

QUE FAIRE SI UN ENFANT SE PRESENTE AUX URGENCES EN TACHYCARDIE NON SINUSALE ?

01/2021

EVALUER LA TOLERANCE

D'abord et avant tout, évaluation clinique et hémodynamique du patient.
Ce bilan initial sera éventuellement complété par une gazométrie et une biologie sanguine.
Il faudra également apprécier la fonction contractile à l'échographie après stabilisation du patient.

SI BONNE TOLERANCE : Poser le diagnostic via l'ECG

A) **QRS FINS** (inf. à 80 msec) : Il s'agit d'une **Tachycardie supraventriculaire**.

***S'il y a plus d'ondes P que de QRS**, la tachycardie est **atriale**

- Flutter (fréquence régulière et très rapide (400/min) mais BAV avec une fréquence ventriculaire à 220-230/min. Onde P' en dents de scie.
- Tachycardie atriale ectopique (rythme régulier, 200 à 250/min) mais BAV avec fréquence ventriculaire à 150-200/min. Ondes P' d'aspect non sinusal.
- Tachycardie atriale chaotique (rythme irrégulier, 180-500/min) mais BAV avec fréquence ventriculaire 100-250/min. Ondes P' de 3 types différents.

***Si P = QRS**

- Tachycardie par réentrée auriculo-ventriculaire (TRAV) dont la forme la plus fréquente est le syndrome de Wolff-Parkinson-White lorsqu'une pré-excitation ventriculaire (onde delta) est visible sur l'ECG en rythme sinusal.
- Tachycardie par réentrée au niveau du nœud auriculo-ventriculaire (TRNAV ou tachycardie de Bouveret).
- Tachycardie atriale avec réponse ventriculaire 1 :1
- Une tachycardie jonctionnelle avec conduction atriale rétrograde, la forme la plus fréquente chez un enfant sans antécédent particulier est la PJRT (tachycardie jonctionnelle réciproque permanente ou tachycardie de Coumel).

***S'il y a moins d'ondes P que de QRS, la tachycardie est hissienne**

Les manœuvres vagales peuvent être tentées dans tous les cas. Elles peuvent permettre d'arrêter la crise ou d'apporter un élément diagnostique. Chez le nourrisson, l'Ice-bag est le premier choix. Chez l'enfant plus grand, une manœuvre de Valsalva peut être tentée en première intention. L'administration d'adénosine doit être envisagée en cas d'échec des manœuvres vagales. L'adénosine entraînera soit un arrêt de la crise, soit une modification du rythme, soit rien.

Elle sera répétée, si nécessaire, à 2 voire à 3 reprises.

Pour rappel :

- **Toujours vider l'estomac**
- **Prévoir une ampoule d'Atropine (0.02mg/kg/dose) et un Penlon**
- **Toujours administrer l'adénosine (Adénocor) en BOLUS IVD** (il faut utiliser **un robinet à 3 voies** pour pouvoir injecter l'Adénocor en bolus, le plus près possible du coeur (pas dans la jambe), puis rincer immédiatement au sérum physiologique).

Le 1^{er} essai sera réalisé avec une dose de 0.2mg/kg/dose d'Adénocor en bolus IVD

Si échec, 2^{ème} essai avec 0.2mg/kg/dose

Si échec, 3^{ème} essai avec 0.4mg/kg/dose

Si absence de réponse au 3^{ème} essai :

Transfert dans un service de soins intensifs cardiopédiatriques et instauration de principe d'un traitement par **Propranolol PO** à raison de **0.5mg/kg/6h**. **Une autre administration d'adénosine peut être tentée 1h après l'administration du Propranolol.**

Les résultats des manœuvres seront interprétés de la façon suivante :

- **Si la crise s'arrête**, il s'agit d'une **TSV par réentrée (TRAV ou TRNAV)** en première intention.

Le traitement d'entretien doit être discuté selon l'âge du patient, la fréquence, la durée et la symptomatologie des crises.

Chez le nourrisson, le Propranolol (2mg/kg/j en 3 ou 4 doses) est le traitement de choix.

En cas d'échec du traitement de fond par Propranolol, un traitement par Flécaïnide peut être débuté, surtout dans le cas d'une suspicion de TRAV. L'amiodarone doit être réservé au cas réfractaire et doit être initié en milieu hospitalier. L'administration d'amiodarone se fait **PO (jamais IV car risque d'hypotension sévère)** avec une dose de départ de 500mg/m²/j pendant 8 jours puis 250mg/m²/j en entretien avec bilan thyroïdien et hépatique avant, après 1 mois et ensuite tous les 3 mois. Ceci ne sera initié qu'après une consultation spécialisée en cardiologie pédiatrique.

- **Si la crise persiste**, elle est modifiée et on découvre que :

* il y a plus de P que de QRS : **Tachycardie atriale**

Traitement : bêta-bloquants +/- digoxine en première intention, voire Flécaïnide.
Amiodarone à réserver aux cas réfractaires.

* il y a moins de P que de QRS : **Tachycardie hissienne**

Traitement : Amiodarone po

- Si la crise persiste et n'est pas modifiée :

- Tachycardie hissienne
- Dose insuffisante
- Administration inefficace

B) **QRS LARGES** (sup. à 80 msec) : A priori, il s'agit d'une **Tachycardie ventriculaire**.

Il faut cependant vérifier la relation P/QRS (si besoin avec manœuvres vagales)

- S'il y a moins d'ondes P que de QRS, c'est effectivement une TV (Monomorphe, RIVA ou polymorphe, QT long)

- Si P = QRS, il s'agit alors probablement d'une TSV avec un bloc fonctionnel ou d'une tachycardie par réentrée auriculo-ventriculaire antidromique.

Il est donc intéressant, dans ce cas également, de réaliser une manœuvre vagale avec Ice bag ou d'administrer de l'adénosine, si et seulement si le patient a une bonne tolérance hémodynamique.

Les formes mal tolérées seront réduites par un choc électrique externe (1 à 2 J/kg) en première intention. Une stabilisation par sulfate de magnésium en IV à la posologie de 3-10 mg/kg (attention !!! drogue hypotensive) puis 0,5-1 mg/kg/heure (entretien) peut avoir lieu ensuite, sous surveillance intensive. L'administration de lidocaïne peut également être efficace mais nécessite un contact préalable avec un intensiviste.

Traitement d'entretien : Bêta-bloquants ou amiodarone po.

SI MAUVAISE TOLERANCE: RCP avec si nécessaire, **choc électrique externe (1 à 2 J/kg)**, éventuellement intubation et transfert aux **soins intensifs pédiatriques d'office**.

Numéro d'appel SIP CUSL : 02/ 764 27 23 si besoin de conseils / transfert