

TROUBLES DU RYTHME

1) Troubles de la conduction

- Auriculo-ventriculaire (BAV)
- Intra ventriculaire (BBD – BBG)

2) Troubles de l'excitabilité

- Extra systoles (auriculaires, jonctionnelles, ventriculaires)
- Tachycardies (supra ventriculaire, ventriculaire)

3) Troubles de la repolarisation

TROUBLES DE LA CONDUCTION CARDIAQUE

Troubles de la conduction intraventriculaire

BBD complet	BBG complet
<ul style="list-style-type: none">- Aspect en V1, V2- $QRS \geq 0.12$ (nl < 0.08)- $DID \geq 0.08$ (nl < 0.03)- Aspect rSR', rsR', rR' (R' = activation du VD)- S/décalage ST- Onde T négative, asymétrique- V5, V6 : onde S large et empâtée- Etiologies :<ul style="list-style-type: none">• Sujet âgé, chirurgie cardiaque• Cardiopathies à retentissement VD (RM, CPC, CPA)• Cardiopathies à retentissement VG (RAO, cardiopathies ischémiques)• Cardiopathies congénitales (CIA, CIV)	<ul style="list-style-type: none">- Aspect en V5, V6- $QRS \geq 0.12$- $DIG \geq 0.08$ (nl < 0.05)- R exclusif à sommet en plateau ou croché- S/décalage ST- Onde T négative, asymétrique- V1, V2 : onde S large et profonde- Etiologies :<ul style="list-style-type: none">• Cardiopathies à retentissement VG (RAO, IAO, HTA, cardiopathies ischémiques, CMD)
BBD incomplet	BBG incomplet
<ul style="list-style-type: none">- $0.08 < QRS < 0.12$- DID entre 0.05 et 0.07- Aspect rSR', rsR', rSr', rsr'- Repolarisation peut être normale- Etiologies :<ul style="list-style-type: none">• Cœur sain• Cardiopathie à retentissement VD	<ul style="list-style-type: none">- $0.08 < QRS < 0.12$- DIG entre 0.05 et 0.07- Aspect rSR', rsR', rSr', rsr'- Repolarisation peut être normale- Etiologies :<ul style="list-style-type: none">• Idem que BBG complet

Bloc segmentaire de la branche gauche :

1) Hémibloc gauche antérieur

- Déviation axiale gauche de QRS
- Aspect qR en D1, rS en D2, D3
- Durée QRS normale

2) Hémibloc gauche postérieur

- Déviation axiale droite de QRS
- Aspect rS en D1, qR en D2, D3
- Aspect normal ou RS en précordiales gauches

Blocs auriculo-ventriculaires

R ! PR nl = 0.12 – 0.20 (isoélectrique)

BAV => conduction ralentie => PR>0.20 => bradycardie

- **BAV 1** : PR>0.20 sans onde P bloquée
- **BAV 2** :
 - **Mobitz 1** : PR s'allonge progressivement jusqu'à blocage de l'onde P puis PR reprend sa valeur initiale et le cycle se reproduit
 - **Mobitz 2** : PR>0.20 avec blocage inopiné d'une onde P (BAV 2/1 = forme la plus sévère)
 - **Haut degré** : onde P bloquées > ondes P conduites
- **BAV 3** : dissociation auriculo-ventriculaire

Diagnostic :

- Souvent asymptomatiques
- Parfois syncope d'Adams Stokes
 - Perte de connaissance brutale, complète, inopinée et spontanée
 - S'accompagne souvent d'une chute
 - Reprise immédiate et totale de la conscience
 - Parfois état de mal syncopal voire mort subite
- Auscultation : bradycardie en rapport avec le degré du BAV
- ECG Holter des 24H

Etiologies :

- BAV de causes réversibles
 - IDM récent
 - Myocardites aiguës infectieuses
 - Toxiques et médicaments (digitaliques, BB)
 - Métaboliques (hypoK⁺ et Hypo Na⁺ extrêmes)
- BAV permanents
 - Maladie de Lenègre +++
 - Chirurgie cardiaque
 - Radiofréquence (BAV thérapeutique)

TRT de la syncope d'Adams Stokes :

- Coup de poing sternal violent
- Massage cardiaque et ventilation
- Isoprénaline 1mg dans 250 cc de SGI
- Montée de sonde d'entraînement électro systolique temporaire par voie veineuse fémorale
- Mise en place d'un stimulateur cardiaque définitif.
 - Indications : tout BAV symptomatique doit être appareillé
 - BAV III
 - BAV II Mobitz II
 - Bloc de branche alternant

Bloc tronculaire ou infra-hissien (exploration électro physiologique)

TROUBLES DE L'EXCITABILITE

Extra systoles : contractions **anormales** (foyer ectopique) **prématuré** (QRS se rapproche de l'onde T) avec **repos compensateur**

1) Extra systoles auriculaires

- P présente et de morphologie différente du P sinusal (exp : diphasique)
- QRS normaux identiques aux QRS sinusaux

2) Extra systoles jonctionnelles

- Absence de P
- QRS normaux

3) Extra systoles ventriculaires

- Absence de P
- QRS élargis
- Opposition de l'axe de R et de T (si onde R + => onde T -)
- Si 3 ESV successives => TV

➤ Critères de gravité : plus le complexe est prématuré plus c'est grave

Tachycardies : FC>100

1) Supra ventriculaires

- **Tachycardie sinusale** : FC = 100 à 150 régulière
- **Tachy FA** = FC 150 irrégulière + ACFA (onde P remplacée par l'onde F de fibrillation en dents de scie)
Auscultation : éclat de B1 et souffle systolique fonctionnel d'IM
Echo : dépistage des thromboses intra cardiaques OG+++
TRT : anticoagulants + Amiodarone + CCE (en cas d'urgence)
- **Flutter auriculaire** = FC 300 irrégulière + onde F de fibrillation en dents de scie croisant la ligne de base
- **Tachycardie jonctionnelle** : FC >180 régulière avec onde P rétrograde (négative) avant chaque QRS

2) Ventriculaires (TV)

- FC >180 régulière à QRS larges
- Dissociation auriculo-ventriculaire
- Signe pathognomonique : complexe QRS de fusion et de capture (P-QRS normal au milieu de la tachycardie)

R ! Fibrillation ventriculaire :

- Trémulation anarchique de la ligne de base
- Desynchronisation de l'activité ventriculaire
- Survient brutalement après ESV

Torsade de pointe :

- QRS larges, FC 200
- Impression que le tracé tourne autour de la ligne de base