |
| Syncope                       | 91 (9.2%)   |
| Asymptomatic/coincidental     | 71 (7.2%)   |
| Leg swelling                  | 39 (4.0%)   |
| Paroxysmal nocturnal dyspnoea | 36 (3.7%)   |
| Orthopnoea                    | 23 (2.3%)   |
| Symptom of embolic event      | 12 (1.2%)   |
| Diuresis                      | 8 (0.8%)    |

# Cas clinique 1

- Mr, T.M., 42 ans, consulte les urgences pour perte de connaissance brève dans un contexte d'effort.
- Pas de douleur thoracique,
- Palpitation de quelques secondes avant la perte de conscience.
- Examen physique à l'arrivée: RAS

# ECG



- Interprétation , à première vue :

- R irrégulier
- rapide
- Pas d'ondes P
- larges complexes QRS.

TACFA + BB

Votre conduite à tenir !

## Conduite / évolution

- Aux urgences, le patient a reçus 60 mg de TILDIEM perOs, sans résultat, puis, Il a reçu 1 ampoule de DIGOXINE ( $k+$ : 3,7 mmol/L)
- Son rythme cardiaque devient maintenant encore plus rapide, après l'injection de digoxine, atteignant 250-270 / min. Il continue à ressentir une faiblesse généralisée et se plaint maintenant d'une douleur thoracique angineuse

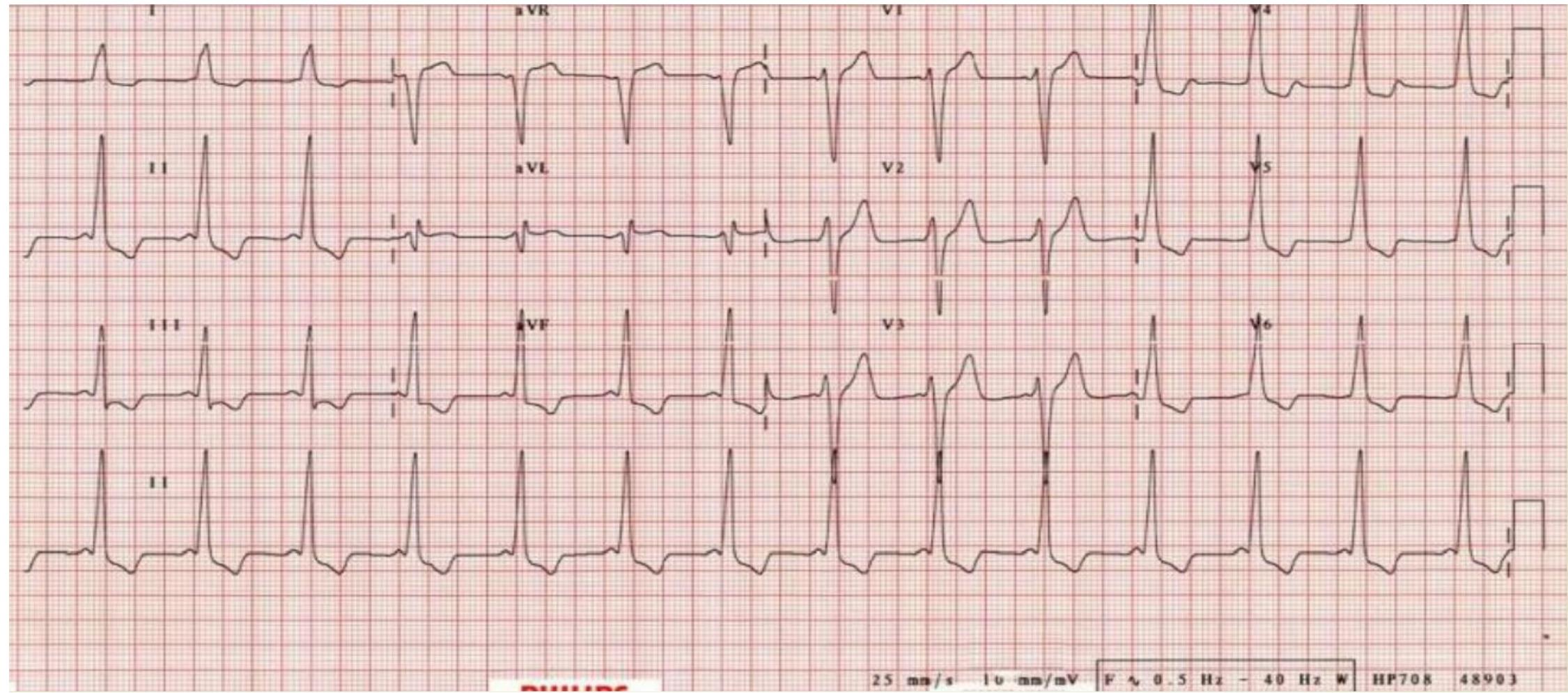
# Quelque chose nous échappe????



# Qu'est ce qui ne va pas ???

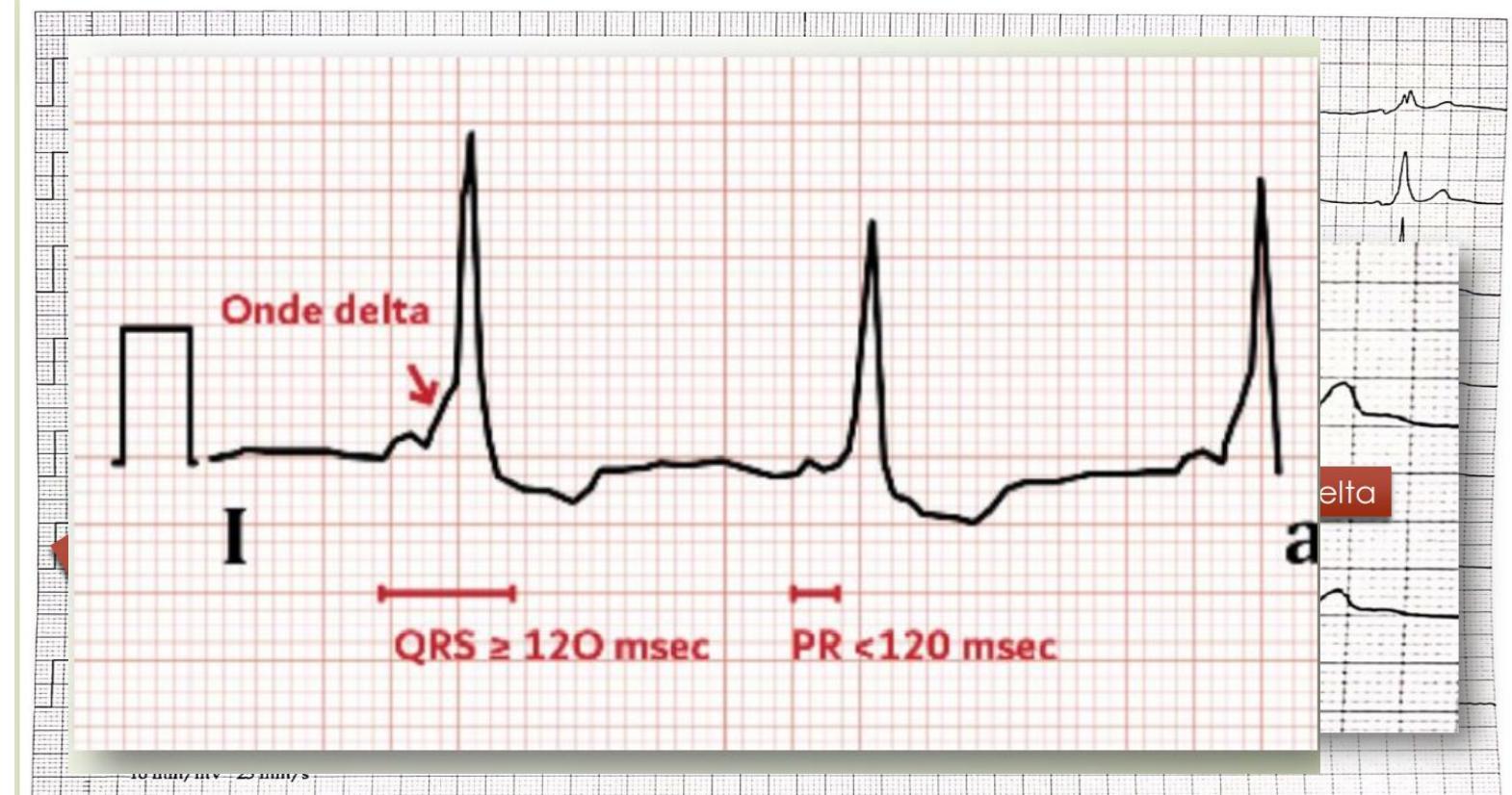
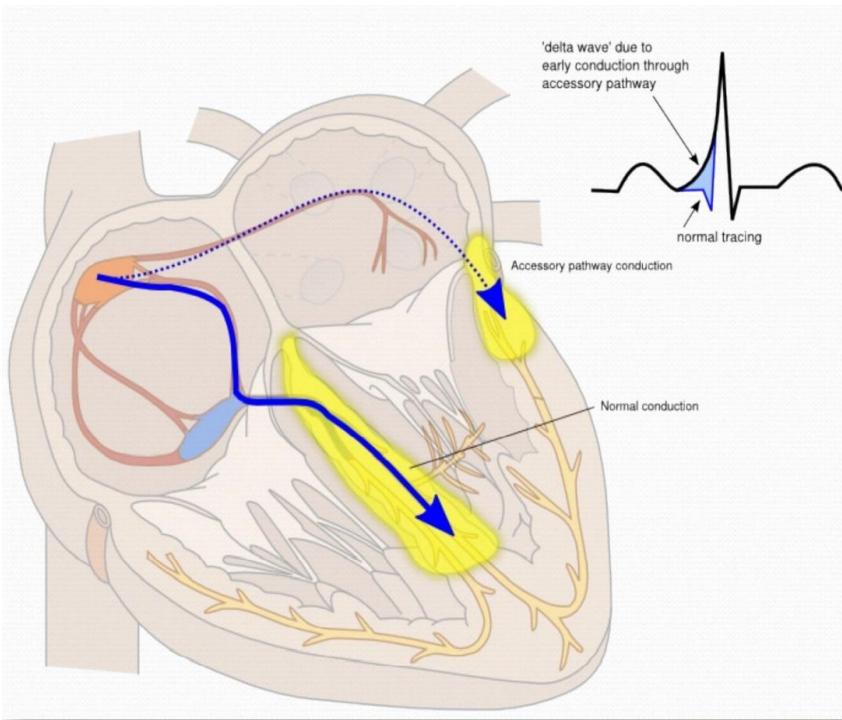
- l'ECG en question peut facilement être interprété comme une fibrillation auriculaire (FA) à réponse ventriculaire rapide.
  - Mais, on peut noter :
  - variation de la largeur du QRS d'un battement à un autre.
  - Large variation de l'intervalle R-R.
- La fréquence ventriculaire se rapproche également de 300 / min, : trop rapide pour le nœud AV. Cette combinaison signes devrait nous amener à envisager la fibrillation auriculaire dans le contexte du syndrome de Wolff-Parkinson White.

CEE



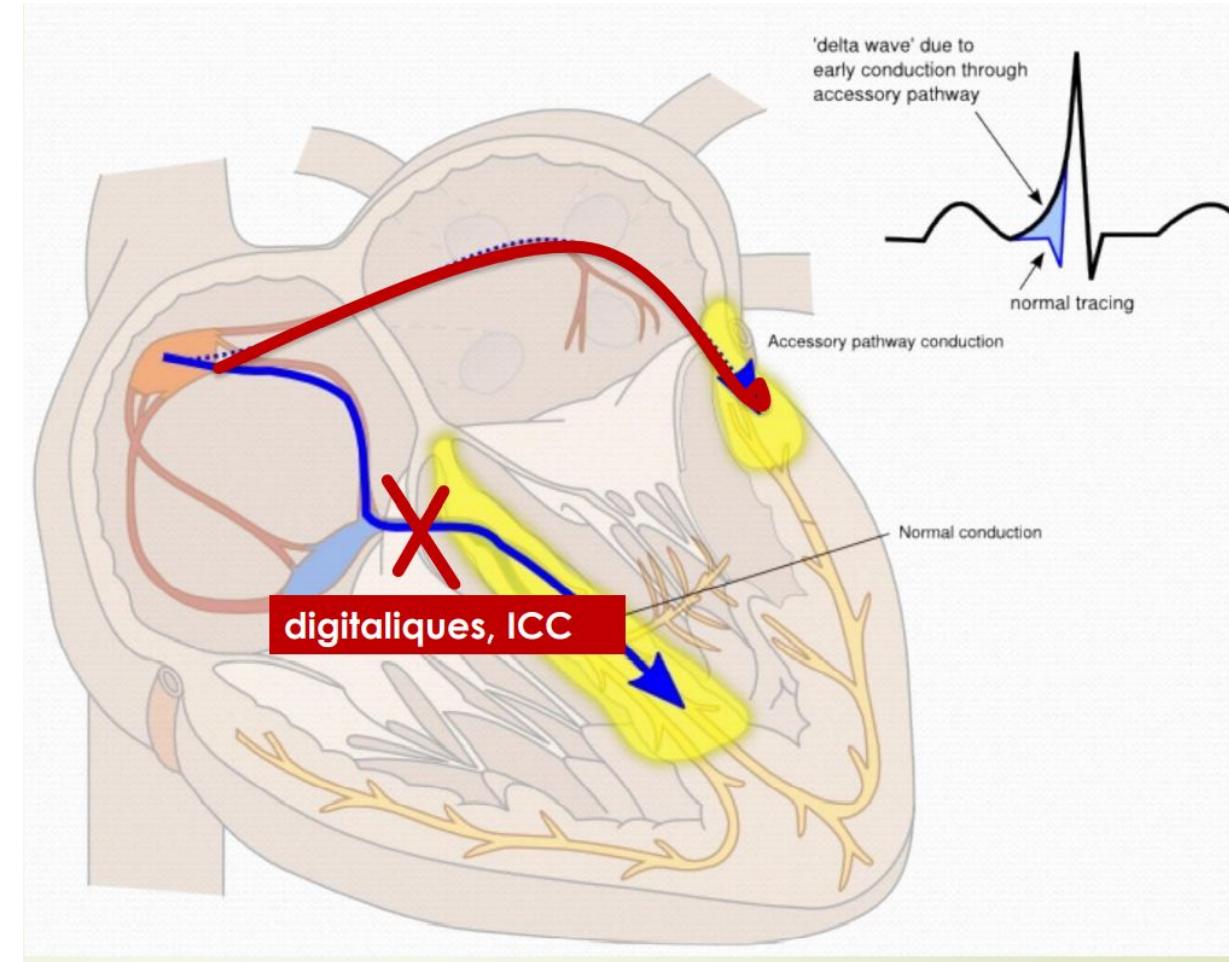
# Diagnostic ?

- Onde delta caractéristique captée chez un sujet présentant un syndrome de Wolff-Parkinson-White. Présence d'une voie accessoire.
- Diagnostic



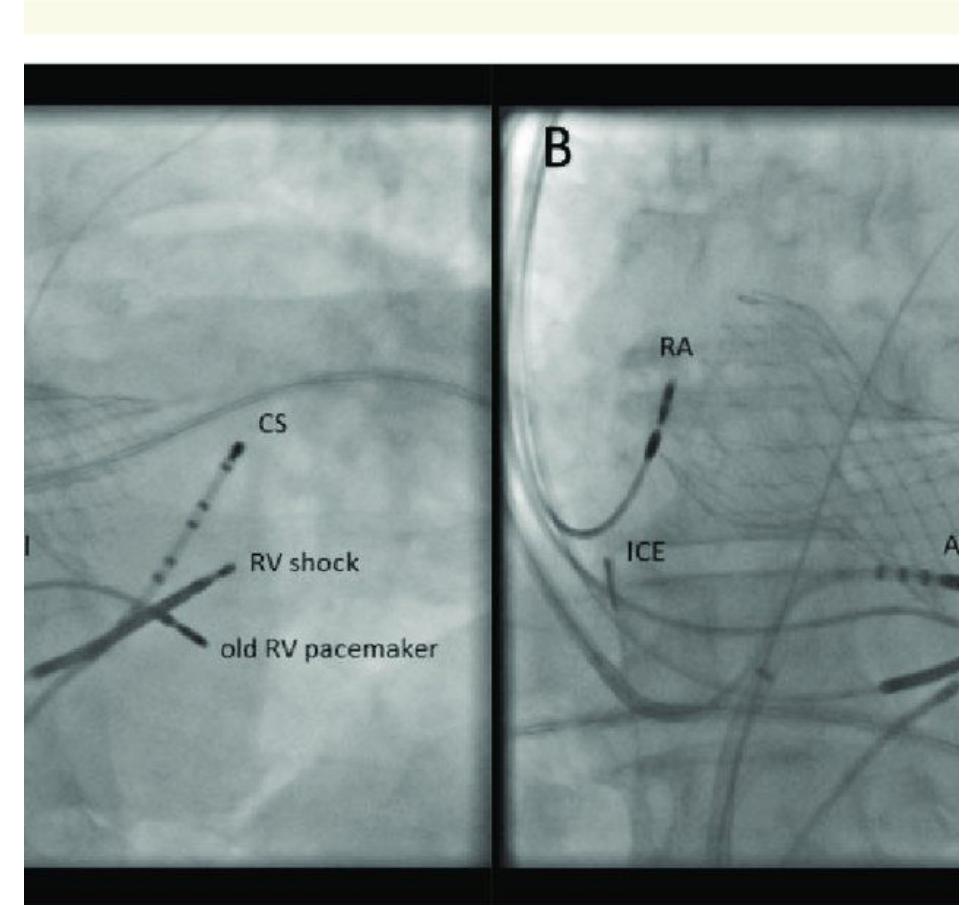
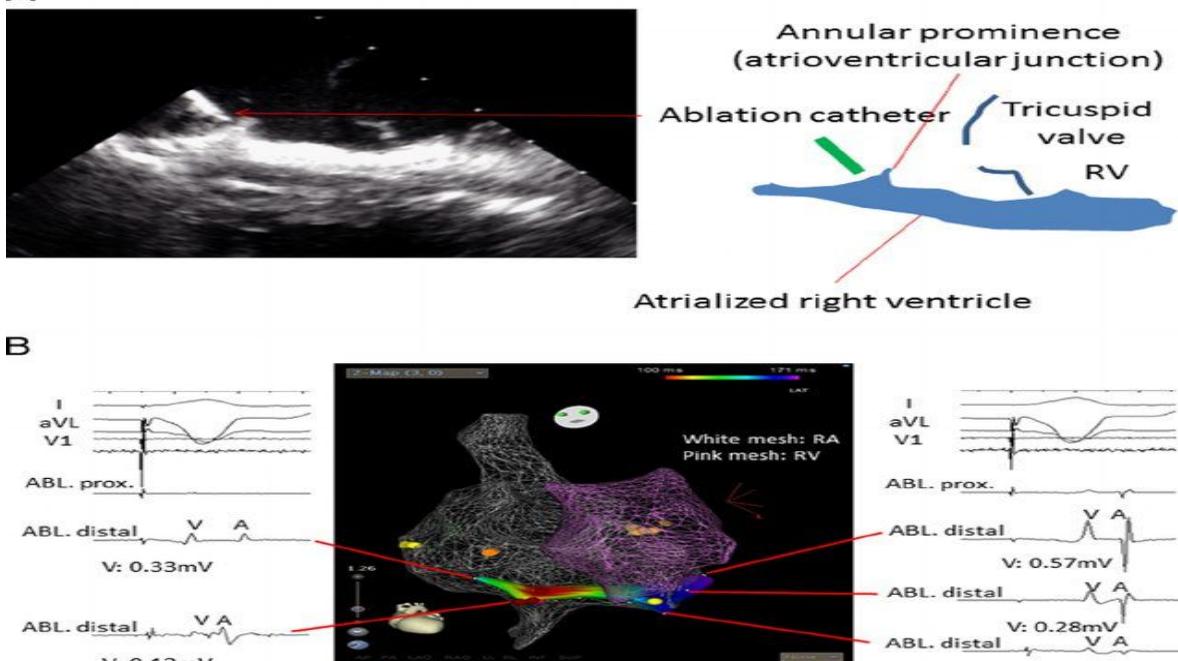
# Attention au antiarythmique!!!!

En cas de fibrillation auriculaire, l'utilisation de digitaliques, d'inhibiteurs calciques, la conduction dans **le nœud auriculo-ventriculaire est ralenti**, orientant ainsi les influx nerveux **vers cette voie accessoire**. Ceci expose à un risque de tachyarythmie rapide et mal tolérée pouvant « dégénérer » en fibrillation ventriculaire.



# PEC

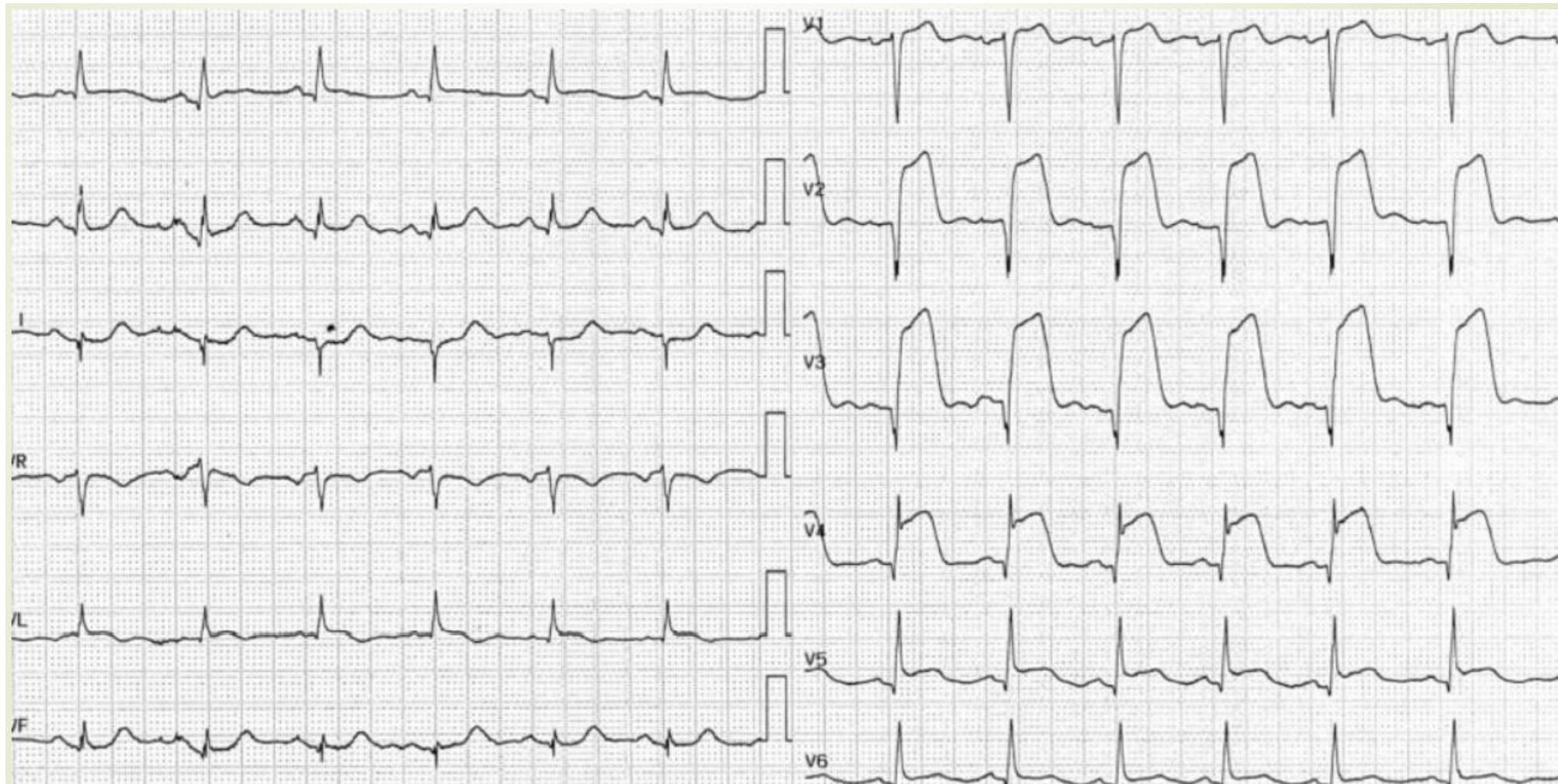
- AMIODARONE
- CEE
- ABLATION



## cas clinique 2

- Mr, S.A. 52 ans, consulte les urgences pour Douleur thoracique constrictive depuis 1 heure
- Grand tabagique 50 PA
  - TA 100/70 mmhg
  - Examen clinique à la limite de la normal
  - Biologie correcte mise à part k a 2,9 et une gly a 3 g

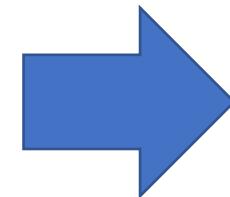
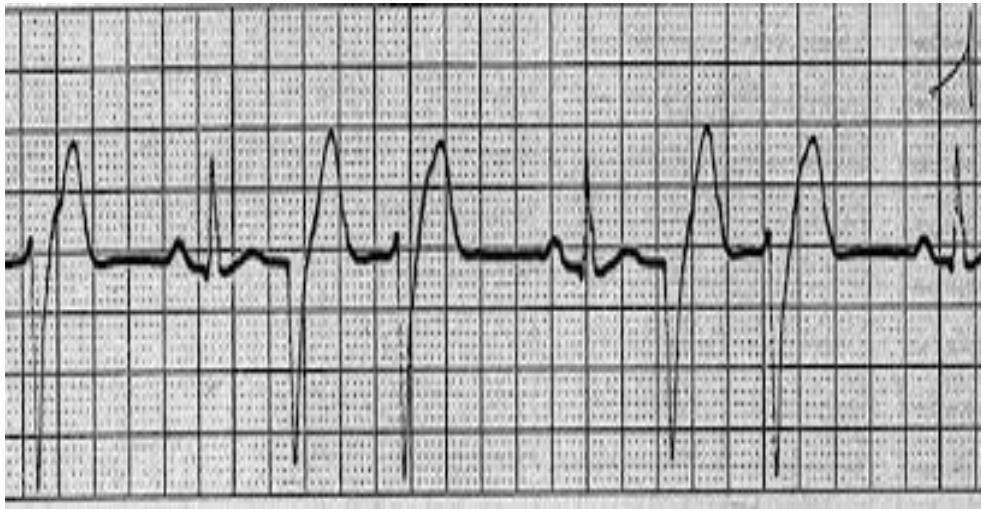
# ECG



# PALPITATION!!!!

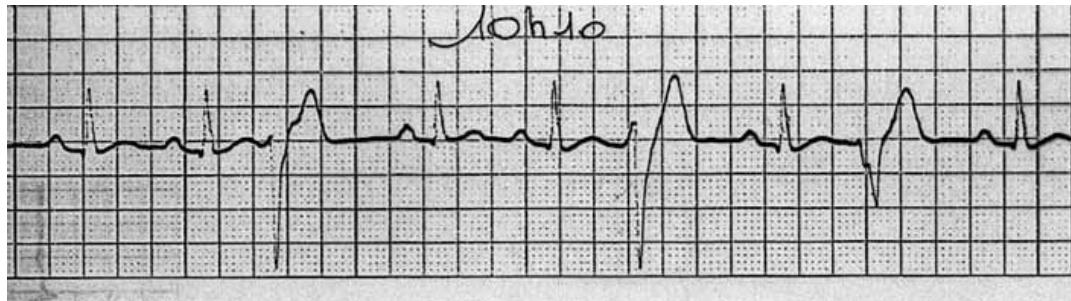
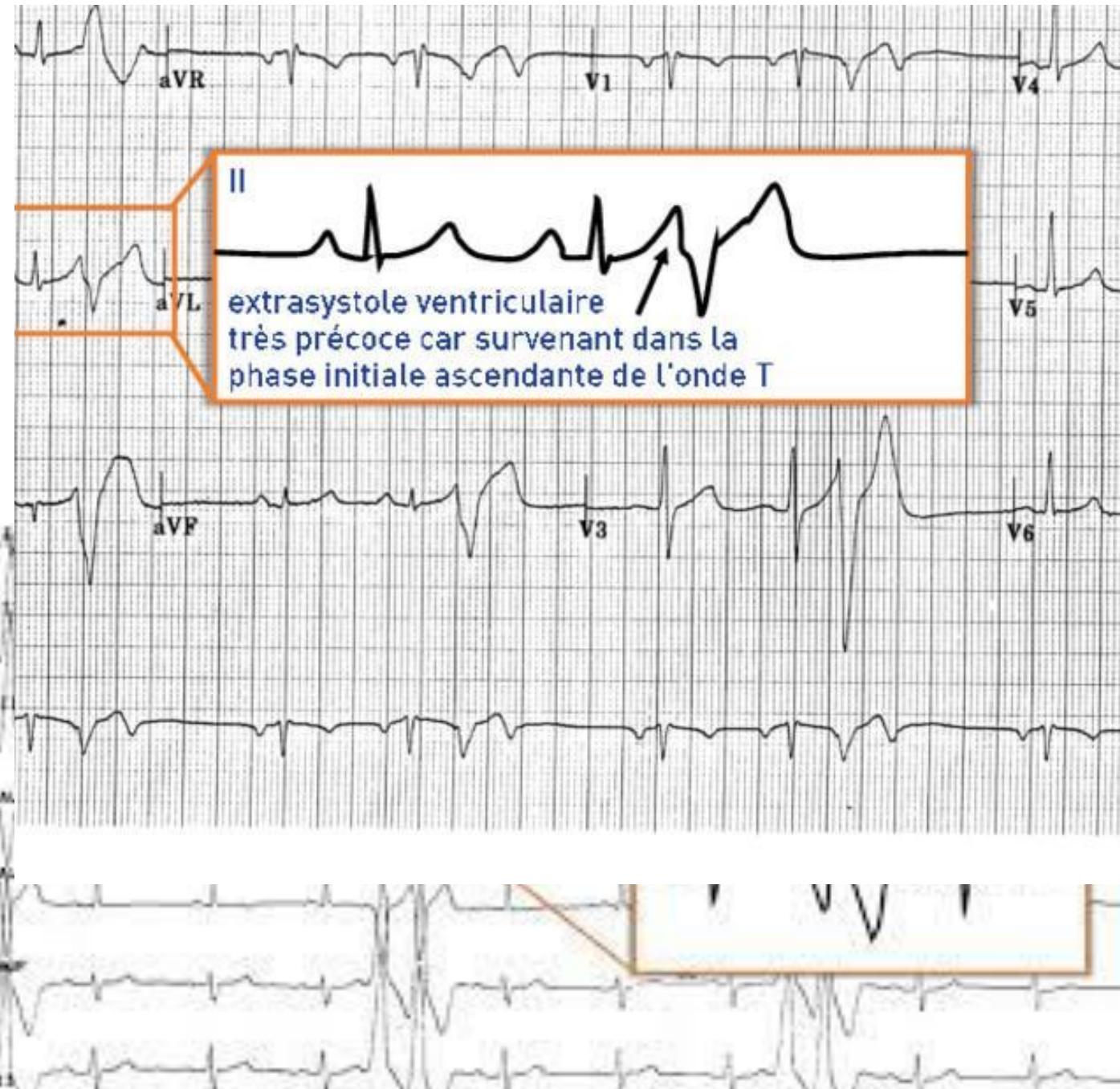


# Surveillance !

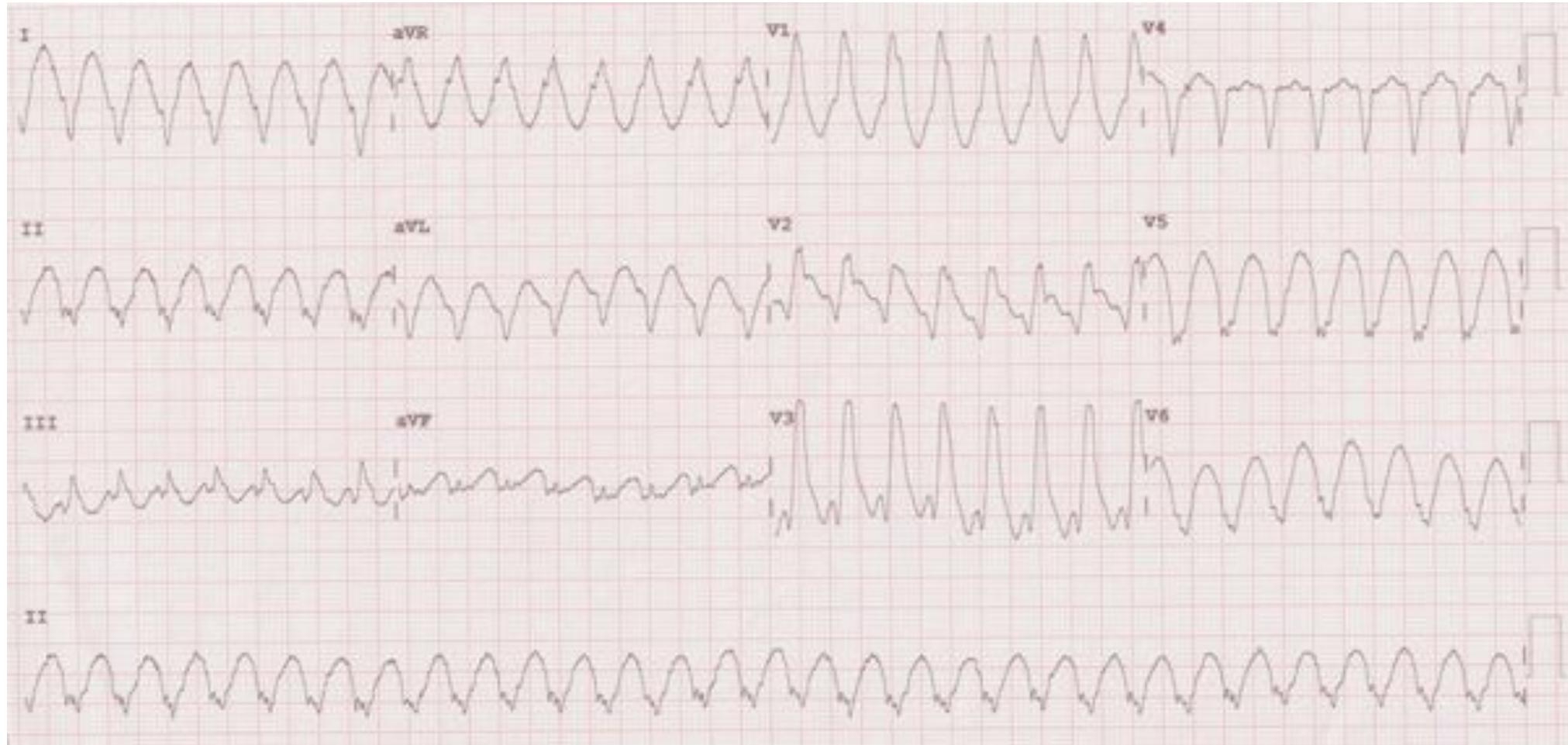


## ESV MALIGNE

- Fréquence
- morphologie
- Mode de répétition
- R/T
- Cardiopathie sous jacente



L'Etat clinique du patient se dégrade  
TA 100/60 mmhg

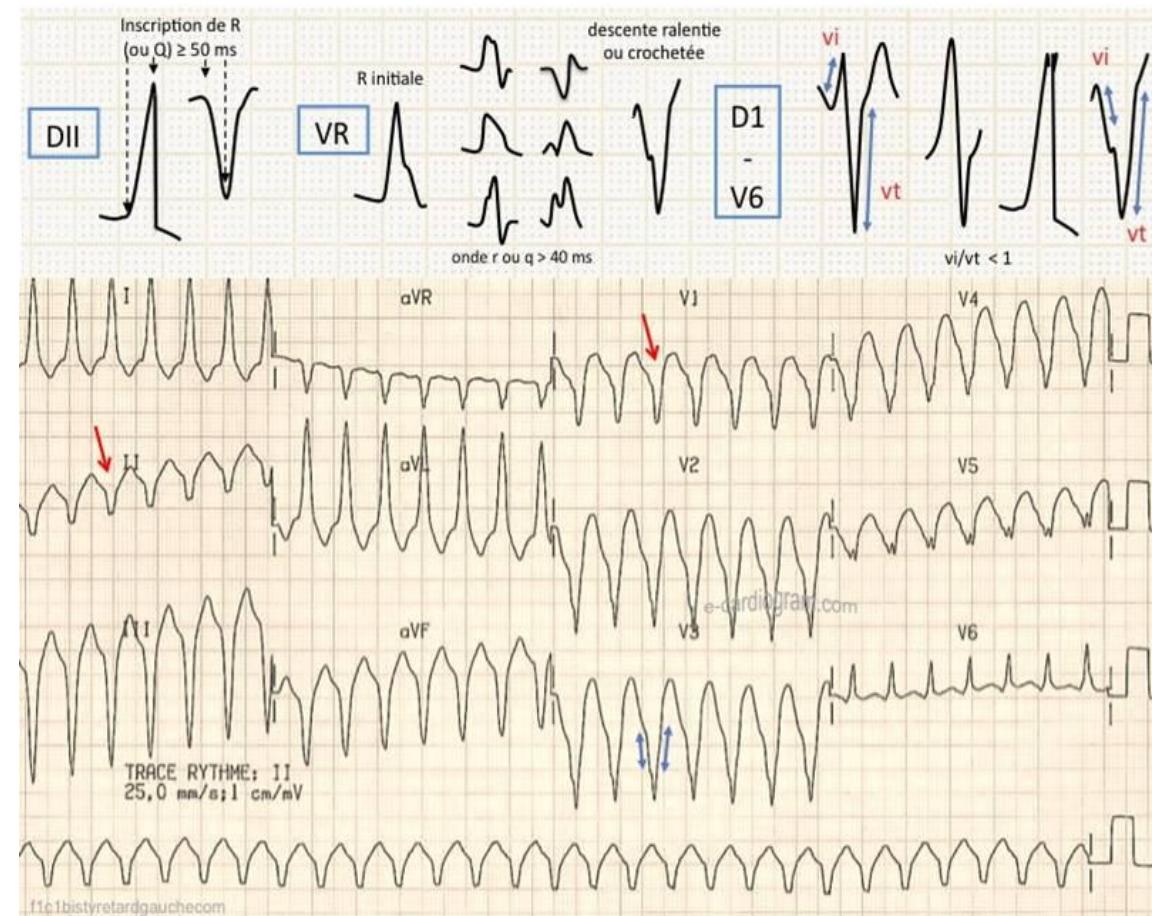
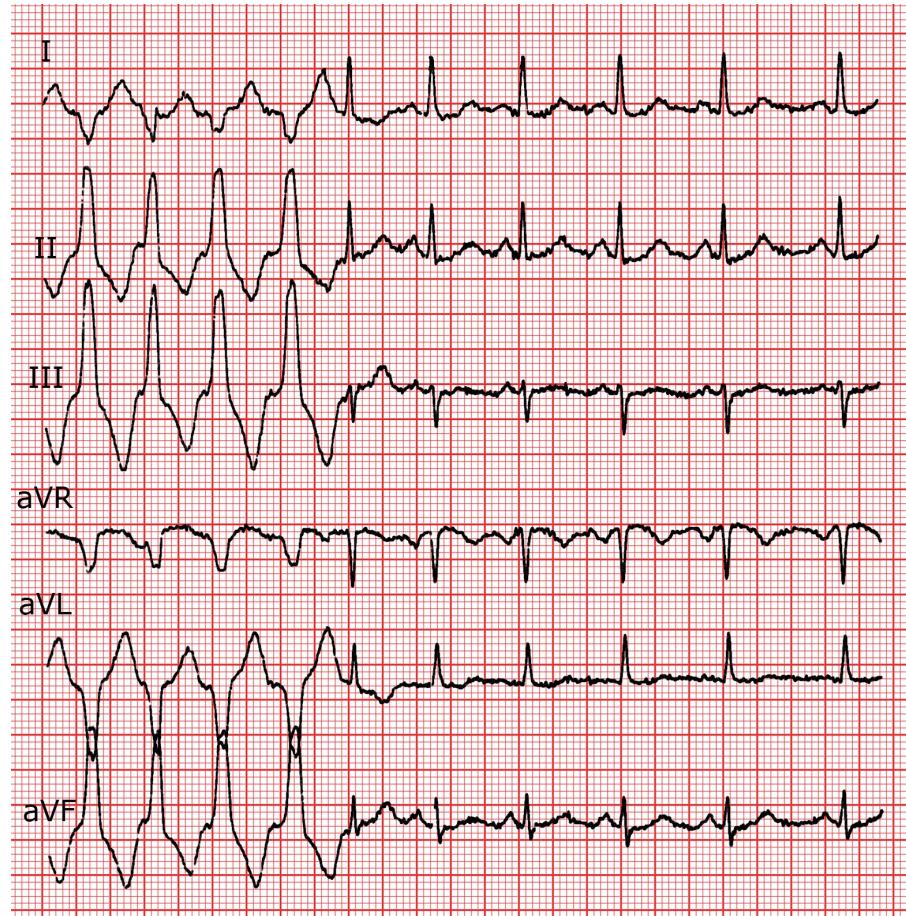


# Perfusion de amiodarone!

## Etat de choc + convulsion !!!!!!!



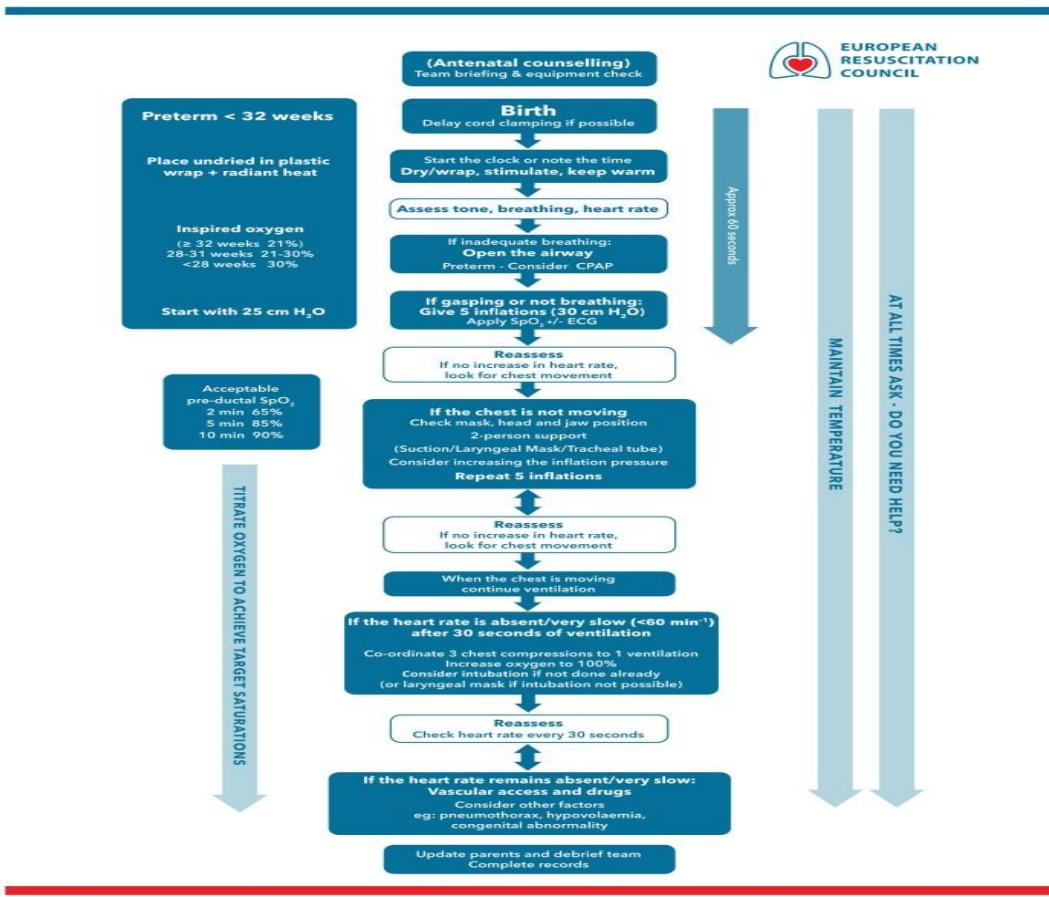
# Tachycardie ventriculaire



# Attention la torsade de pointe



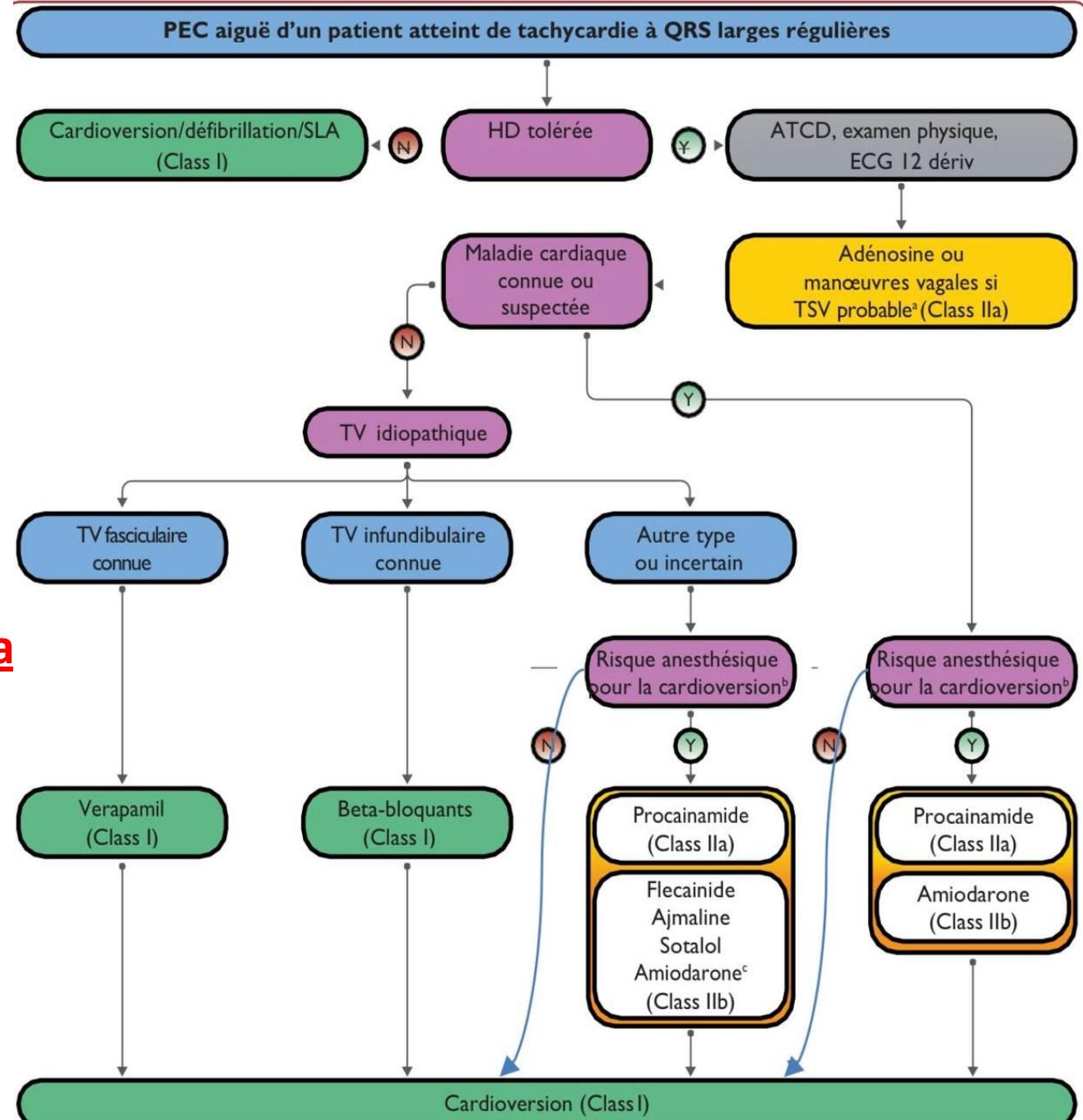
# CEE



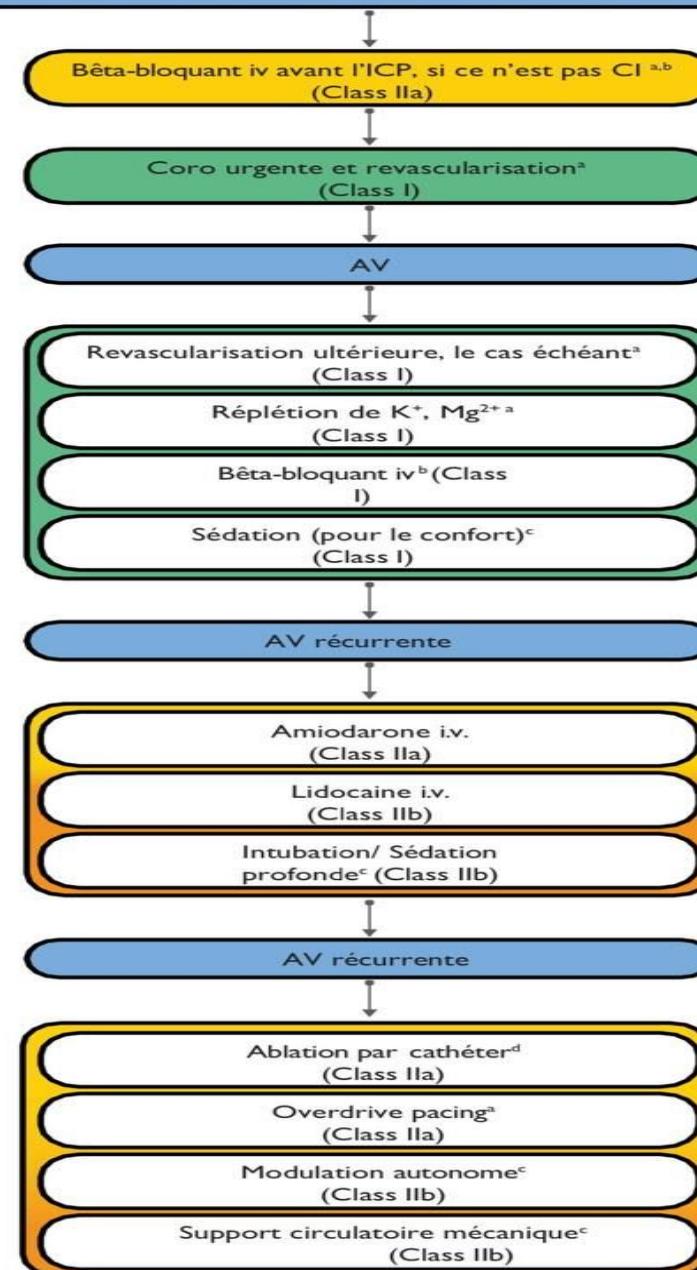
# PRISE EN CHARGE

- **Traitemen**t m

- BB
- Amiodarone
- Lidocaine
- **Revascularisation +++++**
- **Correction des trouble electrolytia**
- **AUTRE**
- ABLATION
- OVERDRIVE
- MODULATION AUTONOME
- SUPPORT CIRCULATOIRE



Prévention et traitement des AV dans la phase aiguë de STEMI



# **TAKE HOME MESSAGE**

- Bonne connaissance ECG permet une PEC précoce
- Bonne connaissance des anti arythmique
- CEE +++++
- Pronostic vital +++++