

INTERPRÉTATION DU RYTHME À 3 DERIVATIONS PARTIE B : JONCTION AV ET VENTRICULES

Formation paramédicale en soins
primaires

Module:12
Section:04b



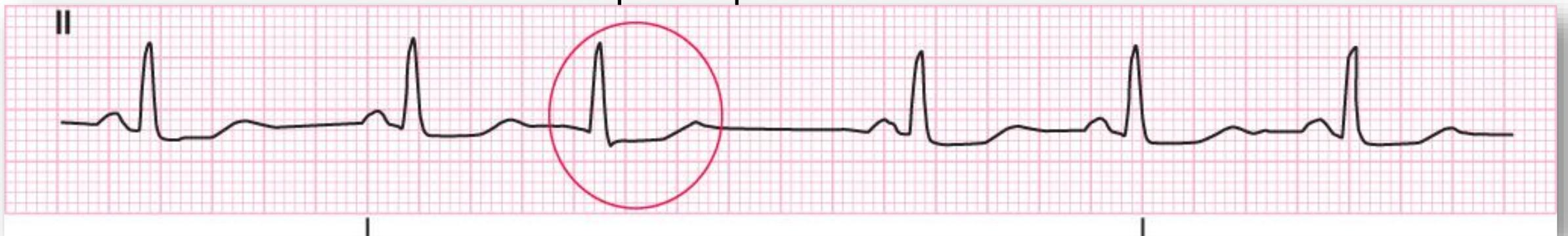
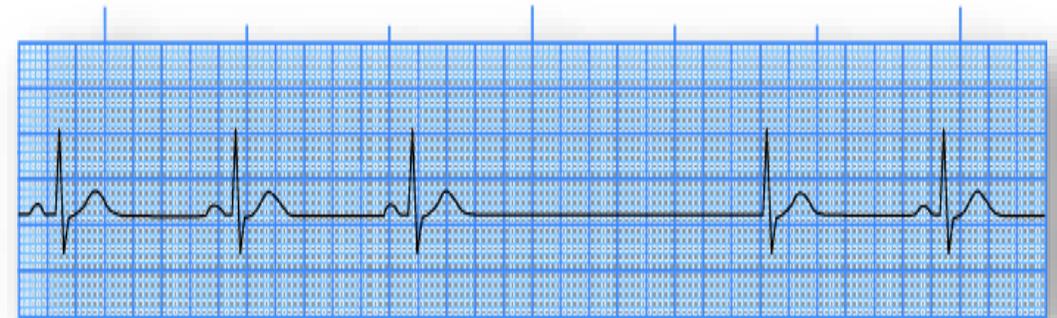
Rythmes du nœud AV ou de la jonction AV

- Si le nœud SA n'initie pas une impulsion, la jonction AV peut prendre le relais en tant que stimulateur cardiaque.
- Puisque la jonction AV est un stimulateur secondaire, son débit intrinsèque est plus lent que celui du nœud SA (40 à 60 battements/min).
- L'impulsion descend à travers le système de conduction dans les ventricules.

- Complexes d'échappement jonctionnel (complexe jonctionnel prématuré)
- Rythme d'échappement jonctionnel
- Rythme jonctionnel accéléré
- Tachycardie jonctionnel
- Bradycardie jonctionnel

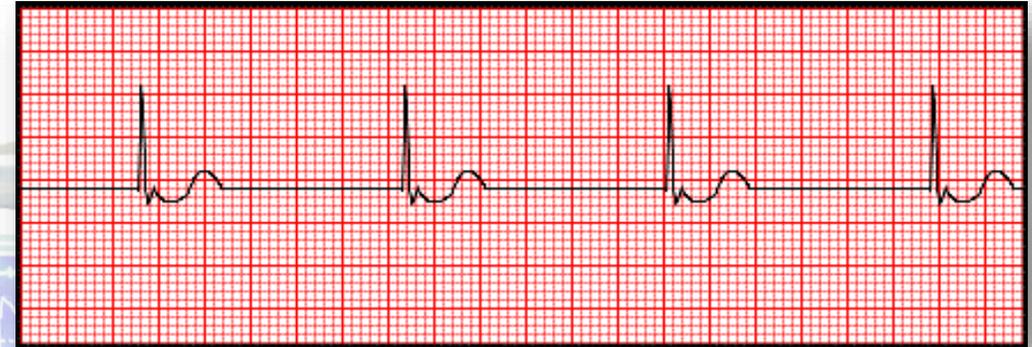
Complexes et rythmes d'échappement jonctionnel

- Tout complexe précoce qui apparaît dans un autre rythme
- L'onde P est absente ou inversée
- Aussi connu sous le nom de complexes ectopiques
- Se produit plus tôt dans le temps que le prochain complexe sinusal attendu
- Rarement traité dans le milieu préhospitalier



Rythme jonctionnel (échappement)

Fréquence	40 - 60 bpm
Rythme	Régulier
Onde P	Inversé, ou aucun, 1 par QRS
Intervalle PR	< 0,12 s (< 120 ms) si des ondes P sont présentes
Complex QRS	<0.12 s (<120 ms), étroit



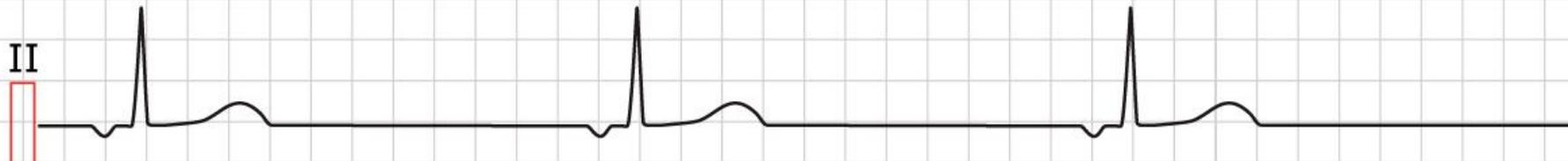
Rythme de jonction avec les ondes P cachées dans le complexe QRS

50 mm/s 46 battements par minute



Rythme de jonction avec des ondes P rétrogrades

50 mm/s 50 battements par minute



Rythme jonctionnel (échappement)

Étiologie

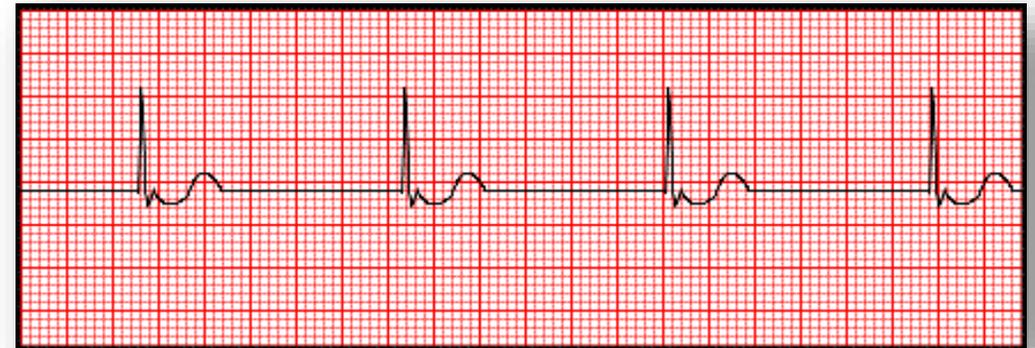
- Se produit lorsque le nœud SA cesse de fonctionner et que la jonction AV prend le relais
- Le nœud sinusal cesse d'inhiber les autres foyers d'automatisme
- Résultats de l'augmentation du tonus vagal, des décharges pathologiquement lentes de SA, ou du bloc cardiaque

Signification clinique

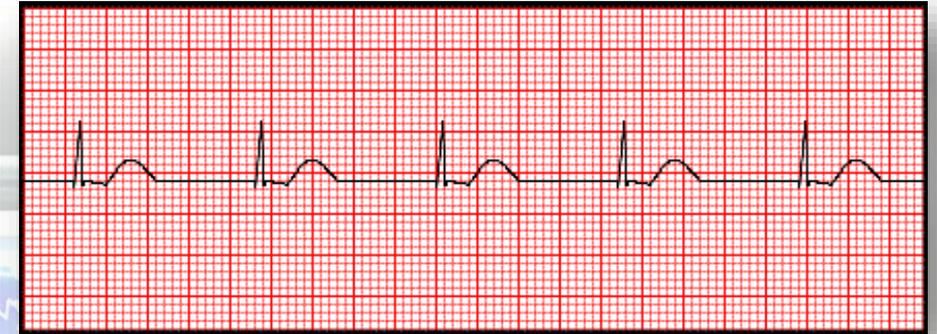
- Le rythme lent peut diminuer le débit cardiaque, précipiter l'angine de poitrine et d'autres problèmes

Traitement

- Aucun si le patient reste asymptomatique.
- PSA peut traiter des épisodes symptomatiques avec de l'atropine ou arpenner comme indiqué



Fréquence	60 – 100 bpm
Rythme	Régulier
Onde P	Inversé, ou aucun, 1 par QRS
Intervalle PR	< 0,12 s (< 120 ms) si les ondes P sont présentes
Complex QRS	<0.12 s (<120 ms), étroit



Étiologie

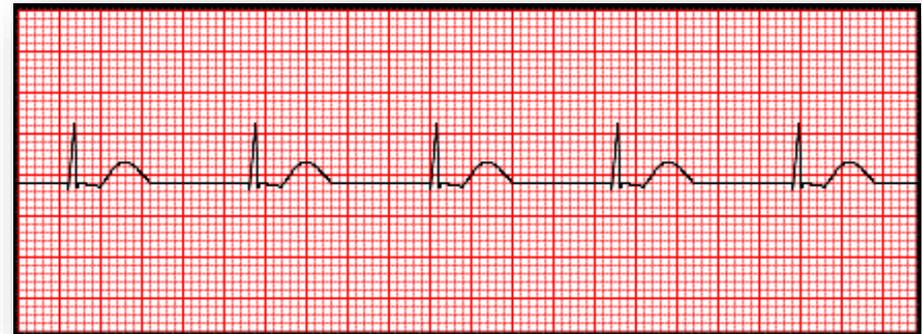
- Rythme de jonction avec un taux dépassant la plage normale de 60 battements/min
- Moins de 100 battements/min
- Résultats de l'augmentation de l'automatisme dans la jonction AV
- Se produit souvent en raison de l'ischémie de la jonction AV

Signification clinique

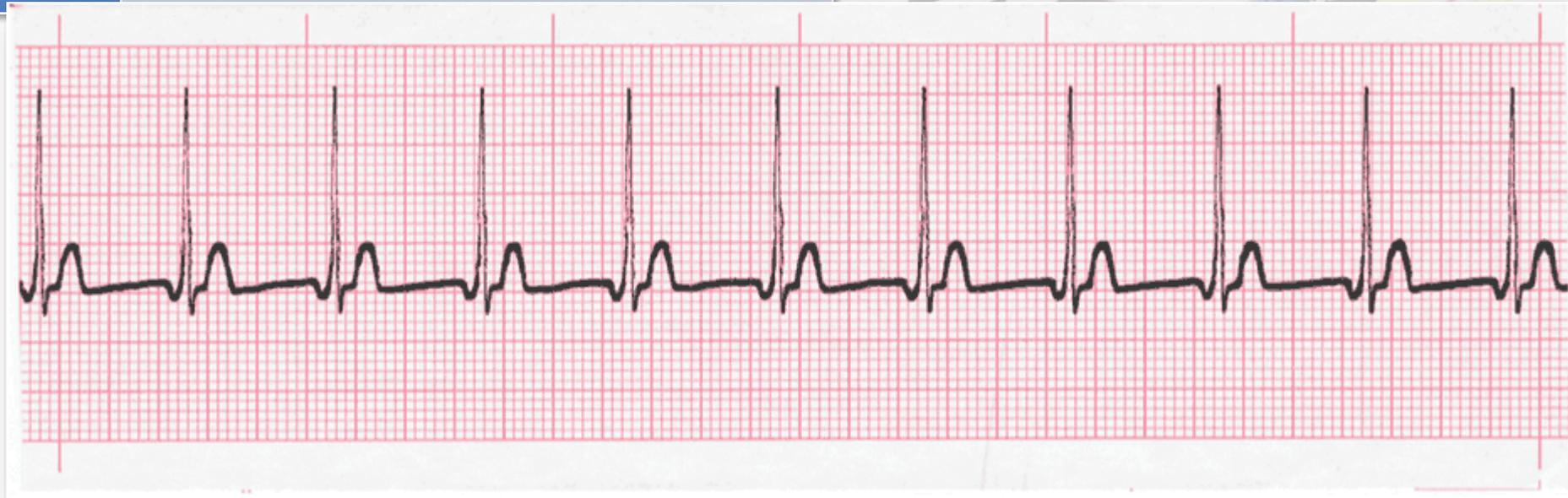
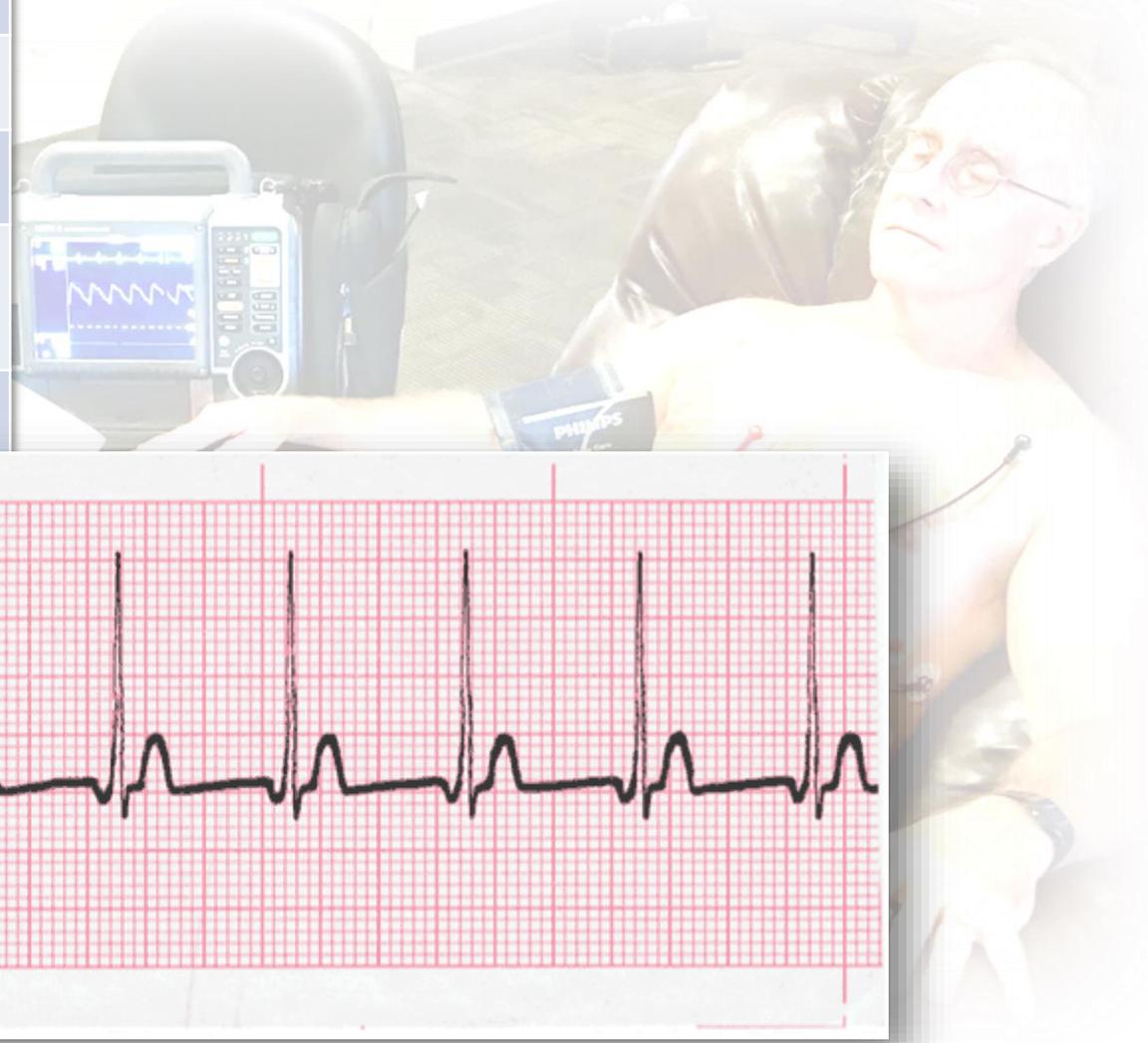
- Le patient est habituellement asymptomatique
- Habituellement bien toléré, mais surveiller pour d'autres dysrythmies

Traitement

- Nécessite rarement un traitement dans le cadre préhospitalier (mais doit être surveillé)



Fréquence	100 - 150 bpm
Rythme	Régulier
Onde P	Inversé, ou aucun, 1 par QRS
Intervalle PR	< 0,12 s (< 120 ms) si des ondes P sont présentes
Complex QRS	<0.12 s (<120 ms), étroit



Tachycardie jonctionnelle

Étiologie

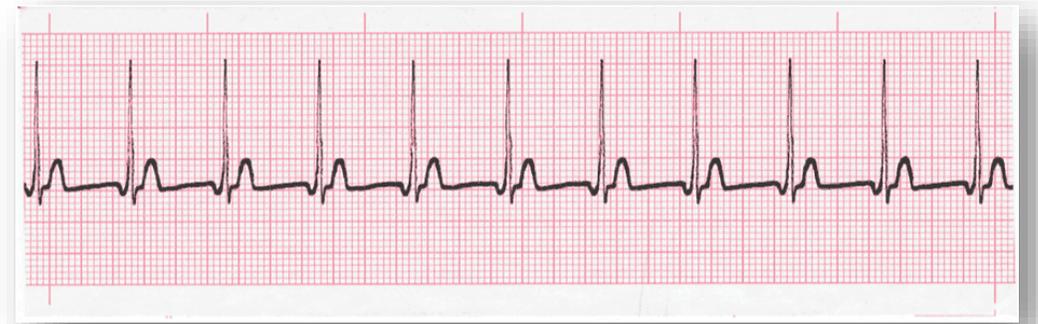
- La dépolarisation rapide des jonctions AV remplace le nœud SA (dépasse 100 bpm)
- Survient avec ou sans maladie cardiaque
- Peut être précipité par le stress, le surmenage, le tabagisme, ou l'ingestion de caféine

Signification clinique

- Peut être bien toléré pendant de brèves périodes
- Une diminution du DC peut survenir après des épisodes prolongés, qui peuvent aussi précipiter l'angine, l'hypotension, ou le CHF
- Si la fréquence dépasse 150 battements/min, le débit cardiaque pourrait être négativement affecté (TSV).

Traitement

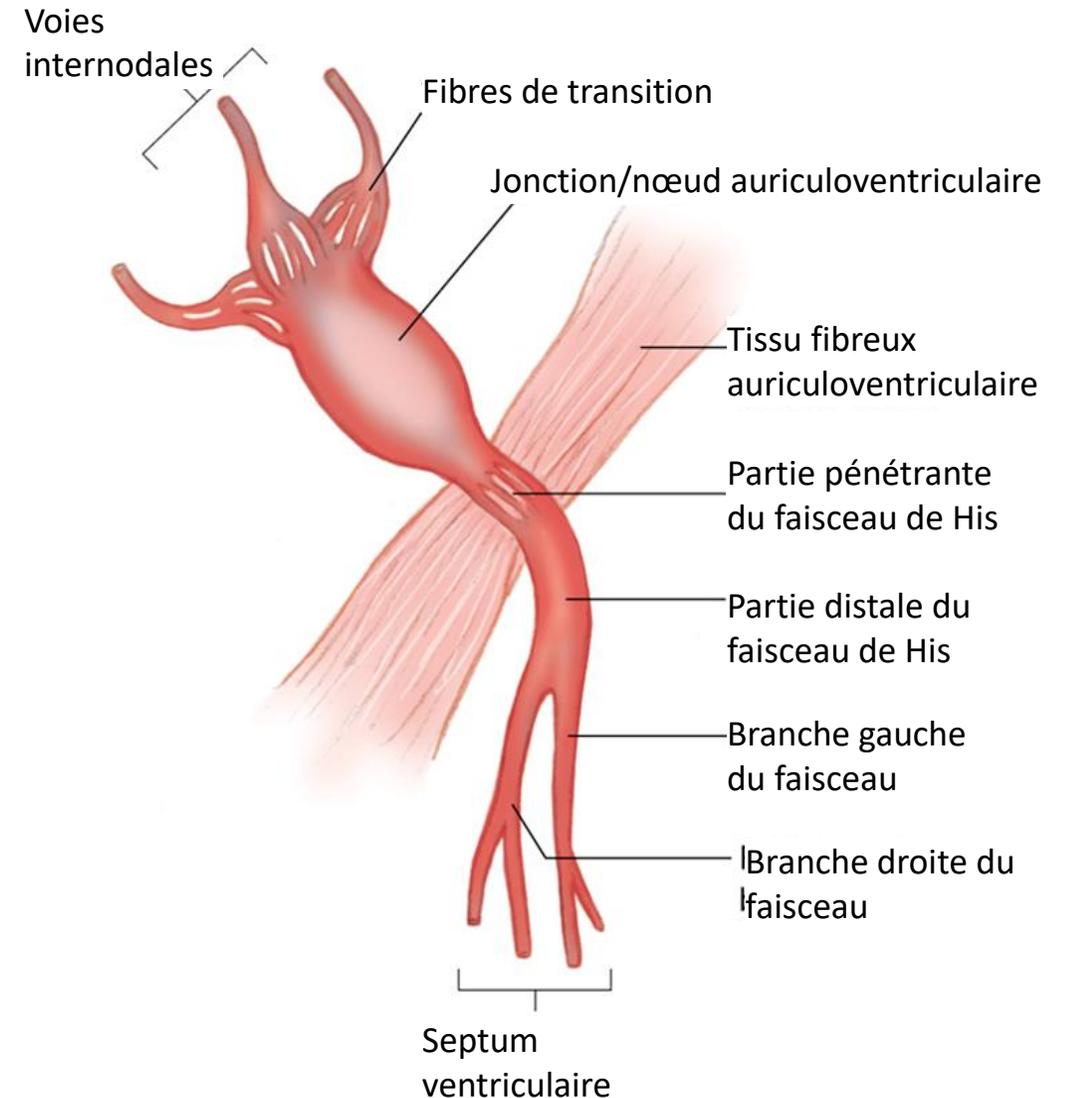
- Grave, mais nécessite rarement un traitement dans le cadre préhospitalier



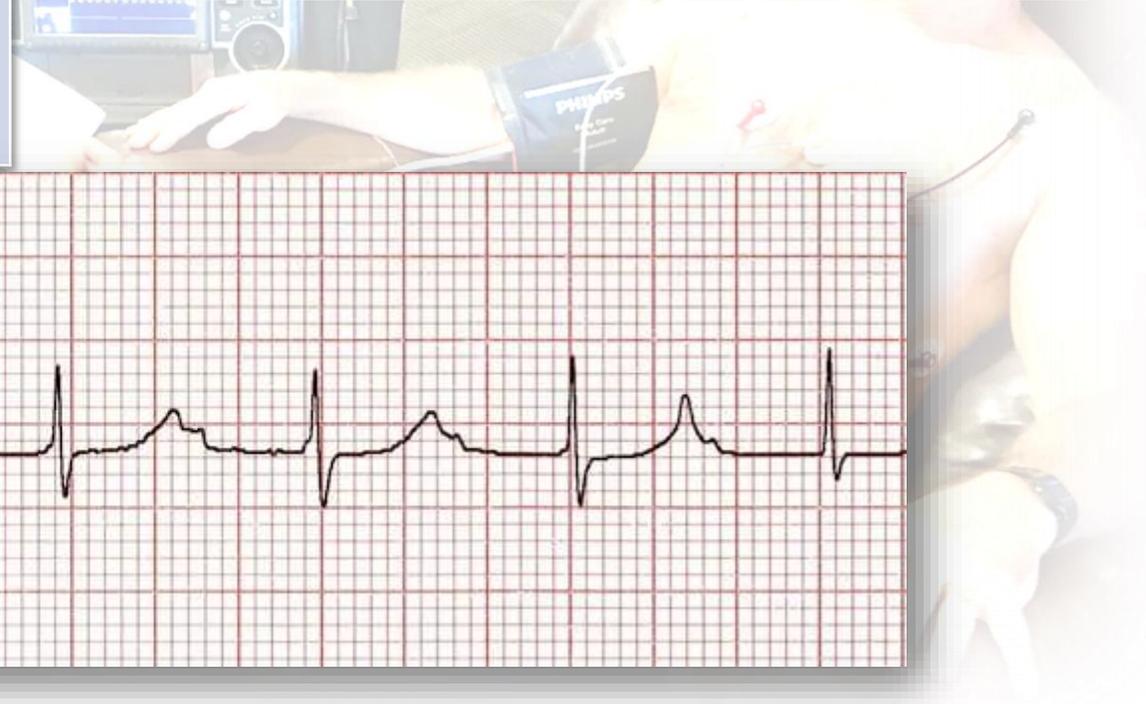
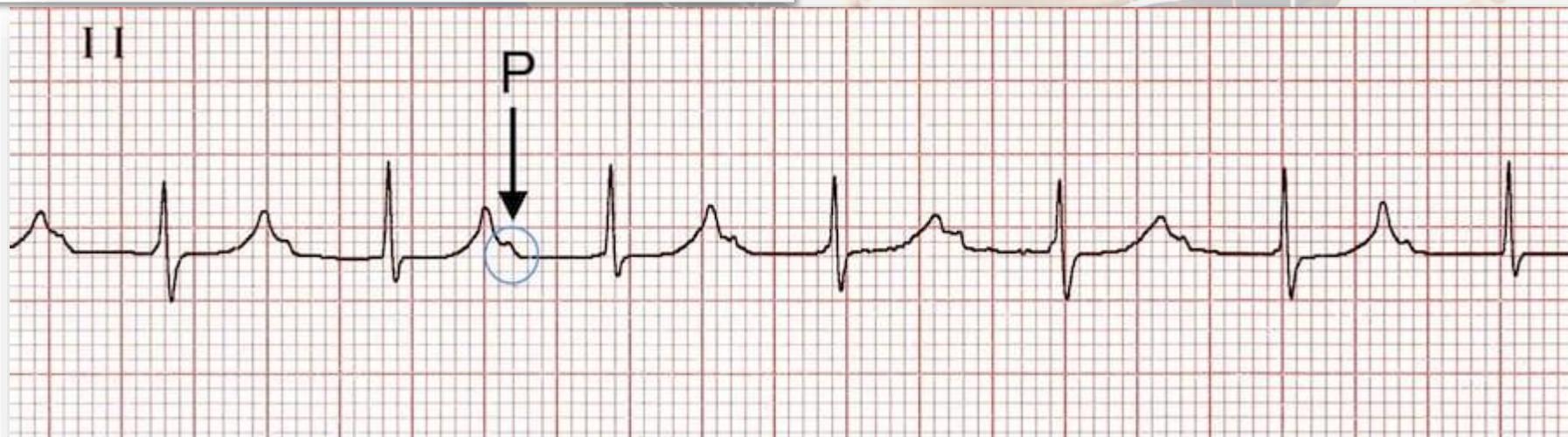
- Les retards sont une fonction normale du noeud AV.
- De temps en temps les impulsions sont retardées plus que d'habitude, ayant pour résultat des blocs AV.
- Classés en différents degrés en fonction de la gravité du bloc et de la quantité de dommages myocardiques

Blocs auriculoventriculaires

- Bloc auriculoventriculaire du premier degré
- Bloc auriculoventriculaire du deuxième degré de type I
- Bloc auriculoventriculaire du deuxième degré de type II
- Bloc auriculoventriculaire du troisième degré



Fréquence	Dépend du rythme sous-jacent
Rythme	Régulier
Onde P	Debout, 1 par QRS
Intervalle PR	> 0.20 s (> 200 ms)
Complex QRS	<0.12 s (<120 ms), étroit



Étiologie

- Chaque impulsion est retardée un peu plus longtemps que prévu.
- L'impulsion passe par la suite par le noeud d'AV.
- Moins grave des blocs AV
- Première indication de dommages au noeud AV

Signification clinique

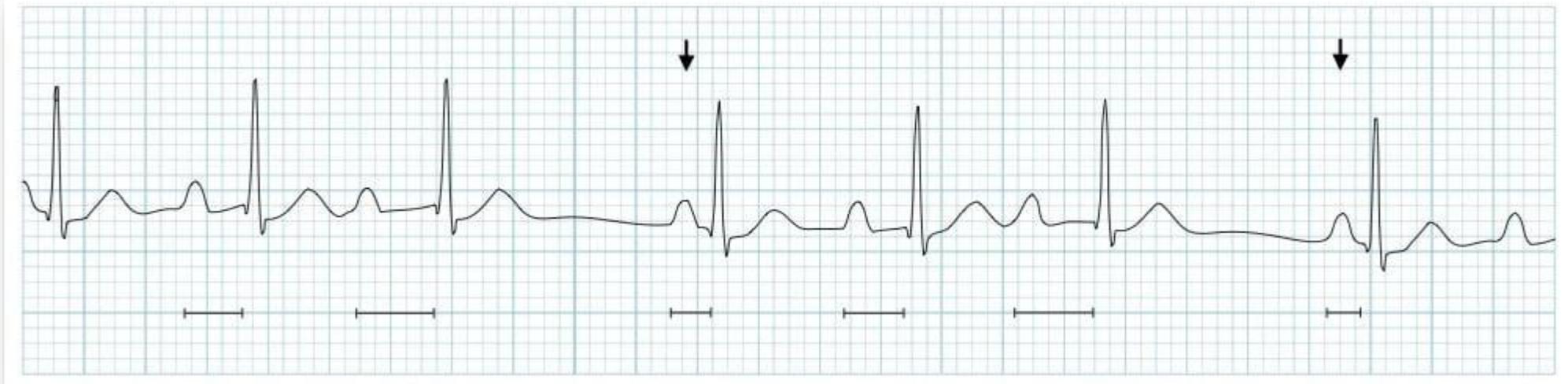
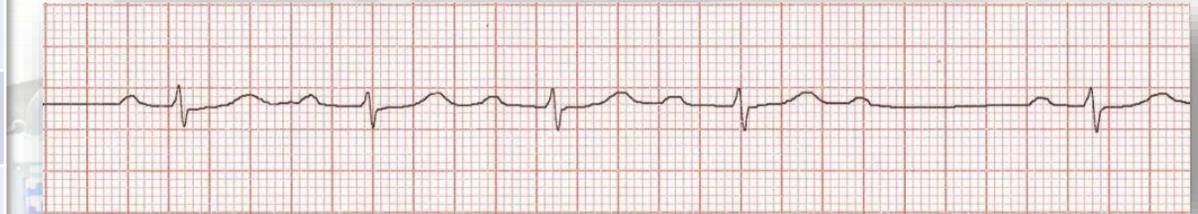
- Habituellement non significatif, mais une nouvelle apparition peut précéder un bloc plus avancé

Traitement

- En général, aucune n'est requise autre que l'observation
- Évitez les médicaments qui peuvent ralentir davantage la conduction AV



Fréquence	Dépend du rythme sous-jacent
Rythme	Irrégulier régulier
Onde P	Debout, certains non suivis par QRS
Intervalle PR	Augmenter jusqu'à ce que QRS ait chuté
Complex QRS	<0.12 s (<120 ms), étroit



Étiologie

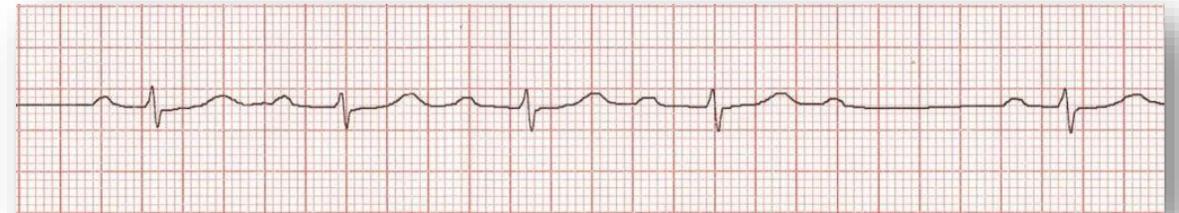
- Le délai augmente jusqu'à ce qu'une impulsion soit bloquée.
- Chacune est retardé un peu plus longtemps.
- Taux intrinsèque de 60 à 100 battements/min
- Révèle une ischémie à la jonction AV

Signification clinique

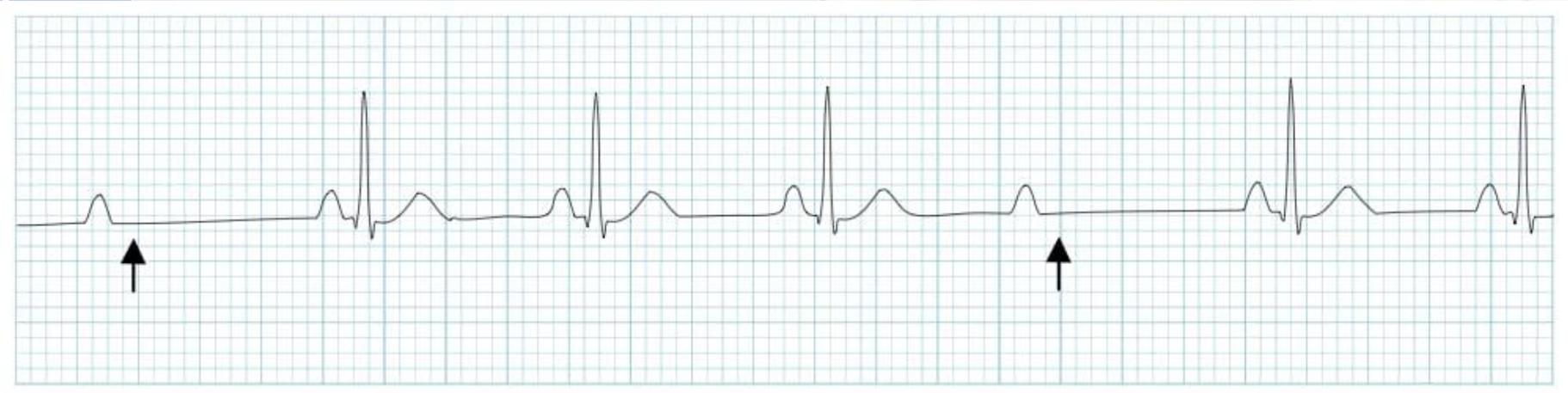
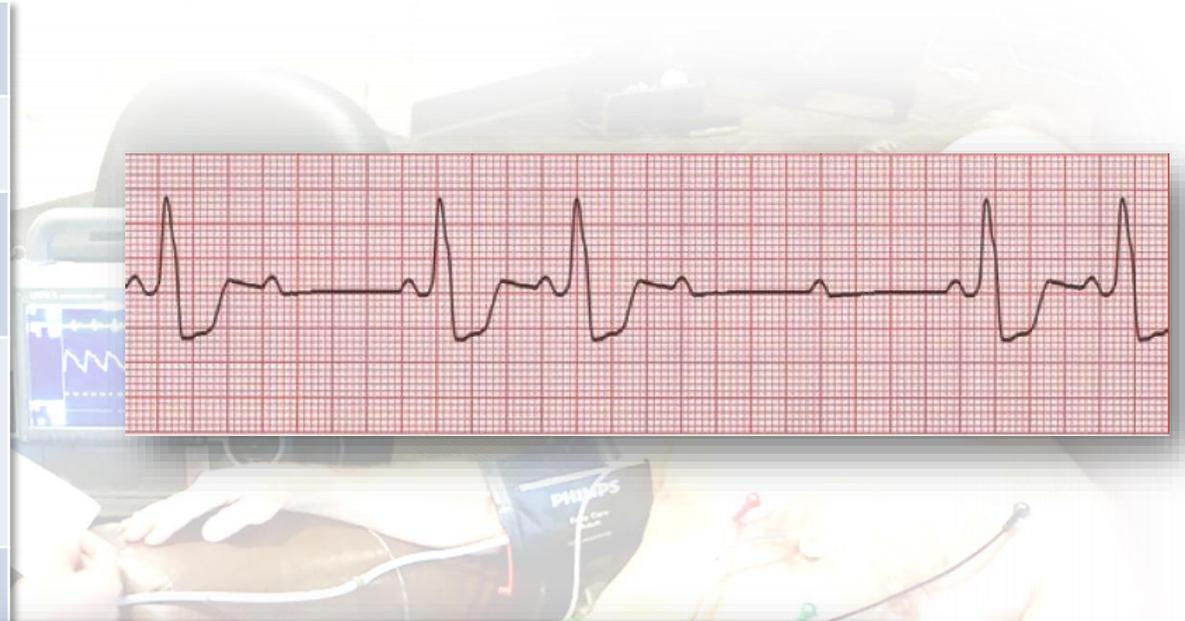
- Peut être indicatif de l'ischémie à la jonction av
- Les pauses ventriculaires fréquentent peuvent entrainer un trouble cardiaque

Traitement

- En général, aucune n'est requise autre que l'observation
- Évitez les médicaments qui peuvent ralentir davantage la conduction AV
- Traiter la bradycardie symptomatique



Fréquence	Dépend du rythme sous-jacent
Rythme	Régulièrement irrégulier
Onde P	Debout, certaines ondes p non suivies de QRS
Intervalle PR	Constante pour les battements menés, peut être $> 0,21$ s (> 210 ms)
Complex QRS	Normale ou $> 0,12$ s (> 120 ms)



Étiologie

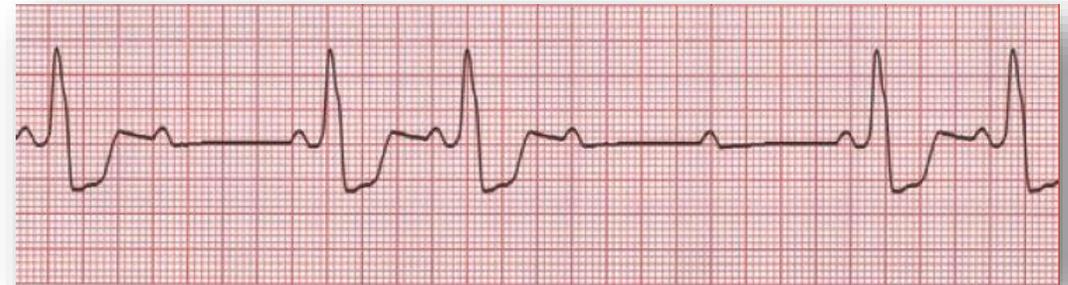
- Bloc intermittent d'impulsions
- Plusieurs impulsions ne sont pas autorisées à continuer.
- Le rythme peut être régulier ou irrégulier.

Signification clinique

- Habituellement associé à l'IM ou à la nécrose septalet
- Peut compromettre le débit cardiaque et est indicatif de l'IM
- Se développe souvent en bloc AV de 3ème degré

Traitement

- Évitez les médicaments qui peuvent ralentir davantage la conduction AV
- Traité dans le contexte préhospitalier seulement si associé à la bradycardie



- Les deux types apparaissent habituellement selon un ratio fixe
 - Nommé selon un ratio de nombre d'ondes P : nombre de complexes QRS
 - 4:3 deuxième degré représente un complexe QRS affaibli chaque quatrième battement auriculaire
 - Il est impossible de déterminer si un 2:1 deuxième degré est de type I ou de type II puisque vous ne pouvez pas déterminer si l'intervalle PR s'allonge

Fréquence

La fréquence auriculaire est normale ; ventriculaire, 40-60

Rythme

Les deux auriculaires et ventriculaires sont réguliers, mais pas les mêmes

Onde P

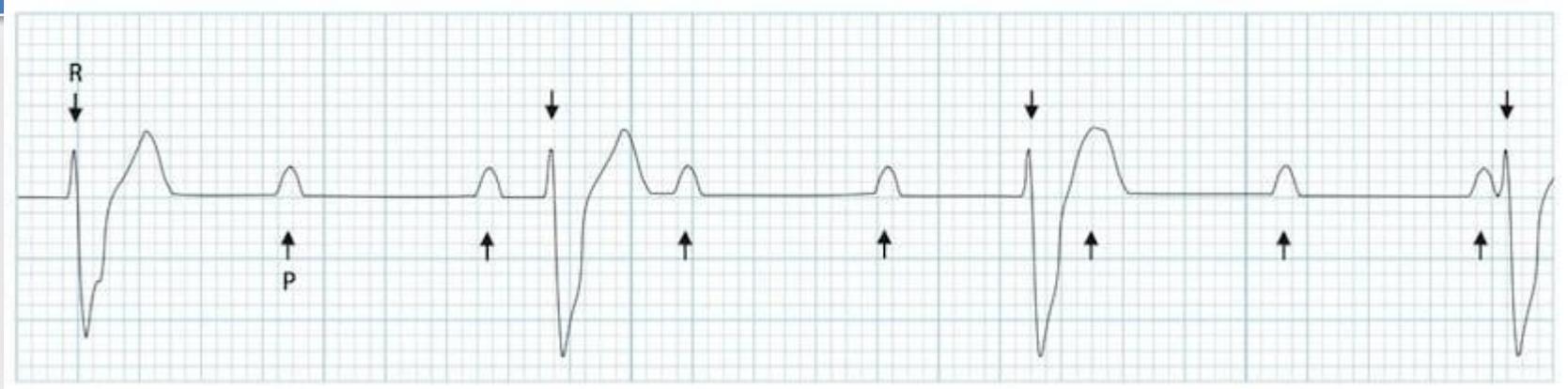
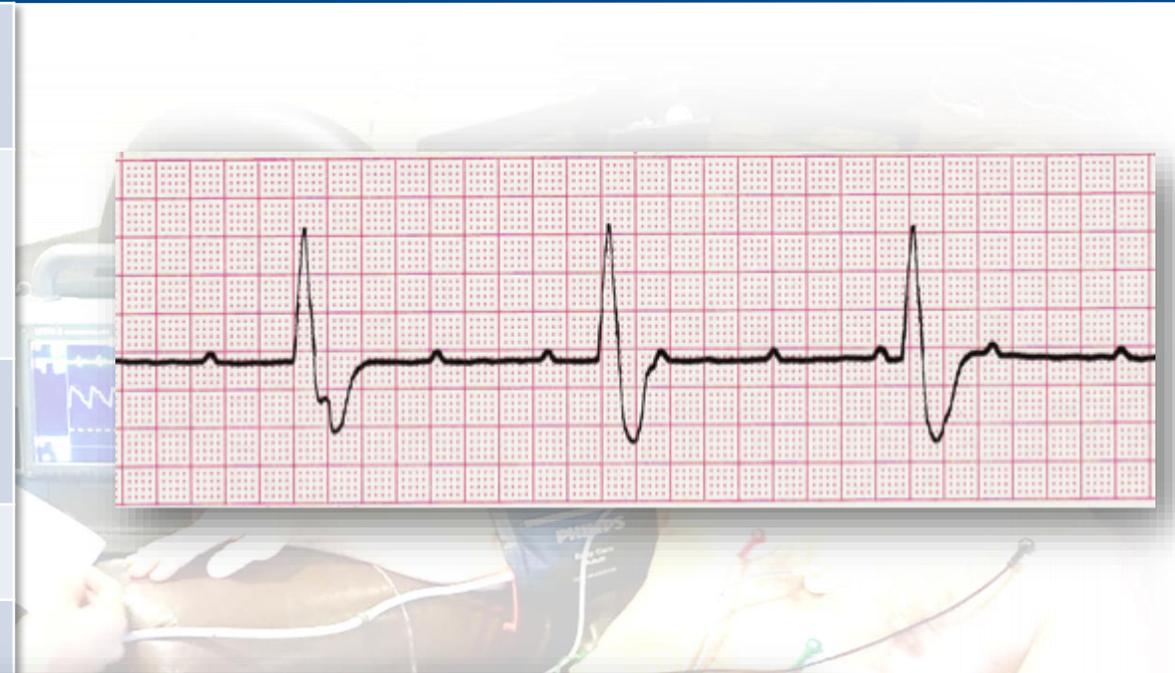
Normal en apparence sans corrélation avec QRS

Intervalle PR

Aucune relation avec QRS

Complex QRS

0.12 s (120 ms) ou plus



Étiologie

- Toutes les impulsions sont empêchées.
- Les ventricules développent leur propre stimulateur cardiaque.
- Fréquence de 40 à 60 battements/min si le stimulateur cardiaque provient de la jonction AV et 20 à 40 battements/min s'il provient des ventricules
- Il y a absence de conduction entre les oreillettes et ventricule

Signification clinique

- Débit cardiaque sévèrement compromis

Traitement

- Traiter la bradycardie symptomatique
- PSA:
 - Stimulation transcutanée pour les patients présentant des symptômes aigus
 - Évitez les médicaments qui peuvent ralentir davantage la conduction AV

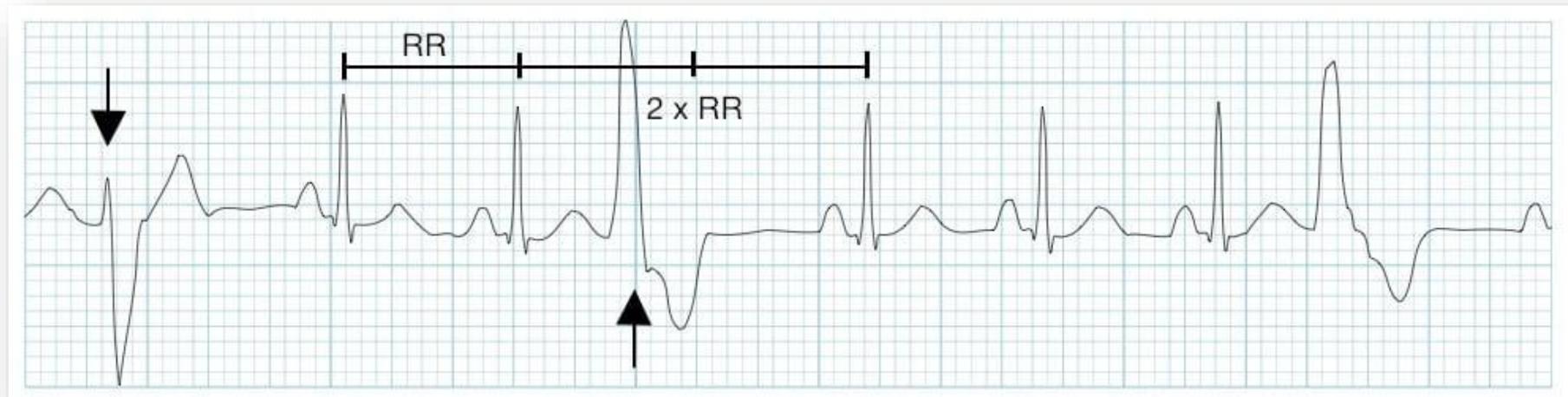
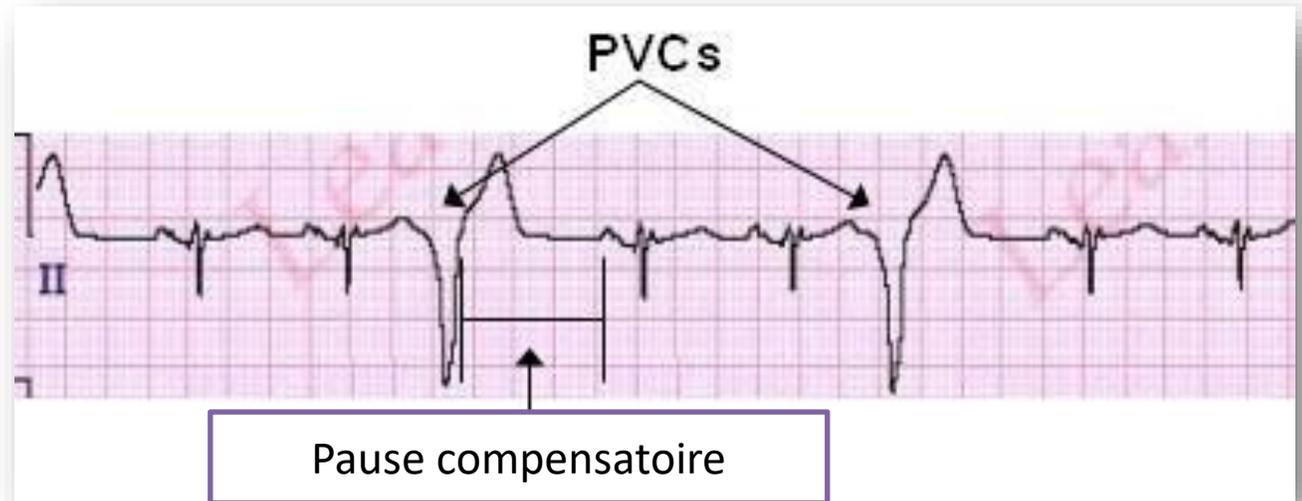


- Les ventricules peuvent commencer à générer leurs propres impulsions.
 - Ondes P manquantes et complexes QRS larges
 - Voyage de cellule à cellule
 - 20 to 40 battements/min

- Complexe ventriculaire premature
- Rythme idioventriculaire
- Rythme idioventriculaire accéléré
- Tachycardie ventriculaire

Complexe ventriculaire prématuré(PVC)

- Complexe précoce qui apparaît dans un autre rythme ; aussi appelés complexes ectopiques
- Se produit plus tôt que le prochain complexe attendu
- Peut être:
 - Unifocal
 - Multifocal



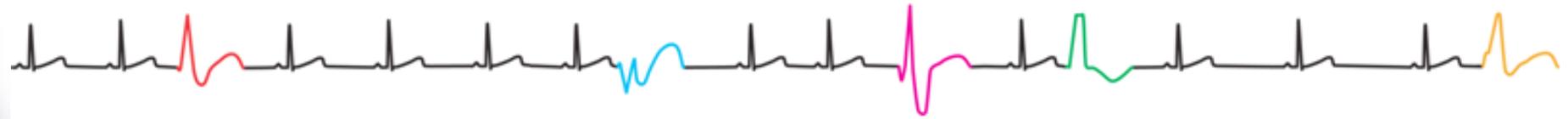
Complexe ventriculaire prématuré(PVC)

Unifocal



Complexe ventriculaire prématuré(PVC)

Multifocal



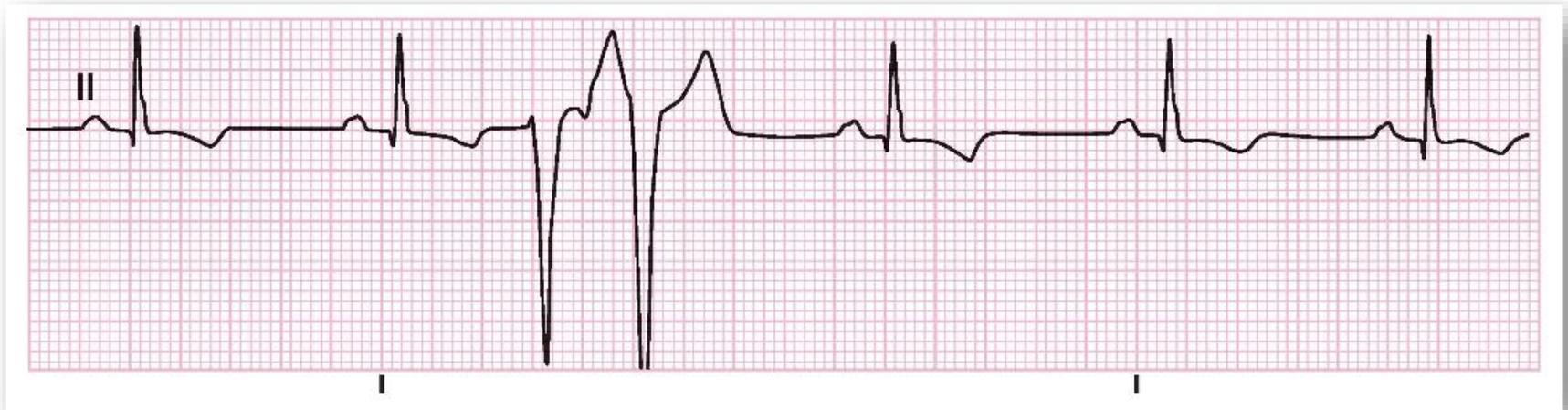
Complexe ventriculaire prématuré(PVC)

Couplet

Quand 2 PVCs se produisent dos à dos =
couplet

3 = triplet

4 = quadruplet

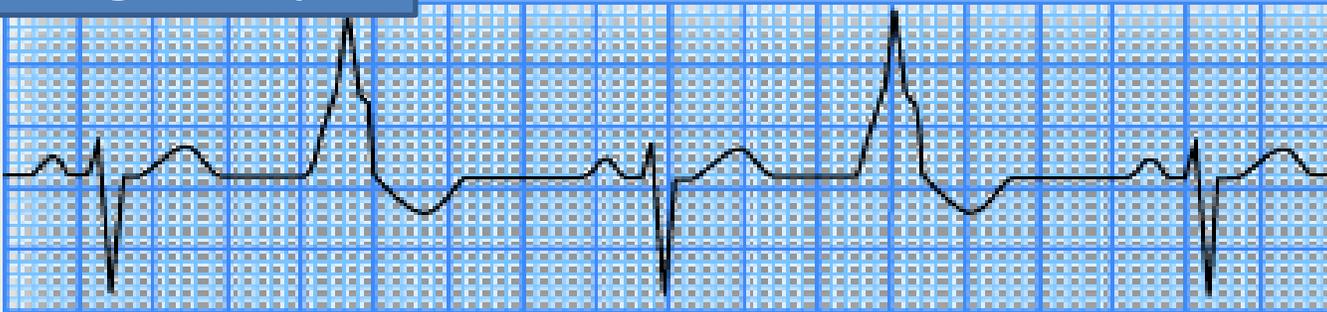


Quand 3 ou plus
PVCs se produisent
dos à dos à dos =
exécution de VTach



Complexe ventriculaire prématuré

Bigeminy



Quand un PVC se produit
chaque deuxième complexe =
bigeminy

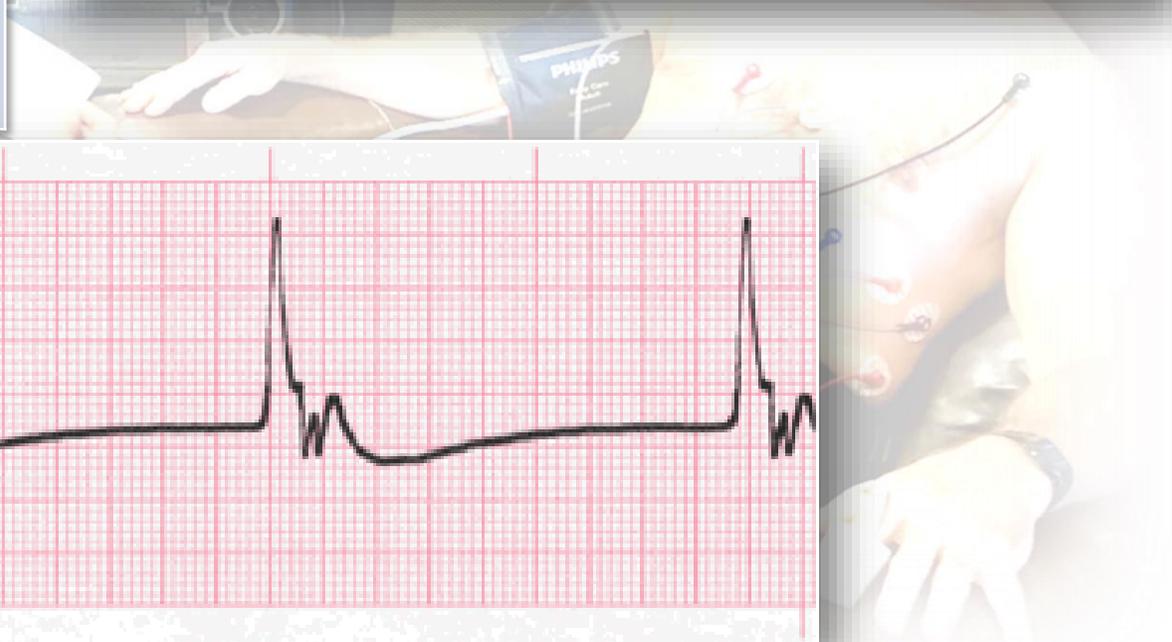
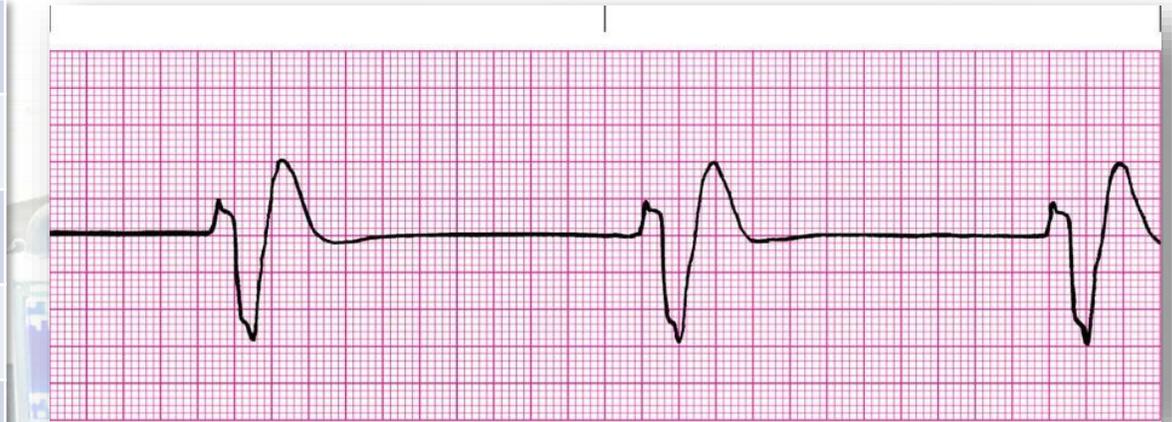
Quand un PVC se produit
chaque troisième complexe=
trigeminy

Trigeminy



Rythme idioventriculaire

Fréquence	20 – 40 bpm
Rythme	Habituellement régulier
Onde P	Aucune
Intervalle PR	Aucune
Complex QRS	> 0.12 s (> 120 ms), large



Rythme idioventriculaire

Étiologie

- Mécanisme de sécurité pour prévenir l'arrêt cardiaque
- Produit par les ventricules
- Peut ou non entraîner un pouls palpable
- Résultats d'une défaillance des sites de stimulateurs cardiaques auriculaires ou jonctionnel ou d'un bloc AV de haut degré

Signification clinique

- Diminution du débit cardiaque, probablement aux niveaux potentiellement mortels

Traitement

- Le traitement vise à améliorer le débit cardiaque.



Idioventriculaire accélérée

Fréquence	40 – 100 bpm
Rythme	Régulier
Onde P	Aucune
Intervalle PR	Aucune
Complex QRS	> 0.12 s (> 120 ms), large



Idioventriculaire accélérée

Étiologie

- Se produit fréquemment avec la reperfusion après STEMI aigu
- Rythme d'échappement ventriculaire avec un taux de 40-100 bpm

Signification clinique

- Peut causer une diminution du débit cardiaque si le taux ralentit

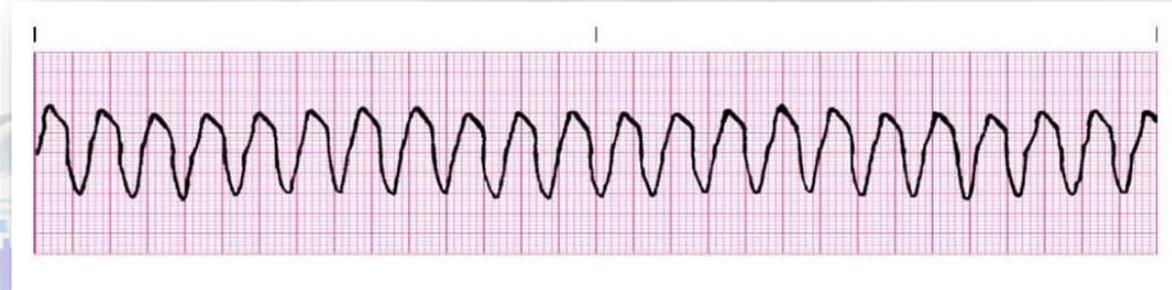
Traitement

- Ne nécessite généralement pas de traitement à moins que le patient ne devienne hémodynamiquement instable
- L'objectif principal est de traiter le problème sous-jacent
- Les médicaments antidysrhythmiques ne sont généralement pas indiqués

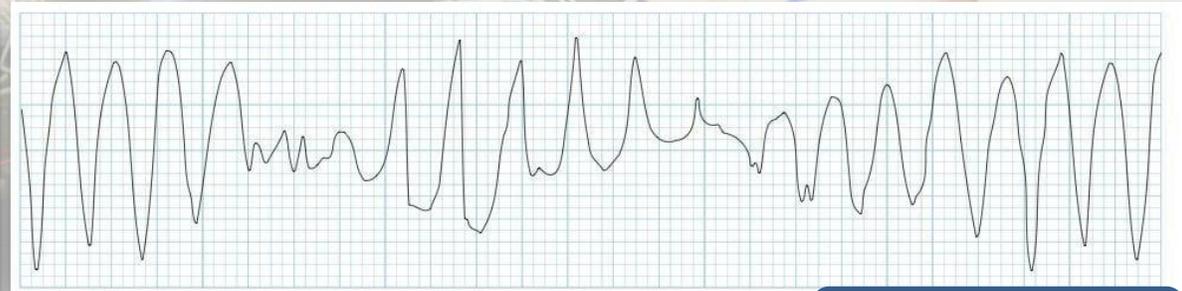
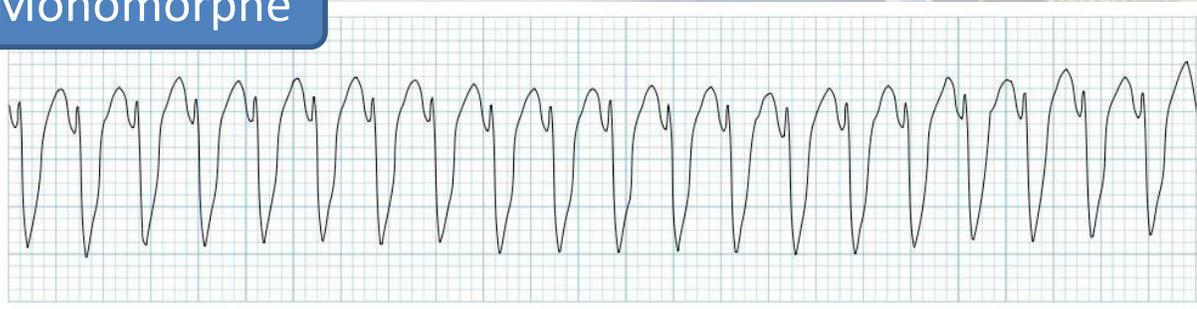


Tachycardie ventriculaire

Fréquence	> 100 bpm
Rythme	Régulier
Onde P	Aucune
Intervalle PR	Aucune
Complex QRS	> 0.12 s (> 120 ms), large



Monomorphe



Polymorphe

Tachycardie ventriculaire

Étiologie

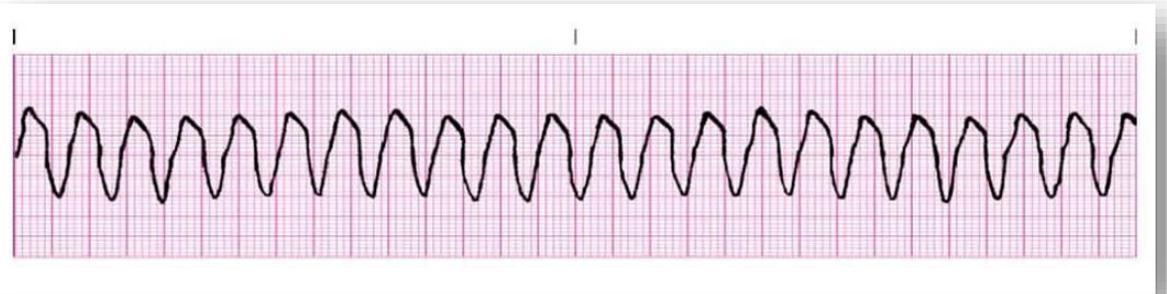
- Les causes incluent l'ischémie myocardique, le tonus sympathique accru, l'hypoxie, les causes idiopathiques, les perturbations acide-base, ou les déséquilibres d'électrolyte
- TV peut sembler monomorphe ou polymorphe

Signification clinique

- Diminution du débit cardiaque, probablement aux niveaux potentiellement mortels
- Peut se détériorer en fibrillation ventriculaire

Traitement

- Perfusant
- Non perfusant



Note

- Si le rythme cesse avant 30 secondes, il est appelé une course de Vtach
- Si le rythme persiste pendant > 30 secondes, il est appelé VTach soutenu