




CHU | UVC
BRUGMANN

Aide à l'interprétation des ECG à l'attention des étudiants de 3^{ème} et 4^{ème} SIAMU.

Pietin Sophie
Volpe Sabrina

Plan



- Motivations personnelles
 - Partie pratique
 - Elaboration du livret
 - Elaboration du tableau de synthèse
 - Exercices
 - Conclusion
- 

Motivations personnelles

→ Création d'un outil pragmatique

- Terrain inexploré, challenge
- Envie de diffuser
- Projet utile
- Aide aux étudiants

Motivations du sujet

- Fréquence des arythmies dans la population
- ECG= Acte courant de la pratique infirmière, outil diagnostique important
- Difficulté de l'interprétation
- Demande de la pratique
- Rôle infirmier
- Formation → difficulté d'intégrer les notions
→ souhait d'un guide

Partie pratique

- Objectifs
- Public cible
- Messages
- Choix du média
- Conception du message et réalisation de l'outil

Conception du message et réalisation du livret

- Publisher
- Livret: attractif, clair, concis
- Contenu et limites du sujet
- Méthodologie: - table des matières
- 1 page par rythme
- logique de lecture
- Tableau récapitulatif

En résumé

- Est-il interprétable?
- Rapide ou lent?
- Régulier ou irrégulier?
- Ondes P ? Suivi d'un QRS?
- Intervalles PR?
- Segment ST?

Interprétation des ECG

À l'attention des 3^{ème} et 4^{ème} années SIAMU



Pietin Sophie Volpe Sabrina

INTRODUCTION

Au sein de la population belge, les maladies et dysfonctionnement cardiaques sont une des causes les plus fréquentes de morbidité et mortalité, c'est pourquoi, en tant qu'infirmier (SIAMU ou non), nous sommes régulièrement amenés à réaliser un ECG.

Il est un outil d'aide au diagnostic, de pronostic ou de surveillance. Il permet le reflet direct de la fonction électrique du patient.

L'analyse d'un tracé électrocardiographique demande une certaine observation, des connaissances théoriques, une méthodologie de réflexion et une capacité à faire des liens.

Par le biais de ce projet, nous voulons proposer une certaine méthodologie de lecture d'un ECG et aider tout praticien ou futur infirmier de détecter précocement une arythmie et d'agir en conséquence.

Avertissement

Cette brochure ne se veut pas exhaustive ou à visée diagnostique, la proposition d'interprétation et les liens avancés concernent des tracés « types ». Tout électrocardiogramme doit être vu par le médecin et tout dommage direct et indirect lié à la lecture de cette brochure n'impliquera pas les auteurs.

Toutes les illustrations reprises sont soumises au copyright.
Veuillez vous référer aux sources reprises dans le travail théorique.

Table des matières

1ère partie:

Rappels: ECG en pratique	p 4-5
ECG 12 dérivations: électrodes et dérivations	p 6-8
Cycle cardiaque normal	p 9-10
Que faut-il observer sur un ECG?	p 11-13

2ème partie: Les Arythmies

Arythmies d'excitation	p 14-22
◊ Fibrillation auriculaire	
◊ Flutter auriculaire	
◊ Tachycardie supraventriculaire paroxystique	
◊ Tachycardie ventriculaire (monomorphe)	
◊ Torsade de pointe	
◊ Fibrillation ventriculaire	
◊ Asystolie	
◊ Activité électrique sans pouls	
◊ Extrasystole ventriculaire	
Arythmies de conduction	p 23-28
◊ Bloc de branche	
◊ Bloc Auriculo-ventriculaire	

Les Ischémies	p 29
---------------	------

Tableau de synthèse	p 30-31
---------------------	---------

RAPPELS

Quand réaliser un électrocardiogramme ?

-Présence de symptômes : syncope, malaise, chute inexpliquée, palpitations, douleur thoracique, dyspnée d'effort...

-Certaines situations : hypothermie,...

-Selon le motif et l'âge à l'admission aux urgences

-Patient diabétique

-Patients à haut risque cardiovasculaire : HTA, tabac, cholestérol...

-Monitoring continu d'un patient aux soins intensifs,

-Suspicion de troubles de la conduction, arythmie,...

-Lors d'un bilan préopératoire

-Trouble électrolytique suspecté : Calcium, potassium...

* -

Que faut-il régler sur l'appareil ?

-La vitesse de déroulement du papier. En temps normal, la vitesse de déroulement du papier est de l'ordre de 25 mm/sec.

-Amplitude de l'enregistrement. Habituellement, l'amplitude est de 10 mm pour 1 mV.

-Choisir le mode Auto (= ECG 12 dérivation standard) ou Manuel (choix de l'une ou l'autre dérivation).

-Filtres pour potentiels musculaires squelettiques



Comment le réaliser :

- Expliquer l'examen le but de celui-ci au patient : Précisez qu'il s'agit d'un examen indolore, qui demande de ne pas bouger et de ne pas parler lors de l'enregistrement du tracé.

- Coucher le patient si possible

- Veiller à ce que le patient n'ait pas trop froid.

- Patient calme et détendu

- Raser les zones velues, si nécessaire

- Appliquer une solution conductrice entre la peau du patient et les électrodes. (prévenir le patient que l'application du produit est froide)

- Enlever les bracelets, montre et chaînes qui sont susceptibles de toucher les électrodes.

- Régler l'aspiration des électrodes

- Placer correctement les électrodes sur le thorax et membres du patient.

-Vérifier la qualité de l'ECG (dérivations complètes et interprétables).

- Toujours identifier le tracé (étiquette du patient ou en manuscrit)

- Date et heure de réalisation (surveillance évolution)

ECG standard 12 dérivations

Les 6 dérivations périphériques

Elles consistent à obtenir une analyse électrique du cœur sur un **plan frontal** :

On les obtient en plaçant quatre électrodes de couleur aux membres du patient. (Poignets – chevilles/ Epaules – crêtes iliaques).

Noir : membre inférieur droit
(=Prise de terre afin d'ôter les parasites.)
Rouge : Membre supérieur droit
Jaune : Membre supérieur gauche
Verte : membre inférieur gauche



- Penser à « Energie verte » (=NRJ) verte : noir, rouge, jaune et vert). De même, il existe aussi « le soleil (j) au-dessus de la prairie (V et le cardinal (R) au-dessus du curé (N).

Grace à ces électrodes, nous obtenons six dérivations :

- 3 dérivations bipolaires : DI-DII- DIII
- 3 dérivations unipolaires : AVR- AVL- AVF

- Lors de l'enregistrement du tracé, vérifier que l'onde P soit positive en DII et aVR toujours négative.

Les 6 dérivations précordiales

V1 : 4^{ème} espace intercostal, parasternal droit.

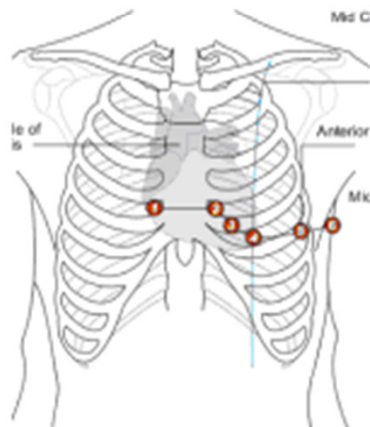
V2 : 4^{ème} espace intercostal, parasternal gauche.

V3 : A mi-distance entre V2 et V4.

V4 : 5^{ème} espace intercostal gauche, ligne médioclaviculaire.

V5 : 5^{ème} espace intercostal gauche, ligne axillaire antérieure.

V6 : 5^{ème} espace intercostal gauche, ligne axillaire moyen.



Ces dérivations apportent l'analyse de l'activité électrique cardiaque sur un **plan horizontal** .

ECG standard 12 dériviations

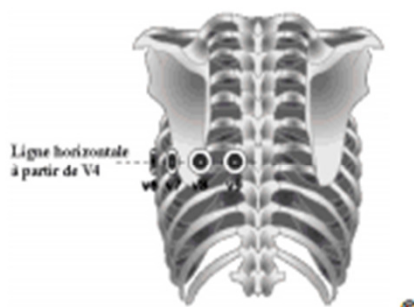
Autres dériviations

Il est possible de réaliser d'autres dériviations selon les besoins diagnostiques. En effet, si un infarctus inférieur droit ou postérieur est suspecté, on réalise en plus des dériviations « standard », des dériviations « complémentaires » droites et postérieures.

Dérivations droites



Dérivations postérieures



Les dériviations **droites** sont en **miroir** des dériviations V3 et V4.

V3r : à mi-distance entre V1 et V4r

V4r : 5^{ème} espace intercostal, ligne médio-claviculaire.

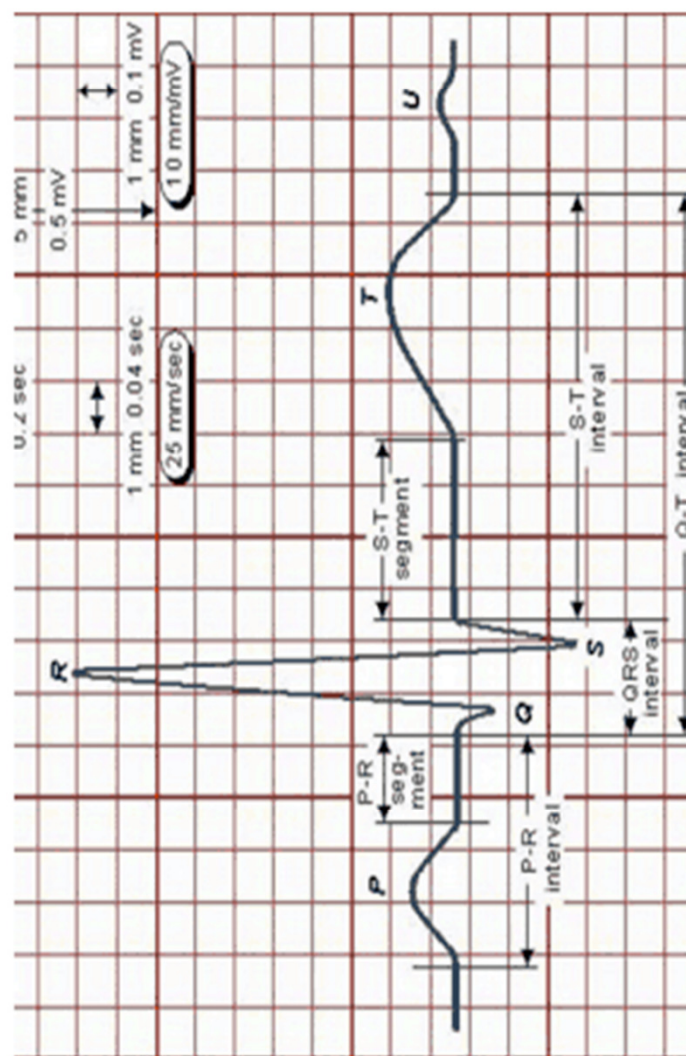
Les dériviations **postérieures** sont quant à elles, sur le prolongement de la **même horizontale que V4**.

V7 : même niveau que V4, sur la ligne axillaire postérieure.

V8 : même niveau que V4, sur la pointe de l'omoplate.

V9 : même niveau que V4, à mi-distance entre V8 et le rachis.

CYCLE CARDIAQUE NORMAL: Rythme sinusal régulier



Vitesse : 25 mm/s. (1mm= 0.04s) 1 grand carré (trait foncé)= 0,2 s .

CYCLE CARDIAQUE NORMAL: Rythme sinusal régulier

Vitesse : 25 mm/s. (1mm= 0.04s) 1 grand carré (trait foncé)= 0,2 s .

Amplitude : 10 mm/mV

Onde P: dépolarisation des oreillettes à partir du nœud sinusal.
Elle dure maximum **0,1 seconde** et précède le complexe QRS.

Complexe QRS : dépolarisation des deux ventricules.
Elle se compose d'une onde Q négative, onde R positive et une onde S négative. Sa durée ne doit pas excéder 0,12 sec.

Onde T: repolarisation des ventricules.

(Parfois **onde U**:repolarisation tardive des muscles du myocarde ventriculaire ou des fibres de Purkinje)

Intervalles :

L'espace PR :délai entre la dépolarisation des oreillettes et celui des ventricules. C'est une ligne **isoélectrique** dont la durée doit se situer **entre 0,1 et 0,2 sec.**

Segment ST :segment horizontal qui traduit la fin de la systole et repolarisation ventriculaire.

Que faut-il observer sur un l'électrocardiogramme ?- Le Rythme

Régulier :regarder si l'espace R-R entre chaque cycle est constant.

Origine du rythme: le rythme de base est dit « **sinusal** », si une onde P normale se situe avant chaque complexe QRS.

- La Fréquence

Cela consiste à diviser 300 par le nombre de carrés de 5 mm (trait plus marqué) qui séparent deux cycles.

Autrement dit, comptons 300, 150, 100, 75, 60,...

-Les Ondes

Devant chaque tracé, il faut regarder la présence et l'aspect de toutes les ondes

Onde P:

- la présence d'une onde P avant chaque QRS.
- L'aspect de l'onde P : petite déflexion positive
- La largeur de l'onde : < 0,1 s

Complexe QRS:

- onde R positive, précédée d'une onde Q négative et suivie d'une onde S négative. S'il y a des ondes supplémentaires elles seront nommées R', S'.
- Largeur du complexe : < 0,12 s.
- Changement de polarité en V3-V4.

Onde Q :

- Largeur : 0,04 s.
- Profondeur : Elle ne doit pas excéder un tiers de la hauteur de l'onde R.

Onde T :

- Amplitude
 - L'aspect de l'onde : positive, arrondie, asymétrique.
- d'une onde U: s'oriente comme l'onde T, plus visible en V3, V4)

Conduction

- l'intervalle PR : Il se calcule du début de l'onde P, au début du complexe QRS.

- intervalle normal entre 0,1 et 0,2 sec.
- ligne horizontale isoélectrique

- la largeur du QRS : < 0,12 s

Segment ST

Il s'agit d'un segment horizontal, à même hauteur que l'intervalle PR qui le précède (mais écart < 1 mm toléré) qui se mesure de la fin de du complexe QRS au début de l'onde T.

Il faut donc être attentif à :

- Sus décalage : > 1 mm
Sur une ou plusieurs dérivations
- Sous décalage : > 1 mm

EN RESUME: Les questions à se poser face à un ECG :

- ◆ Est-il interprétable ?
- ◆ Rapide ou lent?
- ◆ Régulier ou irrégulier?
- ◆ Y-a-t-il une Onde P ? Est-elle suivie d'un QRS ?
- ◆ Onde T ?
- ◆ Complexe QRS ?
- ◆ Intervalle PR?
- ◆ Segment ST ?

Face à un ECG d'allure anormal ou face au moindre doute, vérifier le bon positionnement des électrodes et refaire un ECG si nécessaire et le montrer rapidement au médecin.

ARYTHMIES

Il faut différencier les arythmies de conduction et celles d'excitation.

Excitation: Tachycardie, rythme supérieur à 100 par minute.

Conduction: Bradycardie, rythme inférieure à 60 par minute.

ARYTHMIES D'EXCITATION**Fibrillation auriculaire**

Dépolarisation anarchique des cellules au niveau des oreillettes qui n'engendrent pas de contractions.

- Rythme irrégulier
- Trémulations de la ligne de base (absence d'onde P)
- QRS fins et irréguliers
- Visible surtout en VI, DII et DIII

Flutter auriculaire

- Rythme régulier organisé
- Fréquence oreillette: +/- 300/min
- Fréquence ventriculaire: 300,150,100,75...

150/min (2 contractions auriculaire pour une ventriculaire soit 2/1)
100/min (3 contractions auriculaire pour une ventriculaire soit 3/1)...

- Disparition des ondes P avec une ligne basale en dents de scie.
- visible surtout en AVF, DII et DIII.

Tachycardie jonctionnelle paroxystique (ex Maladie Bouveret)

- Rythme régulier
- Fréquence rapide
- Absence d'onde P ou Onde P rétrogrades car simultanées aux QRS
- QRS Fins

Tachycardie ventriculaire

Arythmie très grave!

Les oreillettes et les ventricules battent chacun à leur propre fréquence.

-> diminution débit cardiaque -> arrêt cardiaque.

a) Monomorphe

- Rythme régulier
- QRS larges, rapides
- Possible phénomènes de capture avec apparition d'un complexe QRS normal.

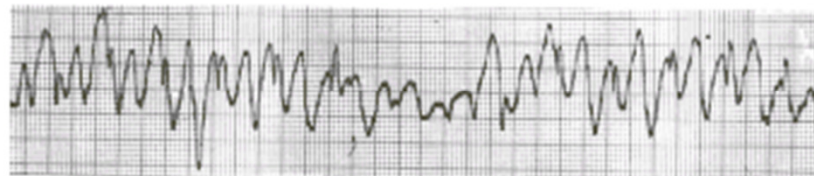
ATTENTION: Il faut différencier la TV avec et sans pouls!

La TV SANS POULS demande la même prise en charge que la fibrillation ventriculaire, soit une défibrillation immédiate!

b) Polymorphe/ Torsade de pointe

Différents foyers à distance l'un de l'autre entre en compétition .

- Rythme régulier
- Fréquence entre 250– 350/ min.
- QRS larges.
- Amplitude variable
- Tourne autour d'un axe, forme sinusoïdale

Fibrillation ventriculaire

URGENCE!!!

Dépolarisation anarchique des cellules ventriculaires sans contraction des ventricules (absence de pouls).

- Rythme est anarchique
- Fréquence variable
- Amplitude variable

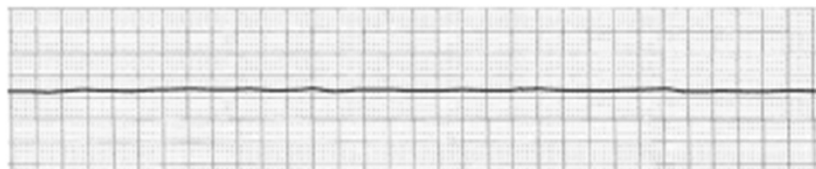
Évolution:

> grandes mailles > petites mailles > Dissociation electro mécanique
>Asystolie

Traitement:

Réanimation cardio pulmonaire avec défibrillation

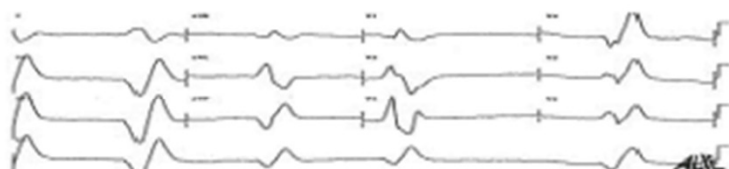
ATTENTION! Lorsque le monito laisse apparaitre une Fibrillation Ventriculaire , TOUJOURS regarder le patient et voir si ce ne sont pas des artéfacts,

Asystolie

- absence d'activité cardiaque .
- ECG plat avec une absence de pouls.

Traitement:

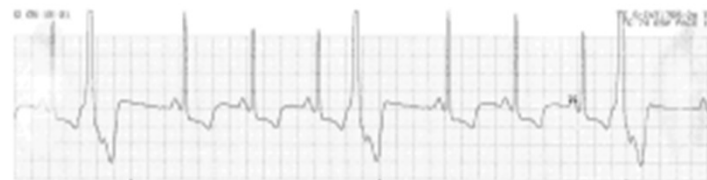
- ◊ RCP immédiate.

Activité électrique sans pouls

Rythme lent avec quelques QRS visibles sur le tracé d'ECG alors que le patient est en arrêt circulatoire.

Traitement:

RCP immédiate

Extrasystole ventriculaire (ESV)

Battement prématuré et isolé dû à une impulsion électrique prenant naissance dans un foyer ventriculaire ectopique.

- Absence d'onde P
- QRS élargi
- onde T anormale (négative).
- En général suivi d'une pause

Phénomène de périodicité :

Bigéminisme : 1 ESV alternée avec un complexe sinusal.

Trigéminisme : 1 ESV alternée avec deux complexes sinusaux.

Quadrigéminisme : 1 ESV alternée avec trois complexes sinusaux

! Comptez les ESV :

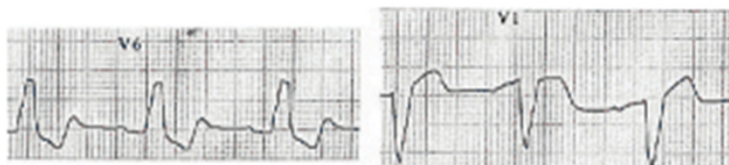
- Si 3 ESV successive = Tachycardie ventriculaire
- Si il y a plus de 6 ESV/ minute = Risque de Tachycardie ventriculaire.

ARYTHMIES DE CONDUCTIONBloc de branche

Il y a ralentissement ou interruption de la conduction sur les fibres de la branche droite ou gauche de Purkinje. La contraction des ventricules ne se fait pas en même temps, la conduction se fait par proximité ce qui implique un QRS élargi.

DROIT

- Rythme supra ventriculaire
- QRS large, positive en V1 V2 (avec un aspect RSR' en « oreille de lapin ») et négative en V6
- L'onde T est contraire à l'onde terminale du QRS.

Bloc de branche**GAUCHE**

- C'est également un rythme supra ventriculaire
- QRS large avec un sommet en creux positive en V5, V6, AVL et DI et négative en VI.
- RR', en forme empattée semblable à un M.(= crochetage)
- ! un Bloc de branche gauche est toujours à considérer comme sérieux !

Bloc auriculo ventriculaire

Interruption ou ralentissement de la conduction entre le nœud sinusal et le faisceau de HISS.

Il existe 3 degrés de BAV.

1er degré: Ralentissement de la conduction auriculo-ventriculaire



- Rythme régulier
- Fréquence lente
- L'espace PR est identique et constant mais allongé : > 0,2sec.

2eme degré: Interruption intermittente de la conduction auriculo-ventriculaire

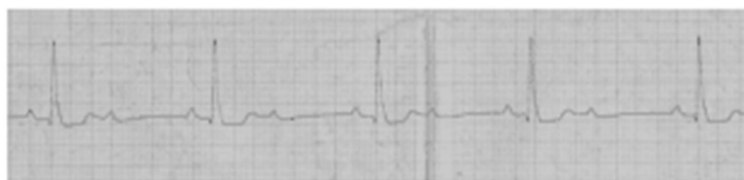
MOBITZ I



- Fréquence lente
- Allongement de l'espace PR jusqu'à ce qu'une onde P ne soit plus suivie par un complexe QRS,

Au cycle suivant, le rythme reprend selon ce même schéma.

MOBITZ II



- L'intervalle PR est constant
- MAIS blocage de la conduction (2/1, 3/1...)
- Selon le bloc certaines ondes P ne sont pas suivies d'un QRS.

Attention, ce rythme a tendance à rapidement se dégrader en bloc complet.

3eme degré: Absence complète de conduction auriculo-ventriculaire.



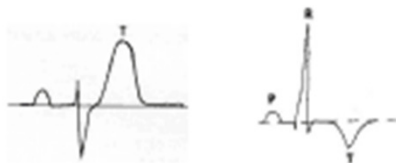
Les dépolarisations auriculaires et ventriculaires surviennent de manière indépendante.

- Rythme auriculaire avec une onde P régulière
- Rythme ventriculaire avec une fréquence propre : +/- 30/min.
- Intervalle PR varie
- Les QRS peuvent être fins ou larges.

ISCHEMIE

Les signes d'une ischémie:

- Une Onde T inversée et négative est le signe d'une ischémie



Si l'onde T est positive, ample pointue et symétrique, = ischémie sous endocardique.

Si l'onde T est négative, pointue et symétrique = ischémie sous épicaudique.

- La présence d'un décalage du segment ST signifie la présence d'une lésion.



Si l'ECG montre un sus-décalage du segment ST supérieur à 2mm dans deux dérivations voisines = infarctus STEMI .

Le sus décalage ST est appelé **onde de Pardee** .

- Une onde Q large et profonde, si elle fait 1/3 de la hauteur du complexe est un signe de nécrose .

Territoires et dérivations:

-> Infarctus antérieur: Sus décalage en V1, V2, V3, V4

-> Infarctus latéral: Sus décalage en DI et AVL

-> Infarctus inférieur: Sus décalage en DII, DIII, AVF

-> Infarctus postérieur: Grande onde R en V1, V2 ainsi qu'un sous décalage en V1 et V2.

Tableau récapitulatif

- 1 ère idée: arbre diagnostic → non adapté
- Logique de lecture selon la méthodologie proposée
- Critères repris:
 - ❖ - Rythme
 - ❖ - Fréquence
 - ❖ - Onde P
 - ❖ - Complexe QRS
 - ❖ - Conduction
 - ❖ - Remarques
 - ❖ - Diagnostic probable

RYTHME	FREQUENCE	ONDES P	QRS	CONDUCTION	REMARQUES	DIAGNOSTIC PROBABLE	
REGULIER	LENT	Oui	Fin ou large	P & QRS sans relation	Avec bloc possible	BAV III °	
		Oui	n P= n QRS	PR>0,2s Espace PR constant		BAV I°	
		Oui	n P> n QRS QRS normal ou élargi	Espace PR constant	Avec possible bocage conduction (2/1, 3/1...)	BAV II MOBITZ II (bloc de type 2/1,...)	
	NORMAL	Oui	< 0,12 s		PR : 0,1 s - 0,2s		RYTHME SINUSAL
		Oui	Large (>0,12s)			Aspect RSR' en V1-V2 Négative en V6	BLOC DE BRANCHE DROIT
		Oui	Large (>0,12s)			RR' Forme de M positive : V5-V6, AVL, DI Négative V1	BLOC DE BRANCHE GAUCHE
	RAPIDE	Non : ondes dents de scie = onde F (freq 300/min)	Fin			Possible bloc (2/1,3/1,..) Freq : 300, 150,100,.... Visible en AVF, DII, DII, VI Intervalles F-F régulières	FLUTTER AURICULAIRE (bloc de type 2/1,3/1...)
		∅	Large (>0,12s)	∅		Même aspect sur la dérivation Fusion, capture, dissociation AV	TV MONOMORPHE
		∅	Large (>0,12s)	∅		Aspect sinusoïde Amplitude variable	TV POLYMORPHE = Torsade de pointe
		∅ ou onde P rétrogrades	Fin			Fréquence : 150-250/min Si 180-200/min : penser à un Bouveret	TACHYCARDIE JONCTIONNELLE PAROXYSTIQUE

RYTHME	FREQUENCE	ONDES P	QRS	CONDUCTION	REMARQUE	DIAGNOSTIC PROBABLE
IRRE- GULIER	LENT	oui	Fin	↑PR puis 1P/φ QRS		BAV II MOBITZ I
	NORMAL					
	RAPIDE	Non = trémulation ligne de base	Fin	φ	Peut-être lent si prise Traitements +visible en V1, DII, DIII	FIBRILLATION AURICULAIRE
		φ	φ	φ	Rythme Anarchique	FIBRILLATION VENTRICULAIRE
		φ	Large >0,12s		Peut-être de fréquence variable Onde T négative Polarité QRS inversée	ESV
	φ	φ	φ	φ	ABSENCE PQRST	ASYSTOLIE COMPLETE
	Lent		possible		Signes d'activité électrique Sans pouls	AESP

Exercice 1



- Est-il interprétable? **Oui**
 - Rapide ou lent? **Rapide**
 - Régulier ou irrégulier? **Régulier**
 - Onde P ? Suivie d'un QRS?
Ondes P en dents de scie, une onde P sur 4 est suivie d'un QRS
 - Intervalle PR? **< 0,12 s**
 - Segment ST? **Normal**
- Flutter auriculaire avec bloc 4/1**

RYTHME	FREQUENCE	ONDES P	QRS	CONDUCTION	REMARQUES	DIAGNOSTIC PROBABLE	
REGULIER	LENT	Oui	Fin ou large	P & QRS sans relation	Avec bloc possible	BAV III °	
		Oui	n P= n QRS	PR>0,2s Espace PR constant		BAV I°	
		Oui	n P> n QRS QRS normal ou élargi	Espace PR constant	Avec possible bocage conduction (2/1, 3/1...)	BAV II MOBITZ II (bloc de type 2/1,...)	
	NORMAL	Oui	< 0,12 s	PR : 0,1 s - 0,2s			RYTHME SINUSAL
		Oui	Large (>0,12s)		Aspect RSR' en V1-V2 Négative en V6		BLOC DE BRANCHE DROIT
		Oui	Large (>0,12s)		RR' Forme de M positive : V5-V6, AVL, DI Négative V1		BLOC DE BRANCHE GAUCHE
	RAPIDE	Non : ondes dents de scie = onde F (freq 300/min)	Fin			Possible bloc (2/1,3/1,..) Freq : 300, 150,100,.... Visible en AVF, DII, DII, VI Intervalles F-F régulières	FLUTTER AURICULAIRE (bloc de type 2/1,3/1...)
		∅	Large (>0,12s)	∅		Même aspect sur la dérivation Fusion, capture, dissociation AV	TV MONOMORPHE
		∅	Large (>0,12s)	∅		Aspect sinusoïde Amplitude variable	TV POLYMORPHE = Torsade de pointe
		∅ ou onde P rétrogrades	Fin			Fréquence : 150-250/min Si 180-200/min : penser à un Bouveret	TACHYCARDIE JONCTIONNELLE PAROXYSTIQUE

Exercice 2



- Est-il interprétable? **Oui**
 - Rapide ou lent? **Lent**
 - Régulier ou irrégulier? **Régulier**
 - Onde P ? Suivi d'un QRS?
Ondes P, pas toujours suivies d'un QRS
 - Intervalle PR? **Aléatoire**
 - Segment ST? **Normal**
- **BAV du 3eme degré**

RYTHME	FREQUENCE	ONDES P	QRS	CONDUCTION	REMARQUES	DIAGNOSTIC PROBABLE	
REGULIER	LENT	Oui	Fin ou large	P & QRS sans relation	Avec bloc possible	BAV III °	
		Oui	n P= n QRS	PR>0,2s Espace PR constant		BAV I°	
		Oui	n P> n QRS QRS normal ou élargi	Espace PR constant	Avec possible bocage conduction (2/1, 3/1...)	BAV II MOBITZ II (bloc de type 2/1,...)	
	NORMAL	Oui	< 0,12 s	PR : 0,1 s - 0,2s			RYTHME SINUSAL
		Oui	Large (>0,12s)		Aspect RSR' en V1-V2 Négative en V6		BLOC DE BRANCHE DROIT
		Oui	Large (>0,12s)		RR' Forme de M positive : V5-V6, AVL, DI Négative V1		BLOC DE BRANCHE GAUCHE
	RAPIDE	Non : ondes dents de scie = onde F (freq 300/min)	Fin			Possible bloc (2/1,3/1,..) Freq : 300, 150,100,.... Visible en AVF, DII, DII, VI Intervalles F-F régulières	FLUTTER AURICULAIRE (bloc de type 2/1,3/1...)
		∅	Large (>0,12s)	∅		Même aspect sur la dérivation Fusion, capture, dissociation AV	TV MONOMORPHE
		∅	Large (>0,12s)	∅		Aspect sinusoïde Amplitude variable	TV POLYMORPHE = Torsade de pointe
		∅ ou onde P rétrogrades	Fin			Fréquence : 150-250/min Si 180-200/min : penser à un Bouveret	TACHYCARDIE JONCTIONNELLE PAROXYSTIQUE

Conclusion

- Faciliter la lecture d'un ECG
- Développement de l'autonomie infirmière
- Maître-mot : pratique
- Primo- détection de l'urgence
- Collaboration infirmière – médecin

Apports personnels:

- Culture de l'ECG
- Curiosité
- Esprit de pédagogie



→ Eveiller la curiosité
→ Encourager la
poursuite de
l'apprentissage



C H U | U V C
B R U G M A N N

Merci !

