

**CARDIO
RUN
2025**

**17^{ème} CONGRÈS DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

17-18-19 SEPTEMBRE 2025

Hôtel Saint Alexis **ILE DE LA RÉUNION** France



Tachycardies paroxystiques

**Philippe Mabo
Université de Rennes
17 septembre 2025**

**CARDIO
RUN
2025**

**17^{ème} CONGRÈS DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

17-18-19 SEPTEMBRE 2025

Hôtel Saint Alexis **ILE DE LA RÉUNION** France



Mes relations avec l'industrie

Consultant:

Biosency, Implicit, Medinthepocket, Oktoscience

**CARDIO
RUN
2025**

**17^{ème} CONGRÈS DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

17-18-19 SEPTEMBRE 2025

Hôtel Saint Alexis **ILE DE LA RÉUNION** France



Tachycardies paroxystiques: les enjeux

Pronostic → Diagnostic → ECG percritique

**CARDIO
RUN
2025**

**17^{ème} CONGRÈS DE PATHOLOGIE
CARDIO-VASCULAIRE**

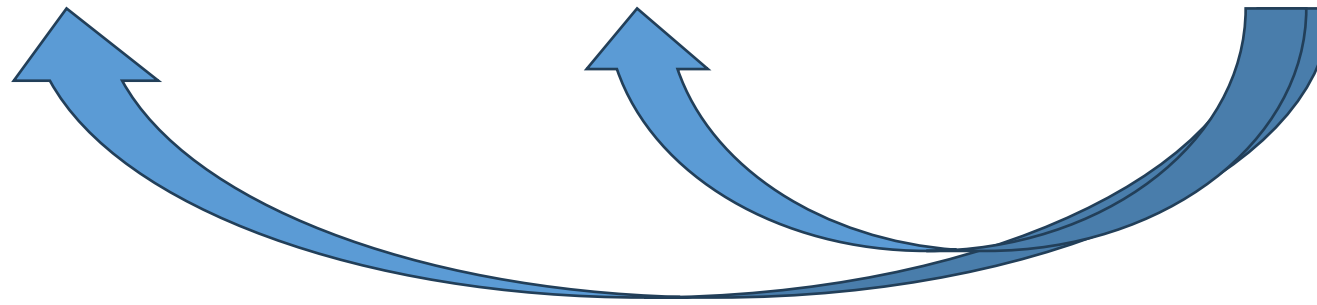
17-18-19 SEPTEMBRE 2025

Hôtel Saint Alexis **ILE DE LA RÉUNION** France



Tachycardies paroxystiques: les enjeux

Pronostic → Diagnostic → ECG percritique



Tachycardie paroxystique - Diagnostic

- **Juge de paix: tracé ECG per-critique, si possible 12D**
- **En attendant le tracé, des éléments d'orientation:**

Terrain, traitement en cours

Antécédents familiaux (mort subite ou syncope chez sujet jeune)

Ancienneté des symptômes

Contexte clinique

Signes fonctionnels associés (syncopes)

ECG inter-critique

Un cas facile

- **Premiers accès de tachycardie avant 30 ans**
- **Impression de rythme cardiaque régulier**
- **Début et fin brusques**
- **Déclenchement volontiers au changement de position**
- **Sensation de battement cervical**
- **Durée variable**
- **Arrêt en bloquant la respiration**

Un cas facile

- Premiers accès de tachycardie avant 30 ans
- Impression de rythme cardiaque régulier
- Début et fin brusques
- Déclenchement volontiers au changement de position
- Sensation de battement cervical
- Durée variable
- Arrêt en bloquant la respiration

Très probable tachycardie jonctionnelle

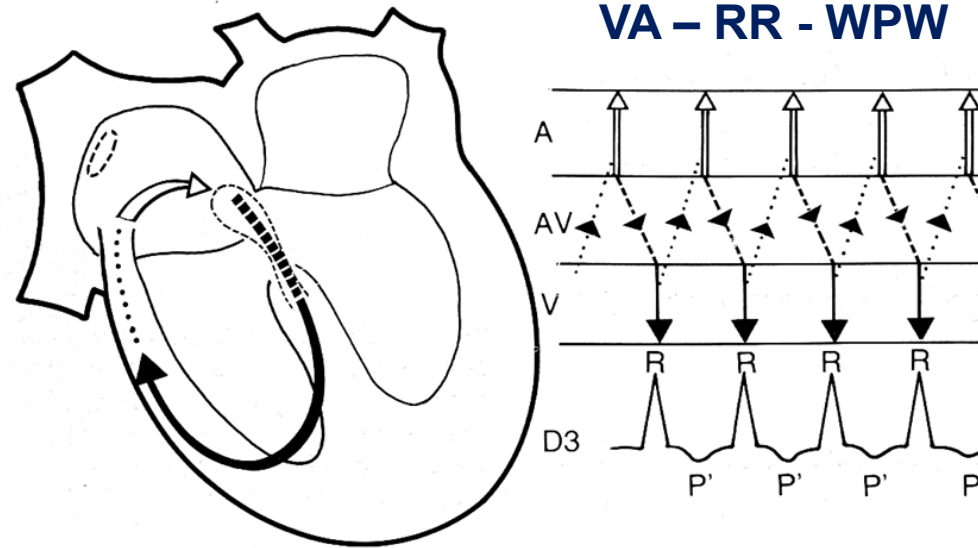
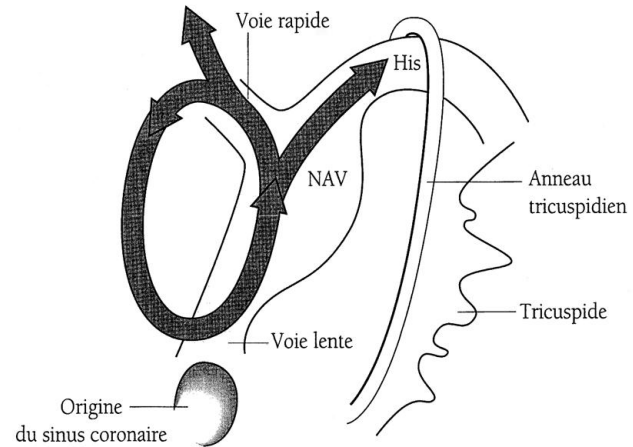
Le tracé per-critique attendu

- **Tachycardies paroxystiques du sujet « jeune » sur cœur sain:**
tachycardie régulière à QRS fins (sauf si bloc de branche ou RR antidromique)



ECG inter-critique

RIN

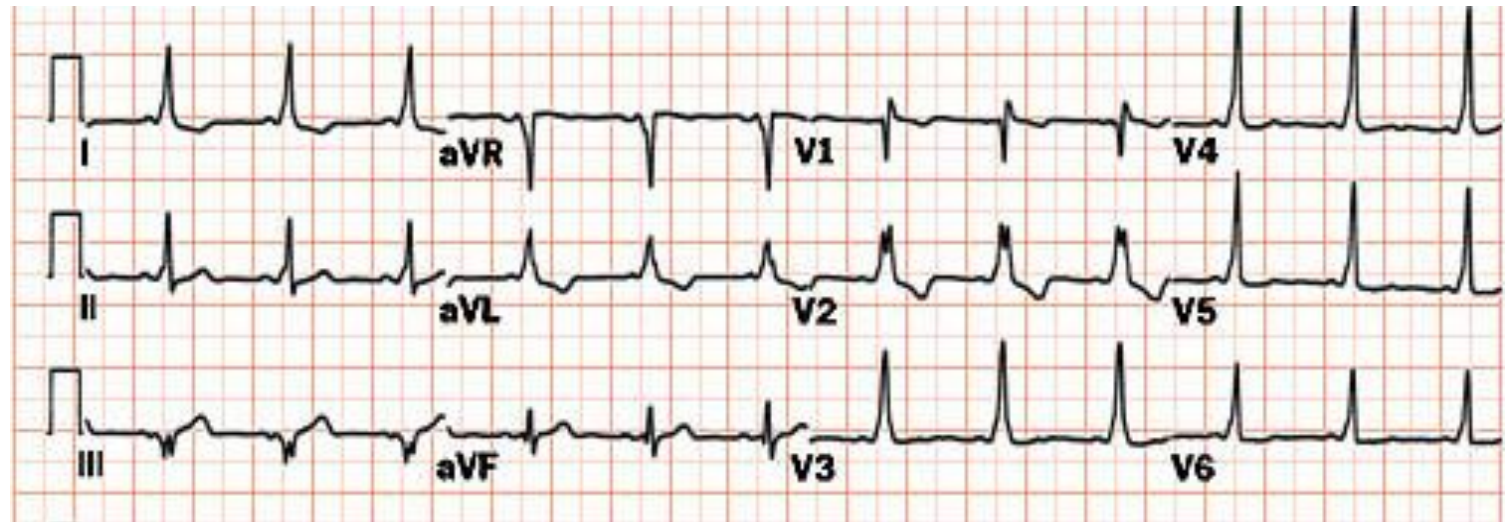


VA – RR - WPW

Pré-excitation ventriculaire

ECG en rythme sinusal

- Normal
- PR court (RIN)
- Pré-excitation V



Tachycardie jonctionnelle

- **Traitement de la crise**

Manœuvres vagales (Valsalva), striadyne, BB IV

- **Traitement de fond si besoin (gène fonctionnelle)**
 - **Médicaments: BB, ICa sauf si pré-excitation V**
 - **Ablation endocavitaire +++**
- **Cas particulier des VA à PREA courte: ablation endocavitaire**

Un deuxième cas facile

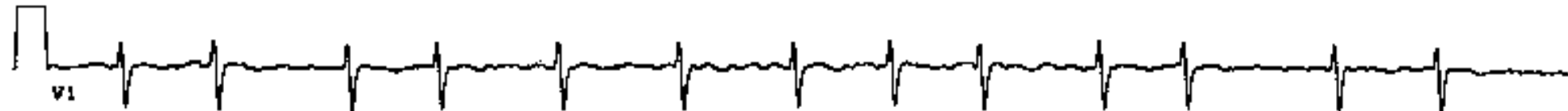
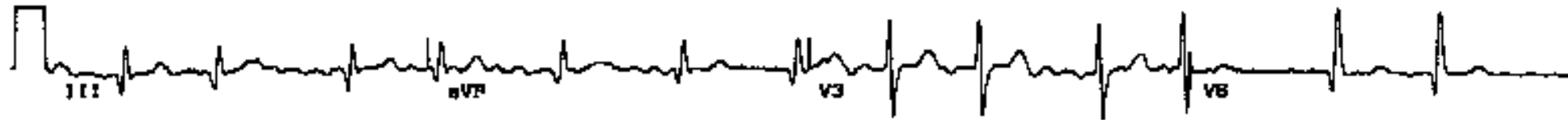
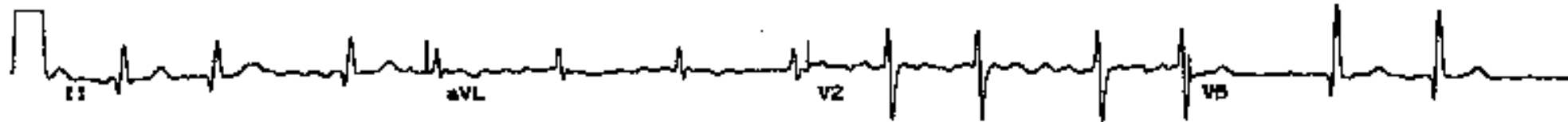
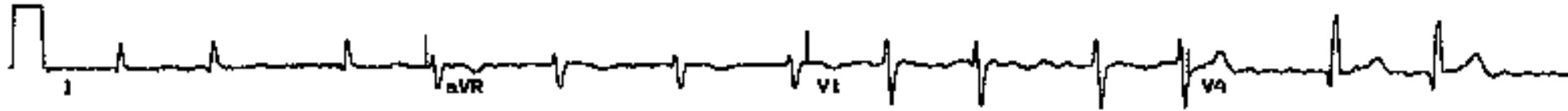
- **Femme 64 ans**
- **HTA traitée par IEC depuis 12 ans, bien contrôlée**
- **Discrète surcharge pondérale**
- **Tachycardies volontiers nocturnes après repas copieux**
- **Impression de rythme cardiaque rapide et irrégulier (pouls)**
- **Fréquence et durée des crises en augmentation régulière**

Un deuxième cas facile

- **Femme 64 ans**
- **HTA traitée par IEC depuis 12 ans, bien contrôlée**
- **Discrète surcharge pondérale**
- **Tachycardies volontiers nocturnes après repas copieux**
- **Impression de rythme cardiaque rapide et irrégulier (pouls)**
- **Fréquence et durée des crises en augmentation régulière**

Très probable FA paroxystique

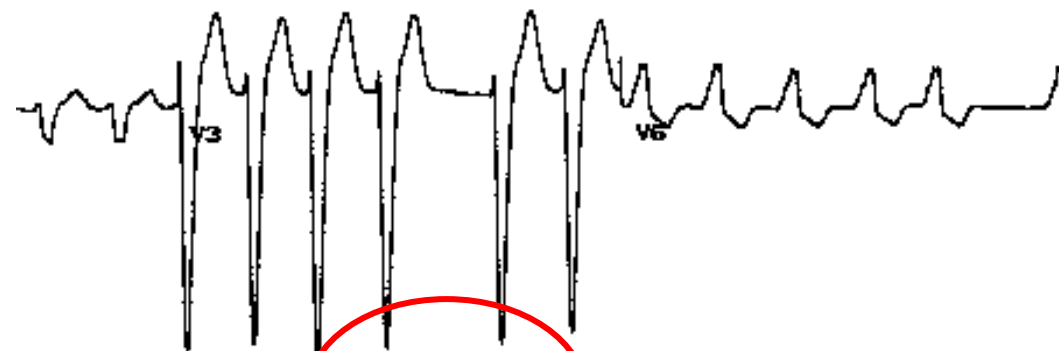
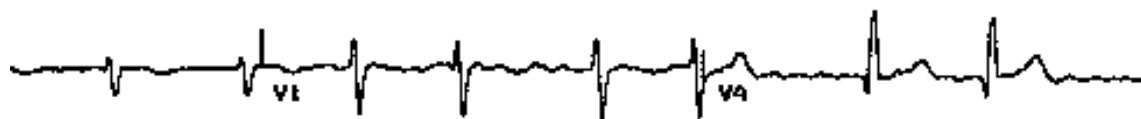
ECG percritique



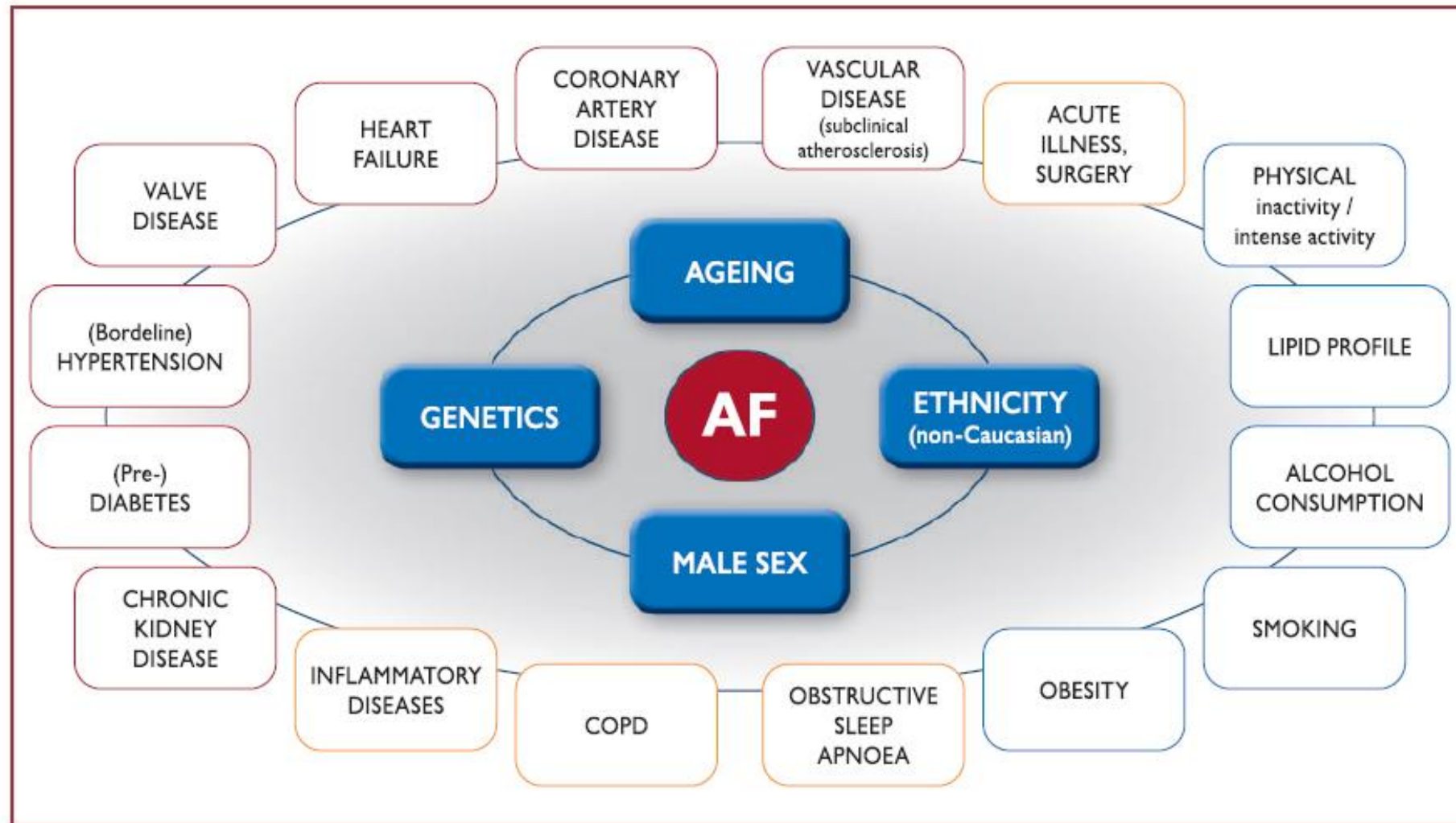
Variante avec un BBG



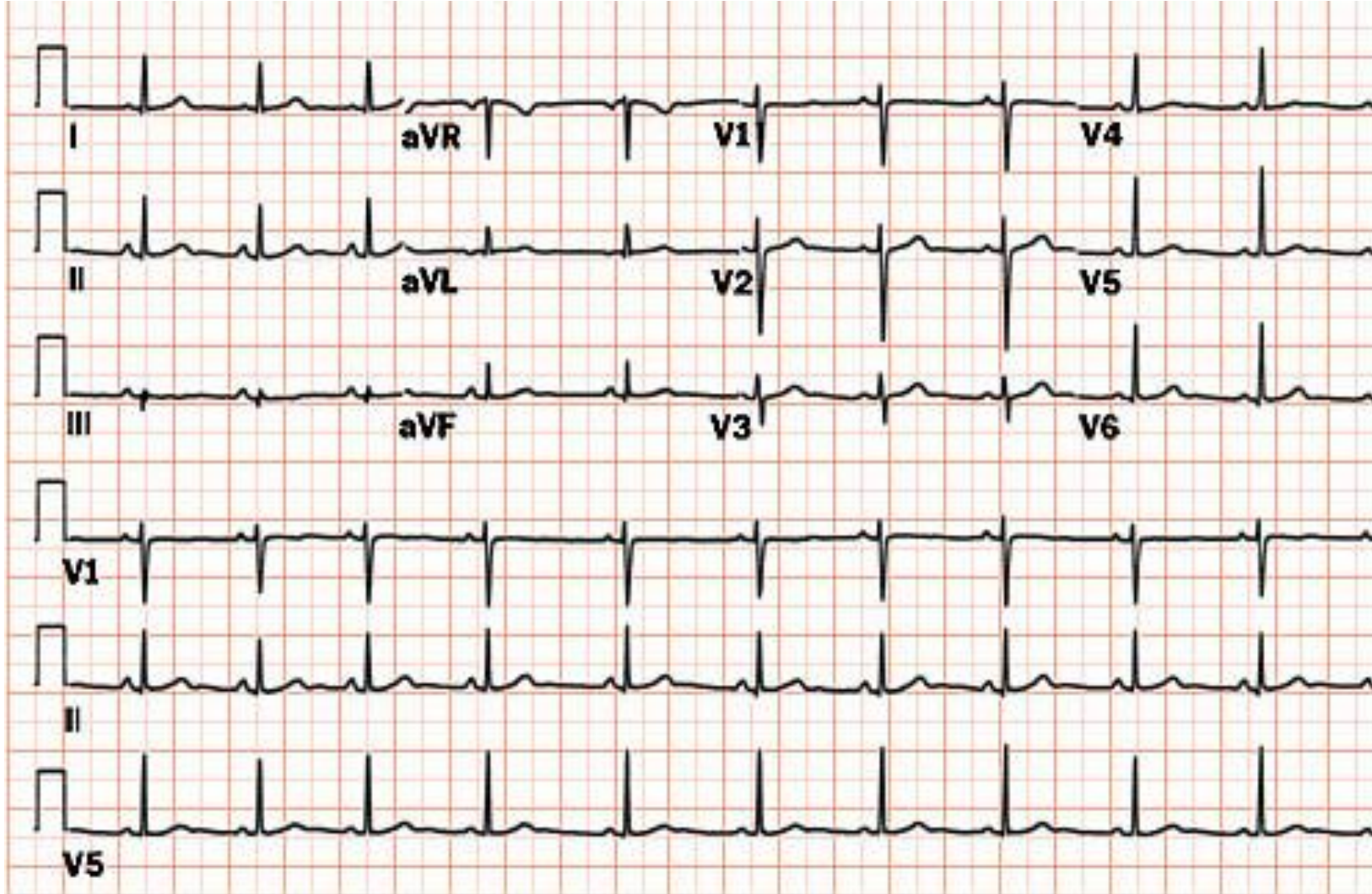
FA: si doute, rechercher les cycles longs



FA: un contexte à préciser



ECG inter-critique - Regarder les ondes P en DII



FA: prise en charge

- **Traitement anticoagulant: AOD selon score CHADSVas**
- **Gestion du rythme**
 - **basée sur les symptômes et la FEVG (cardiopathie dysrythmique)**
 - **contrôle de la fréquence: BB, Ica, digitalique, ablation JAV**
 - **contrôle du rythme**

cardioversion si FA persitante (anticoagulation)

Médicaments: flécaïne, amiodarone

Ablation +++

Un troisième cas facile

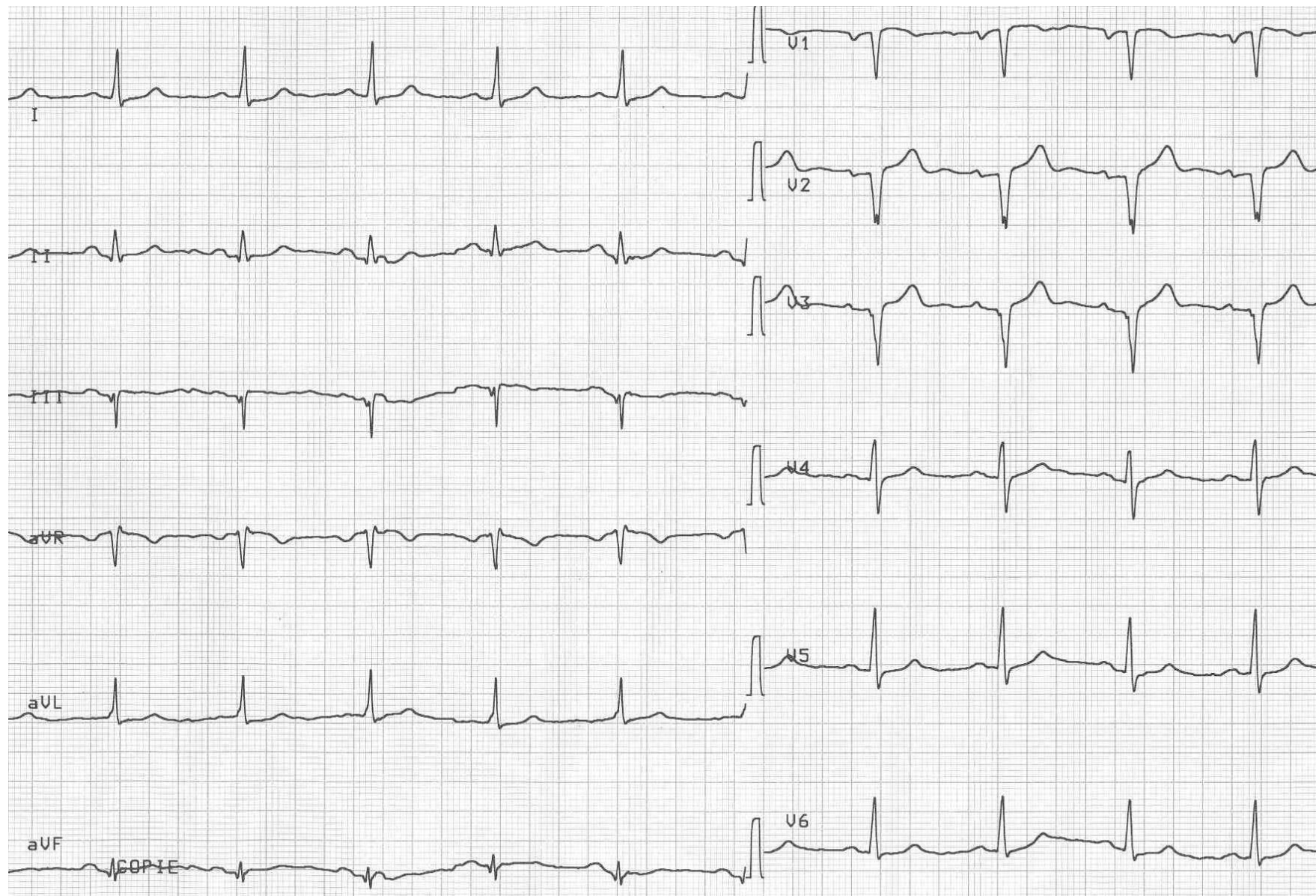
- Homme 68 ans, tabagisme actif
- 2020: SCA ST+ AS, ATC IVA + stent actif, athérome CD et Cx
- FEVG 42 %
- Traitement: énalapril 10 mg, bisoprolol 5 mg, glifozine 10 mg, rosuvastatine 10 mg, aspirine 75 mg
- 2 brèves lipothymies sans PDC au cours des 3 derniers mois, au repos
- Premier épisode de tachycardie au repos, bien toléré, appel du centre 15 au bout de 2 heures, réduction juste avant l'arrivée du SAMU

Un troisième cas facile

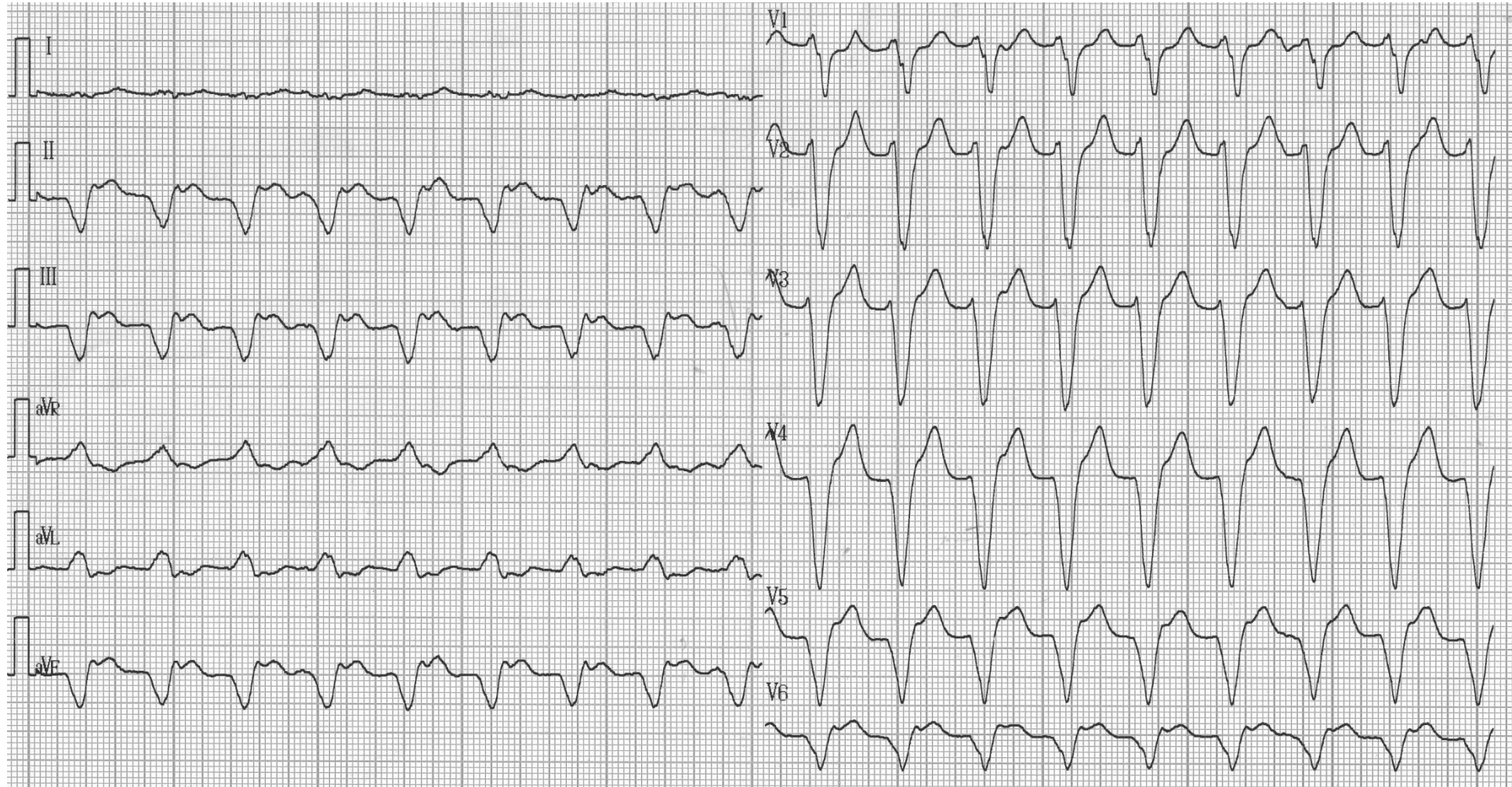
- Homme 68 ans, tabagisme actif
- 2020: SCA ST+ AS, ATC IVA + stent actif, athérome CD et Cx
- FEVG 42 %
- Traitement: énalapril 10 mg, bisoprolol 5 mg, glifozine 10 mg, rosuvastatine 10 mg, aspirine 75 mg
- 2 brèves lipothymies sans PDC au cours des 3 derniers mois, au repos
- Premier épisode de tachycardie au repos, bien tolérée, appel du centre 15 au bout de 2 heures, réduction juste avant l'arrivée du SAMU

Tachycardie ventriculaire

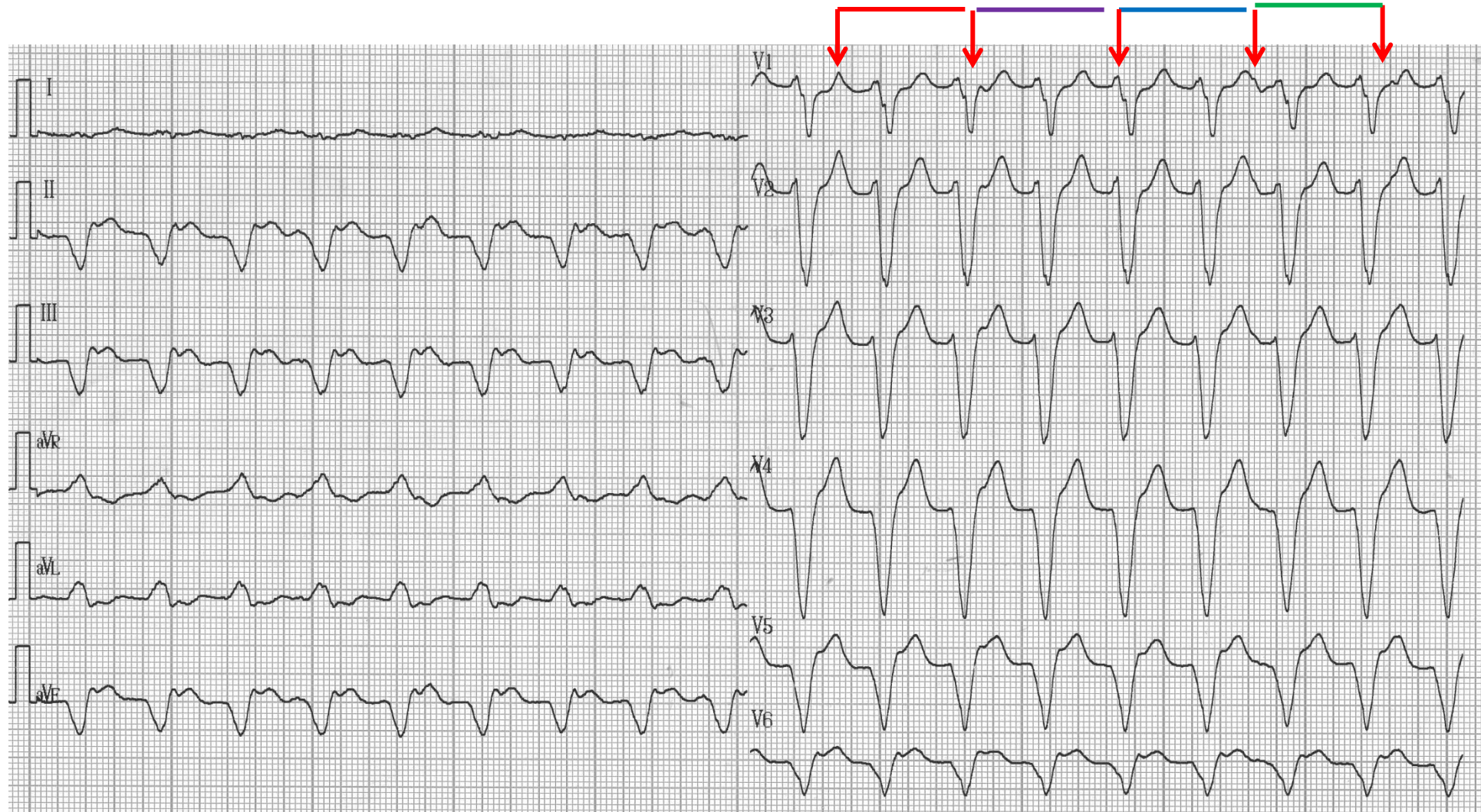
ECG inter-critique



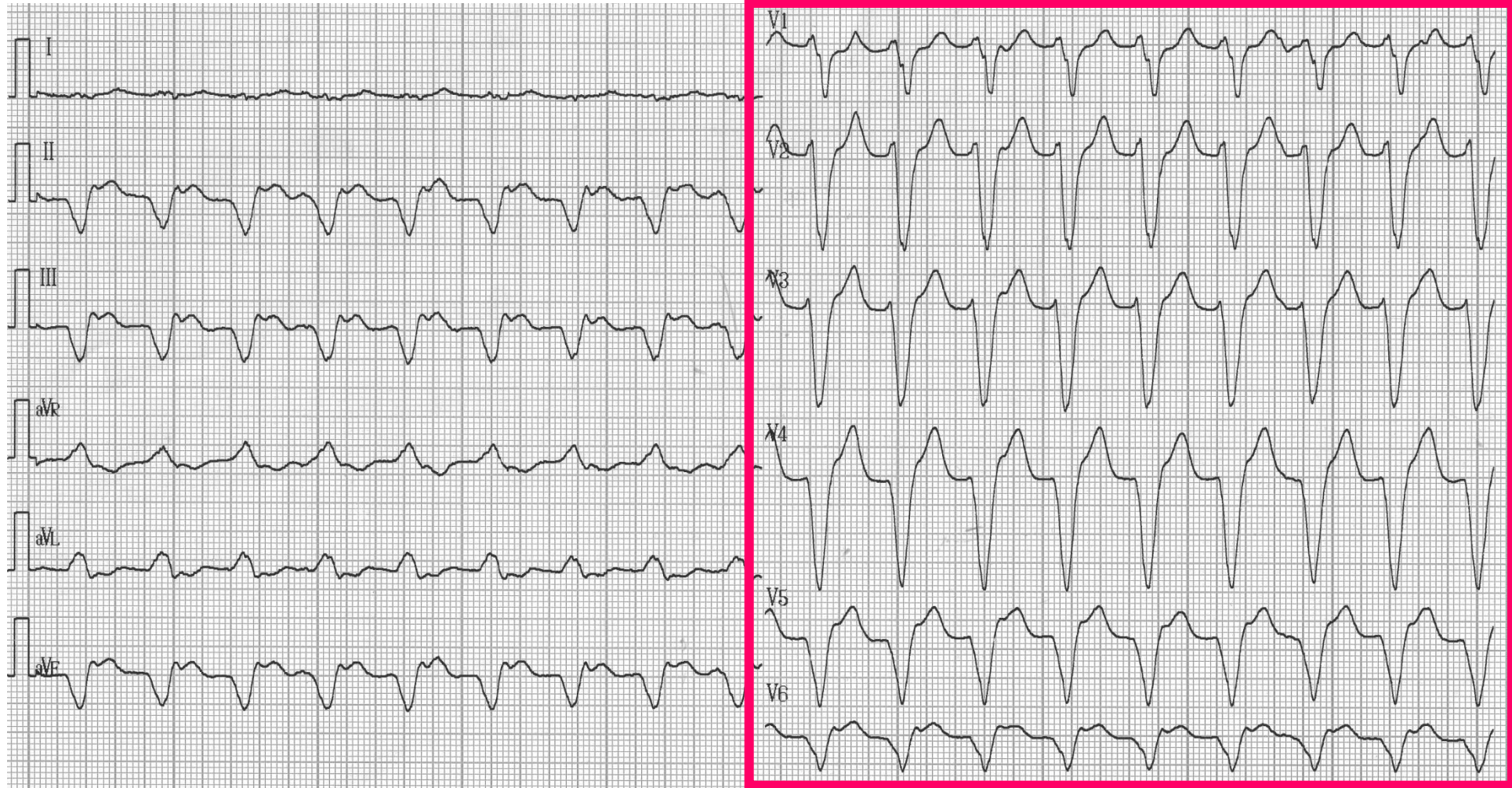
Récidive aux urgences 3 heures plus tard



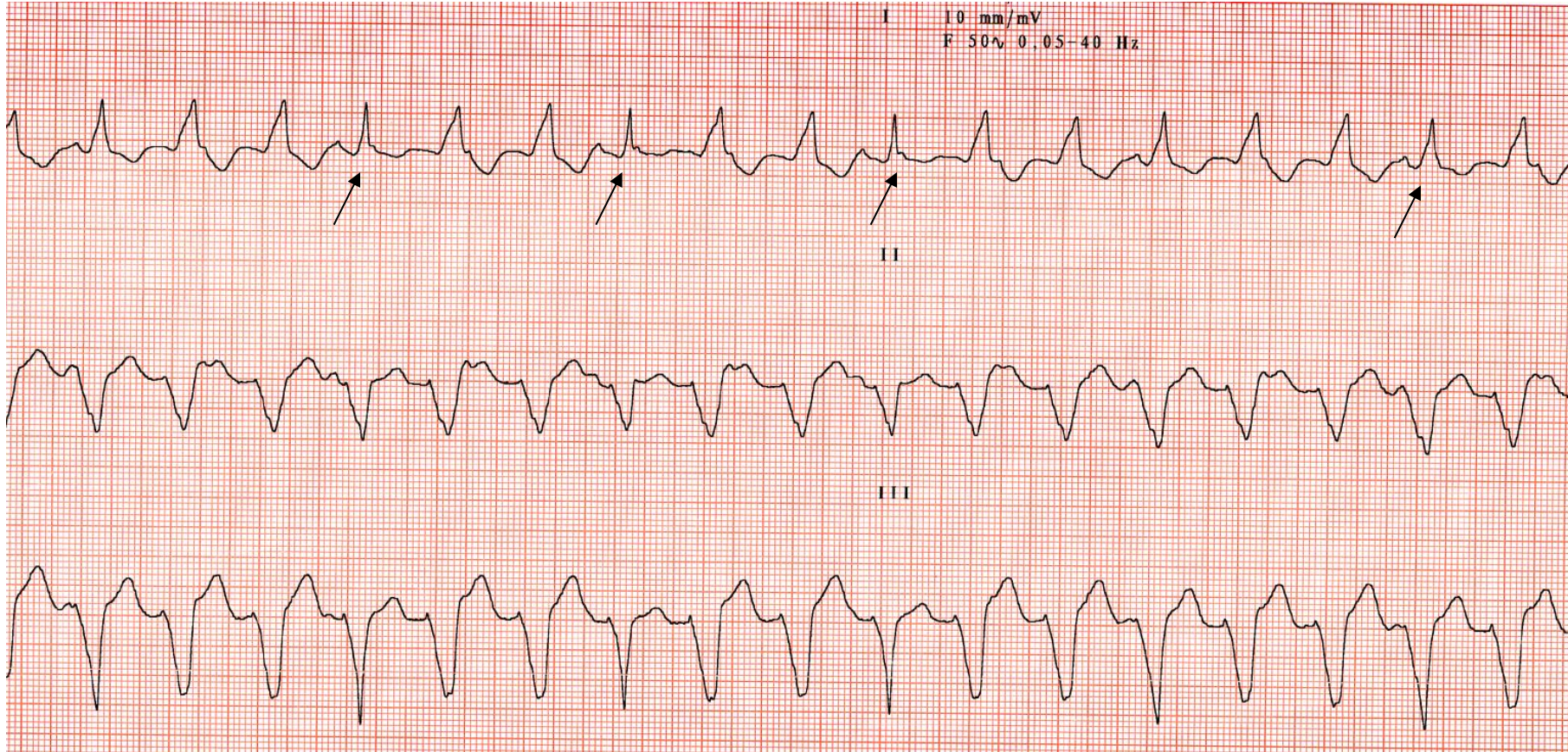
Dissociation AV



Concordance négative du QRS



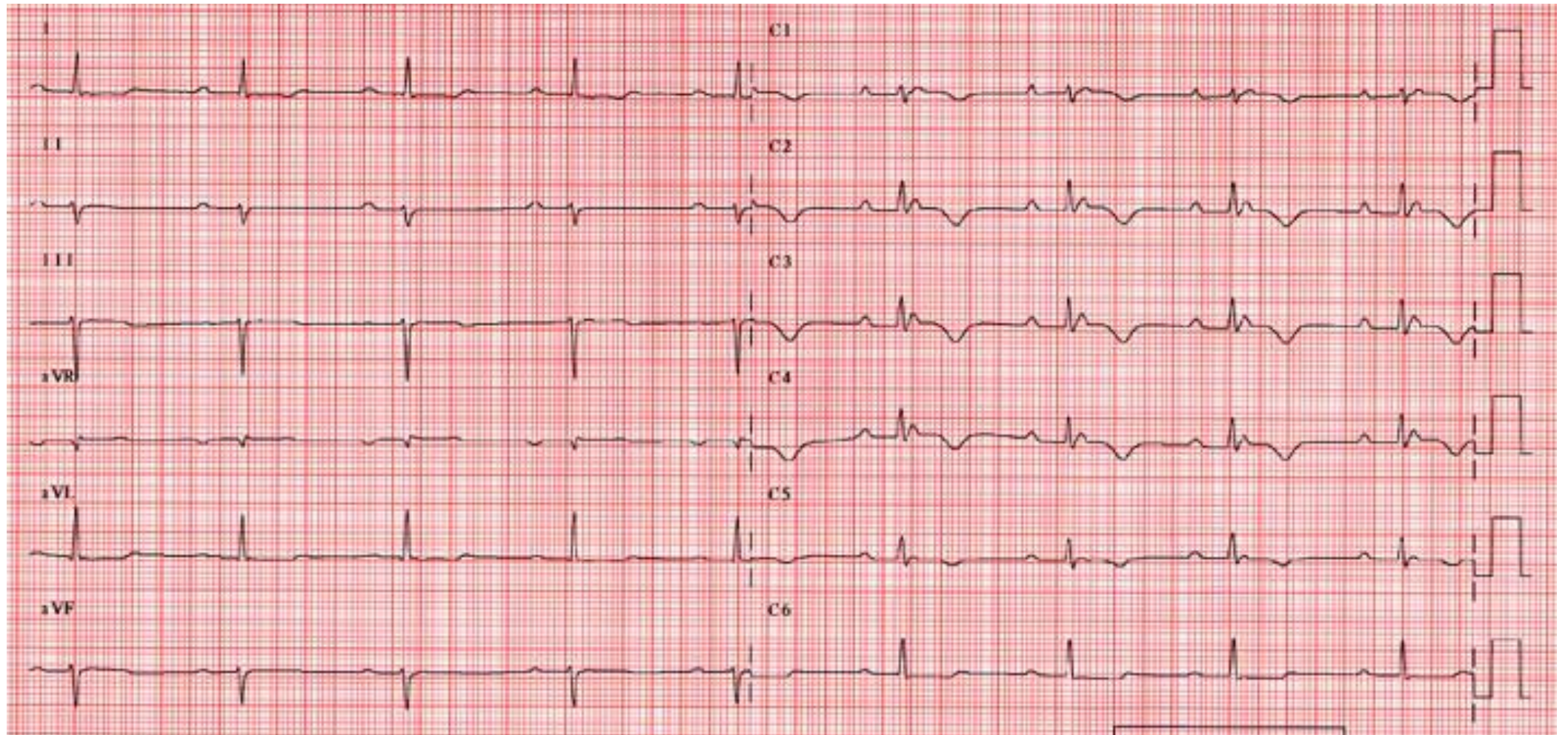
TV – Capture/Fusion témoins de la Dissociation A-V



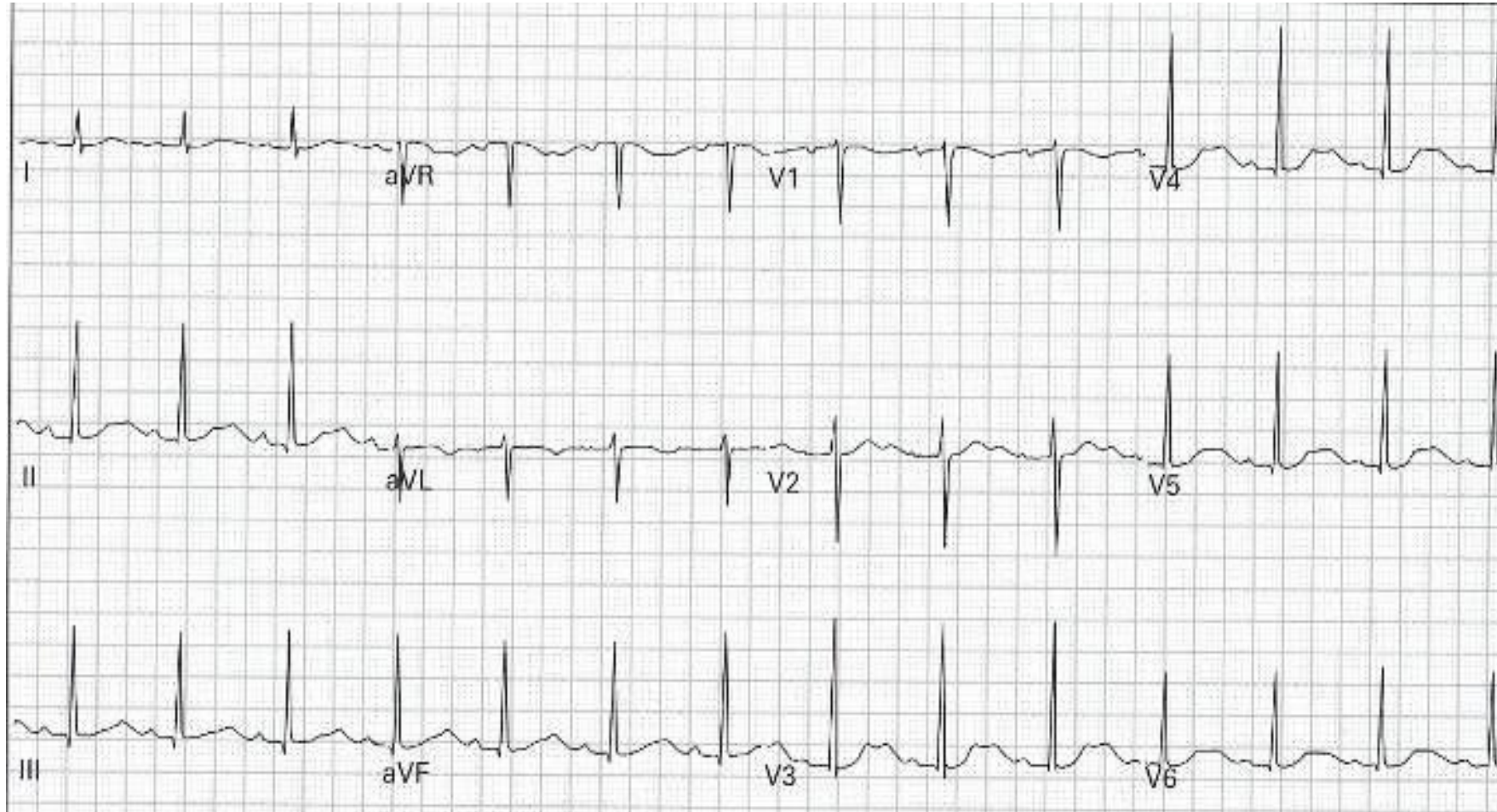
Complexes « fins » et prématurés au sein de la tachycardie

Longs tracés +++

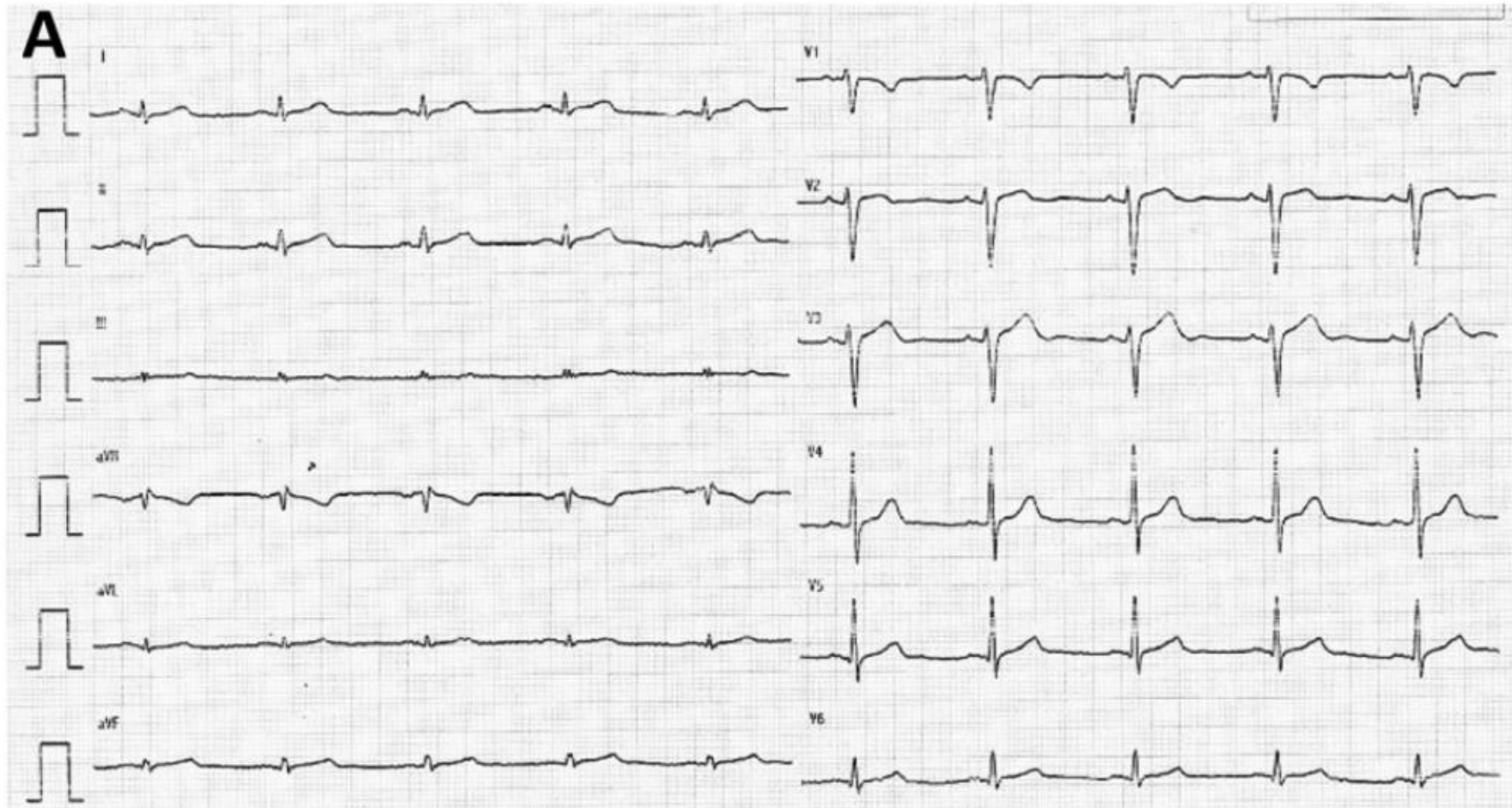
ECG inter-critique: méfiance +++



ECG inter-critique: méfiance +++



ECG inter-critique: méfiance +++



Traquer la tachycardie

- Si épisode prolongé: obtenir un ECG 12 D (Méd traitant, urgences)

Tachycardie régulière à QRS larges aux urgences

- TV jusqu'à preuve du contraire

- Dissociation AV ? $P < QRS$

Oui: A ne peut piloter $V = TV$ stop

- Fusions/captures ? QRS fins et prématurés

Oui: exclusion d'un BB = TV stop

- Concordance électrique du QRS ?

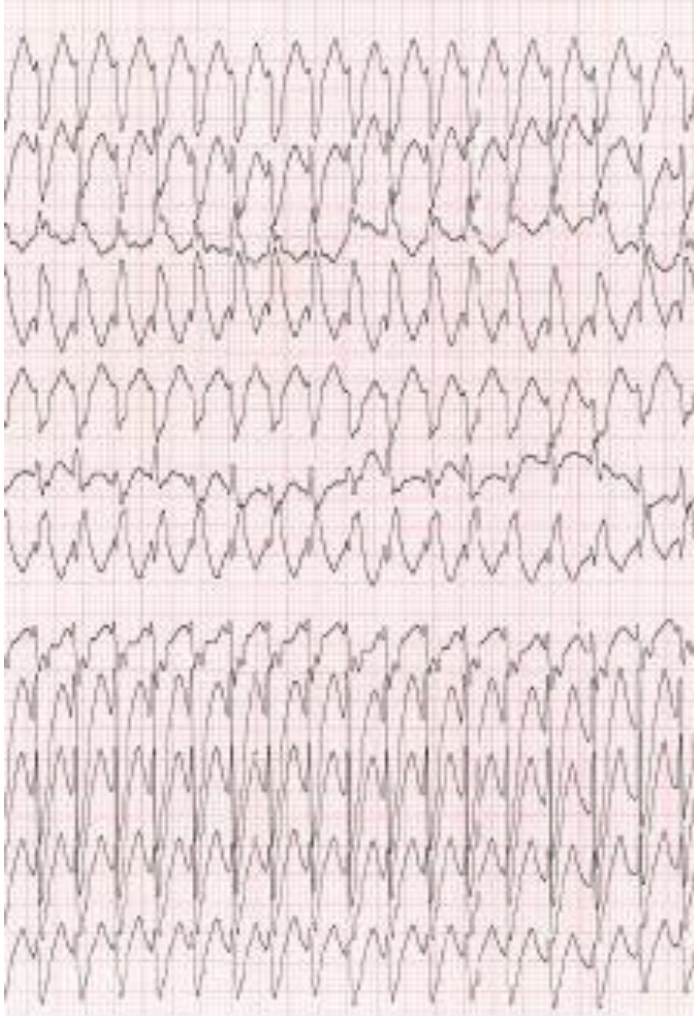
Oui: exclusion d'un BB = TV stop

- Si non pour tout, manœuvres vagales (striadyne)

Pas de médicament antiarythmique (y compris amiodarone) sans diagnostic

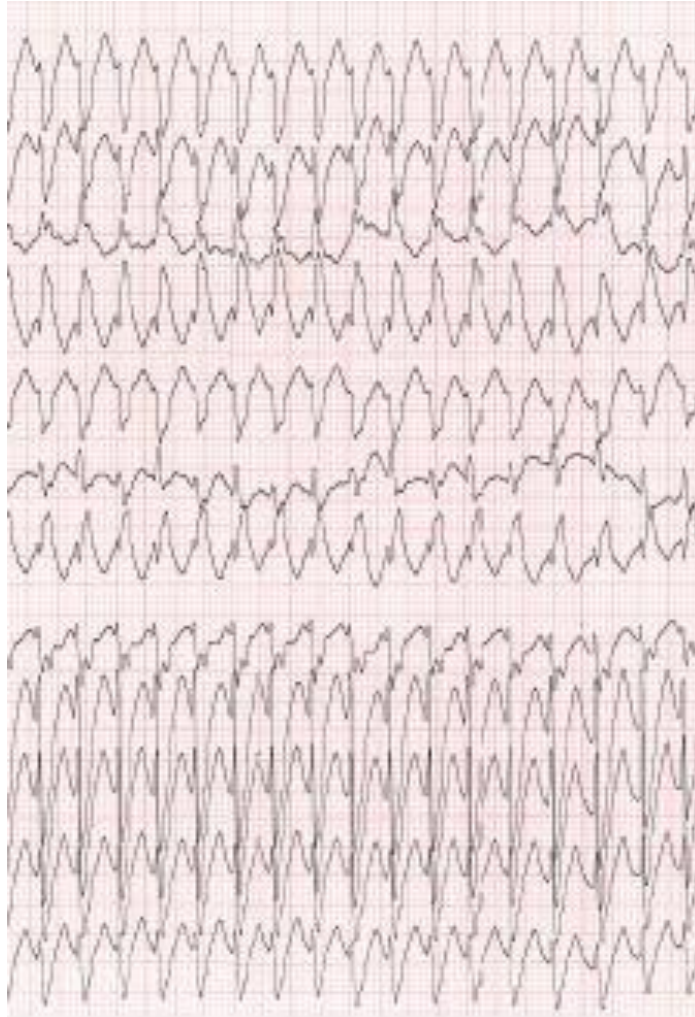
- Si mal tolérée: cardioversion

Tachycardie régulière à QRS larges aux urgences



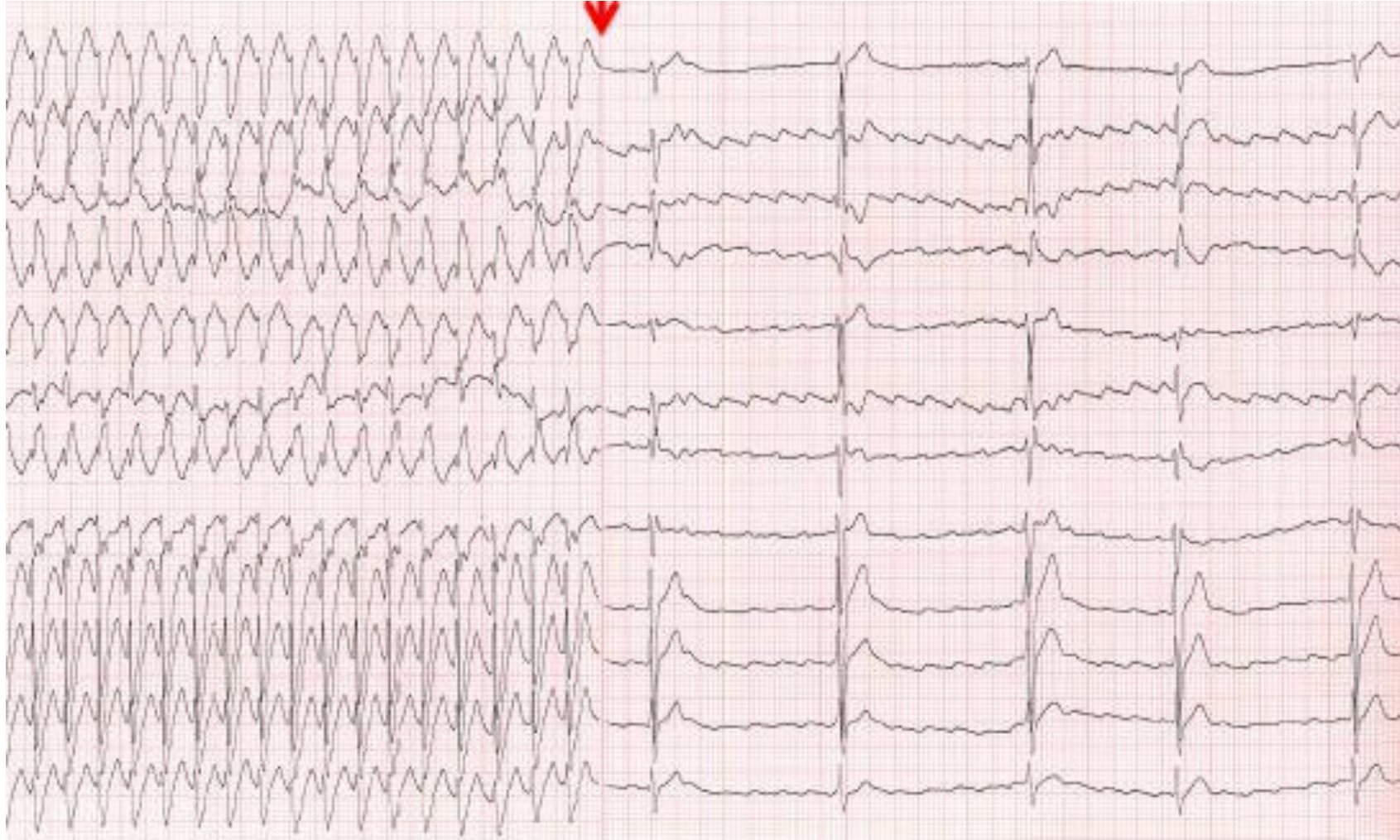
Tachycardie régulière à QRS larges aux urgences

Patient traité par flécaïne pour FA paroxystique



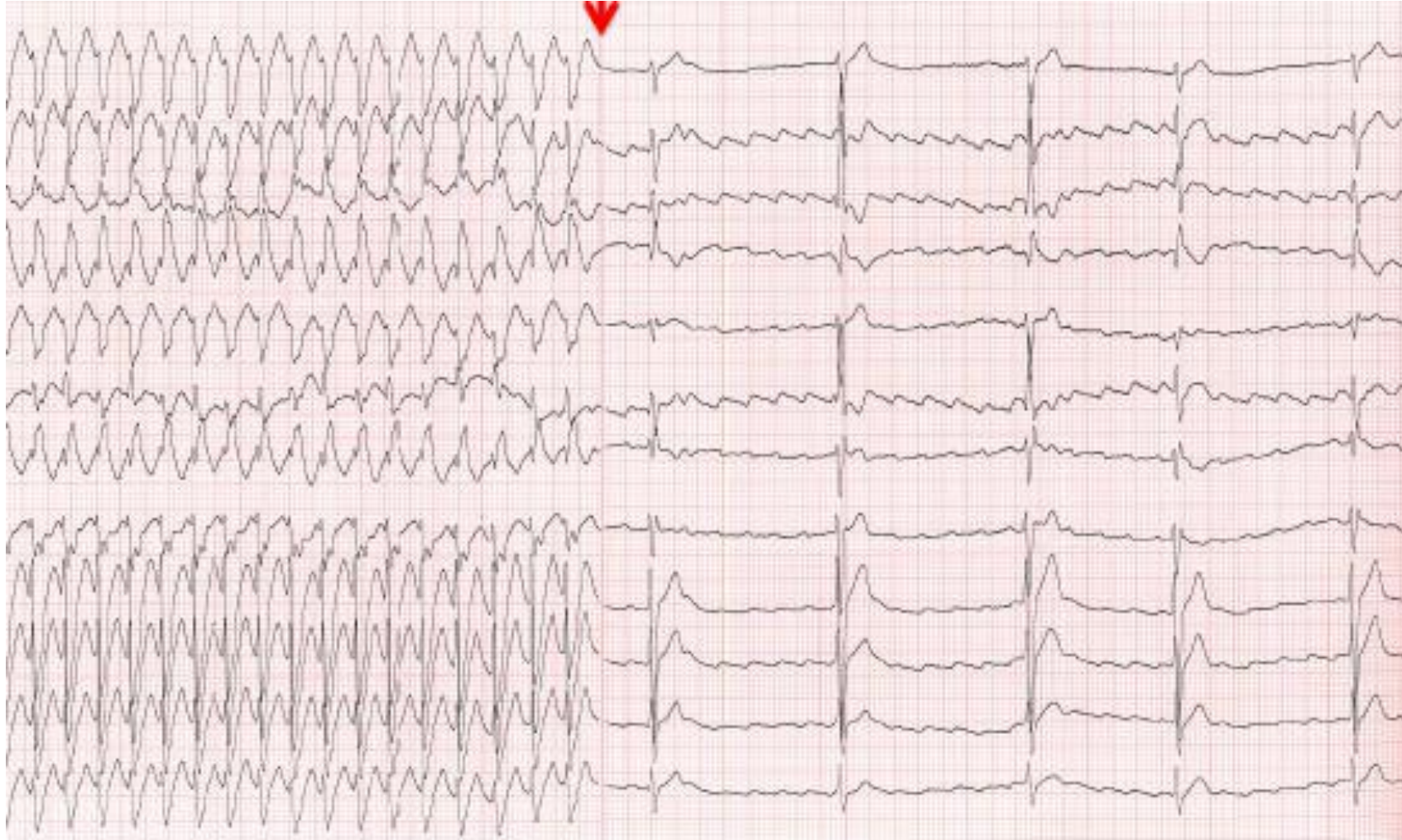
Tachycardie régulière à QRS larges aux urgences

Striadyne



Tachycardie régulière à QRS larges aux urgences

Flutter atrial

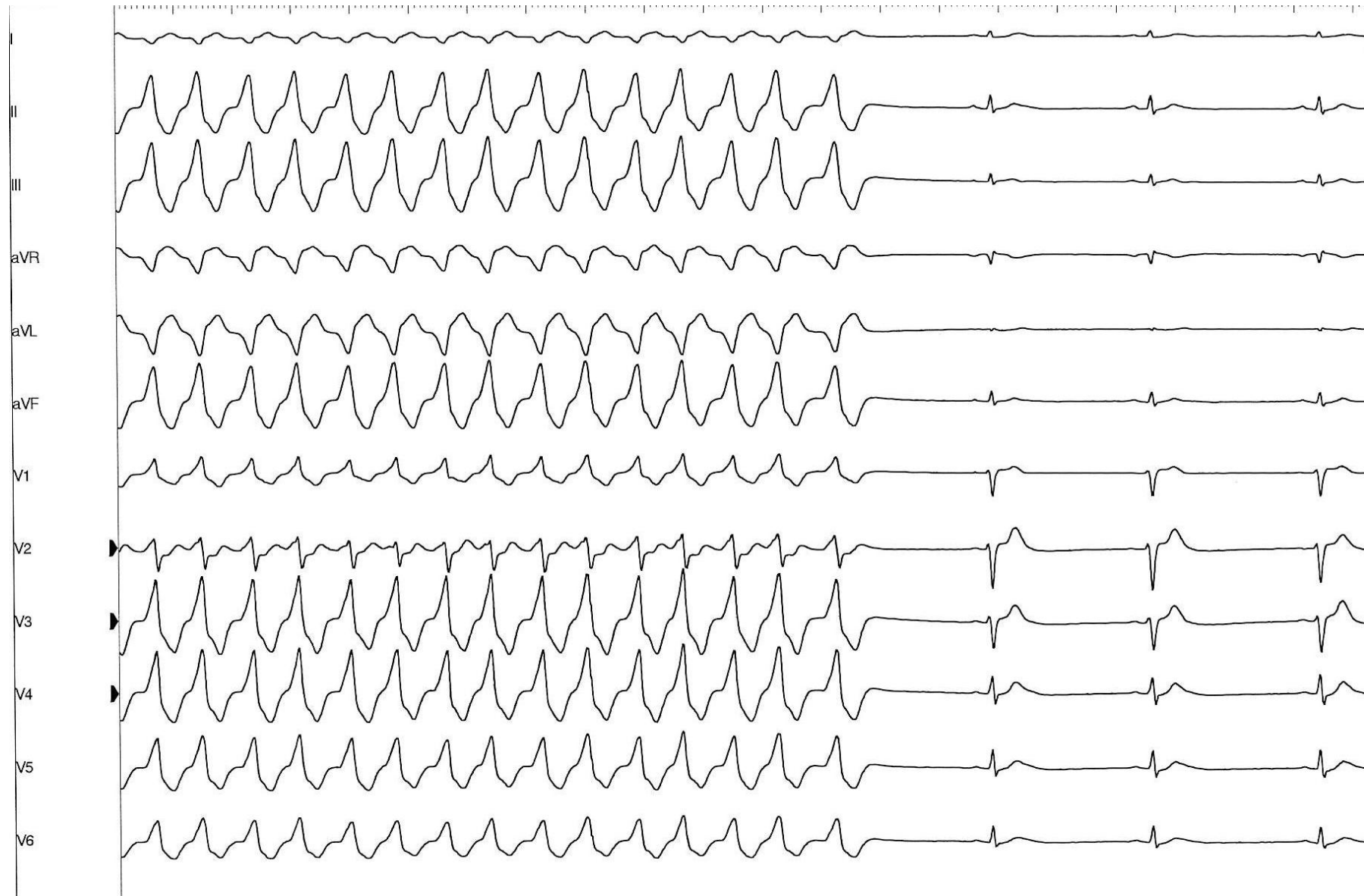


Critères non spécifiques de tachycardie ventriculaire

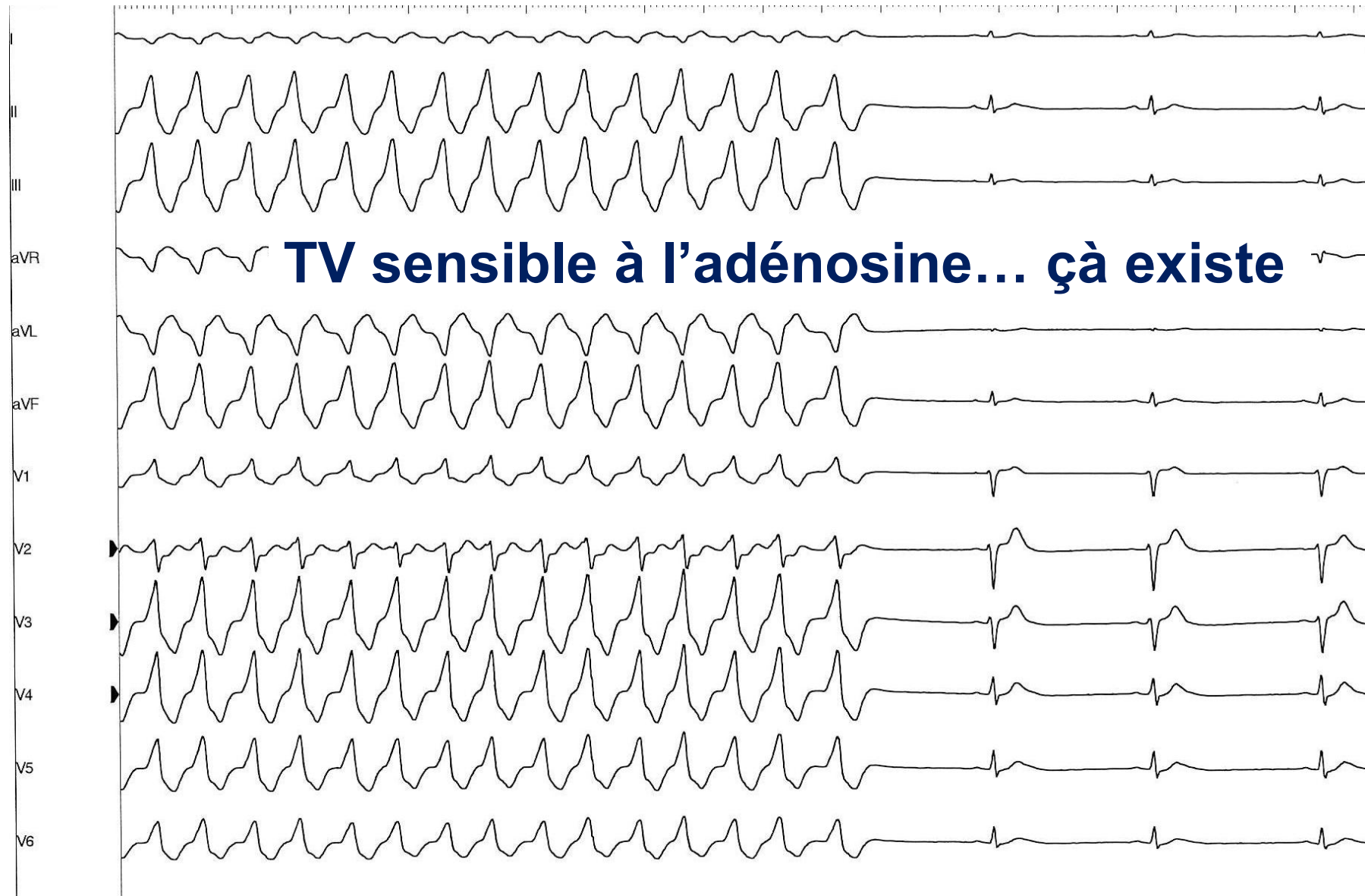
- **Durée des QRS :**
 - Plus le QRS est large, plus la probabilité en faveur d'une TV est élevée
 - >160 ms pour aspect retard gauche
 - >140 ms pour aspect retard droit
- **Axe, en faveur d'une TV si :**
 - Entre +120 et -90°
- **Concordance positive ou négative de V1 à V6**

Si + : possible TR antidromique utilisant une VA lat gauche
- **Des algorithmes pour vous aider: Brugada, Vereckei...**

Tachycardie réduite par l'ATP : TSV ?



Tachycardie réduite par l'ATP : TSV ?



Traquer la tachycardie

- **Si épisode prolongé: obtenir un ECG 12 D (Méd traitant, urgences)**
- **Si déclencher par l'effort: test d'effort**

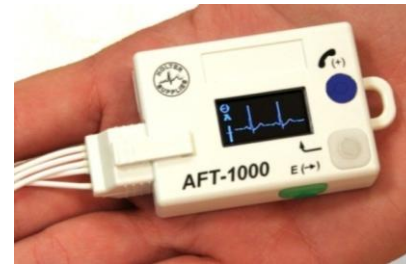
Epreuve d'effort



5 mm/mV 25 mm/s 50 Hz FRF

Traquer la tachycardie

- Si épisode prolongé: obtenir un ECG 12 D (Méd traitant, urgences)
- Si déclencher par l'effort: test d'effort
- Episodes brefs et fréquents:
enregistreur d'évènement, Holter
- Episodes peu fréquents: moniteur ECG implantable
- Pour tous les épisodes: outils connectés



Conclusion

- Pas de conclusion sans un ECG per-critique
- Des éléments d'orientations: données cliniques et ECG inter-critique
- Attention si syncopes associées, cardiopathie, mort subite familiale
- Une opportunité: les outils connectés
- Manœuvre vagale – Striadyne
- Pas de traitement sans diagnostic
- Si besoin, monter une sonde « gently »

Petit test pour finir

- **Tachycardie régulière à QSR larges battant à 160 bpm**
- **Ondes P non visibles, pas de concordance électrique du QRS**
- **Pas d'effet de la striadyne (le patient n'a pas aimé...)**
- **Stimulation de l'atrium droit à 170 bpm**
- **Les QRS suivent en 1/1 et s'affinent**
- **Diagnostic ?**

Petit test pour finir

- **Tachycardie régulière à QSR larges battant à 160 bpm**
- **Ondes P non visibles, pas de concordance électrique du QRS**
- **Pas d'effet de la striadyne (le patient n'a pas aimé...)**
- **Stimulation de l'atrium droit à 170 bpm**
- **Les QRS suivent en 1/1 et s'affinent**
- **Diagnostic ?**

Tachycardie ventriculaire