Exemples de TJ

Chef de

...tti

...fs -Urgences

...0

...1

...78,79

...hef de

...hu-nice.fr

...25

...mens

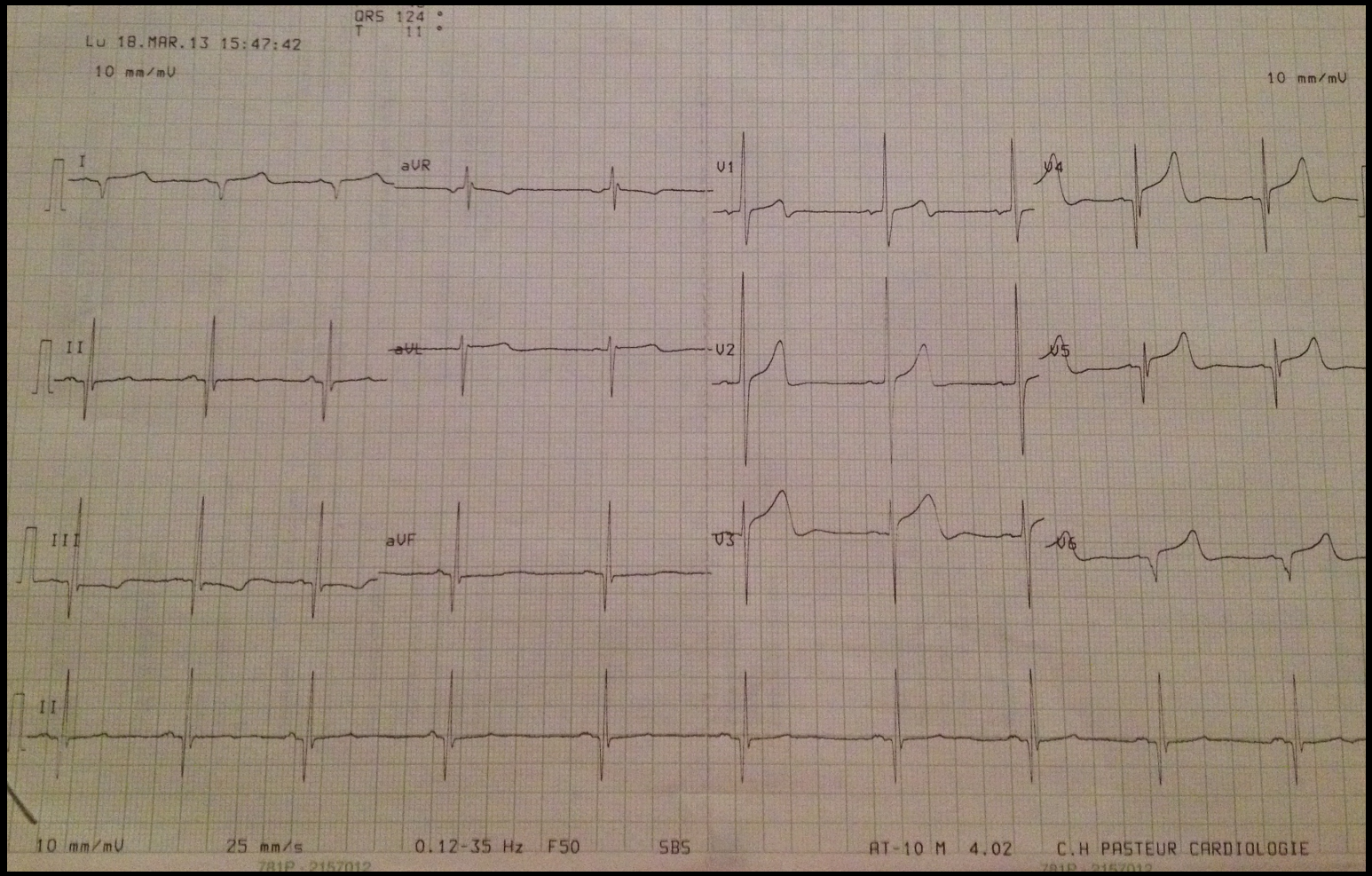
Cher Confrère,

[redacted] Térémy né le 21.06.1991 a été [redacted]

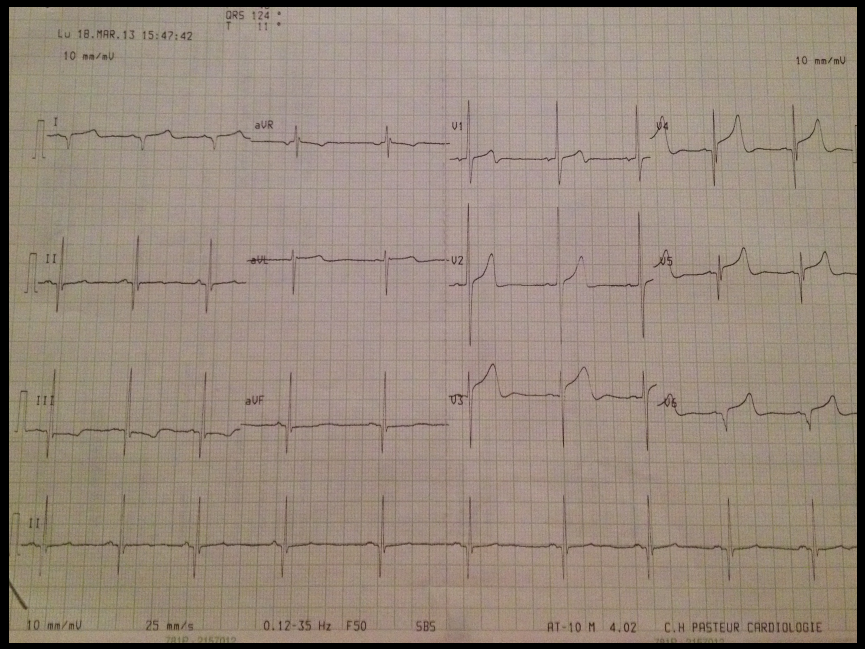
Dans l'histoire de la maladie, le patient a présenté le 11.11.12 un arrêt cardiorespiratoire. La réanimation cardio-pulmonaire a été commencé immédiatement par la mère (IDE) ayant conduit à un noflow inférieur à 1 min à l'arrivée du SAMU. L'ECG retrouve un tracé en faveur d'une FV. Il a donc été réalisé 2 mg d'Adrénaline et deux chocs électriques ayant permis un retour en rythme sinusal. Le slow flow peut être évalué à environ 10 min. L'ECG post-induction retrouve sus-décalage du segment ST diffus. Le patient est donc intubé, ventilé et transféré dans notre service pour la réalisation d'une coronarographie qui ne [redacted]

Le patient est secondairement transféré en réanimation pour une hypothermie thérapeutique. Le patient est intubé pendant 24 h. Après

Diagnostic


QRS 124 °
T 11 °
Lu 18.MAR.13 15:47:42
10 mm/mV
10 mm/mV
I
aVR
V1
V4
II
aVL
V2
V5
III
aVF
V3
V6
II
10 mm/mV
25 mm/s
0.12-35 Hz F50
SBS
AT-10 M 4.02
C.H PASTEUR CARDIOLOGIE

CMH asymétrique



Axe dévié
Ondes Q de pseudo-nécrose postéro lat
R anormalement amples
T tres amples (cmh septales)

Suivi DAI

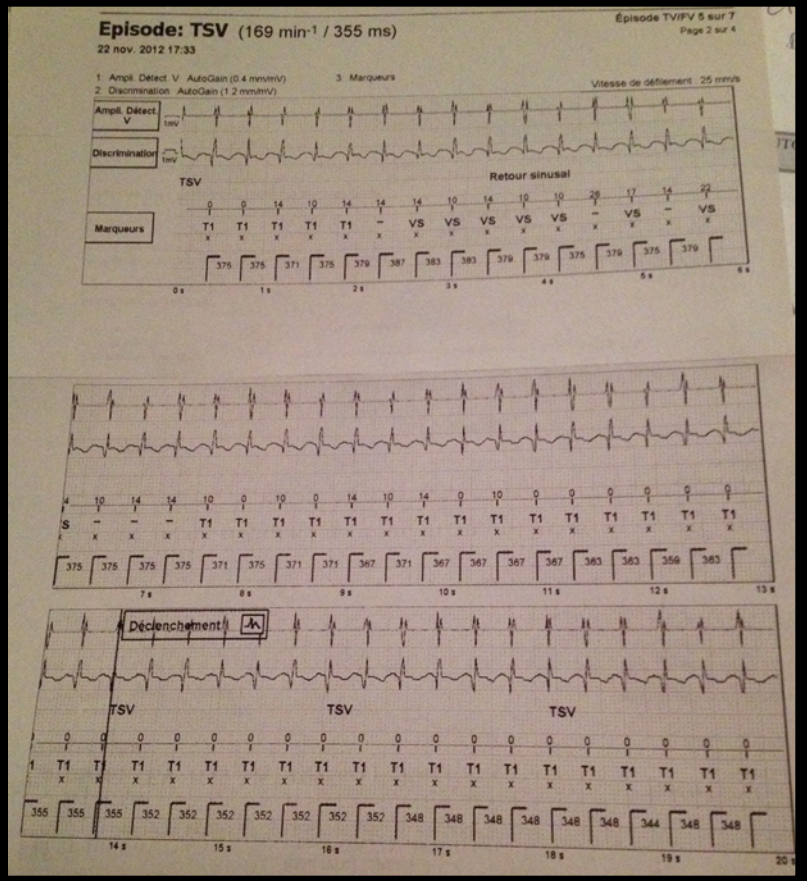
Résumé des épisodes

Épisodes TV/FV (suite)

Date / Heure	Type	Fréq. (min-1)	Durée (M:S)	Thérapie délivrée
7 mars 2013 16:20	Non soutenu		00:04	
7 mars 2013 16:20	Non soutenu		00:06	
7 mars 2013 16:19	Non soutenu		00:06	
7 mars 2013 16:19	Non soutenu		00:06	
7 mars 2013 16:19	TV-1	164	00:13	(moniteur seulement)
7 mars 2013 16:16	TV-1	162	00:13	(moniteur seulement)
7 mars 2013 16:16	Non soutenu		00:04	
7 mars 2013 16:15	TV-1	162	00:14	(moniteur seulement)
7 mars 2013 16:14	Non soutenu		00:04	
6 mars 2013 16:26	TV-1	164	00:07	(moniteur seulement)
5 mars 2013 20:04	TV-1	162	00:17	(moniteur seulement)
5 mars 2013 20:04	TV-1	164	00:13	(moniteur seulement)
5 mars 2013 20:03	TV-1	164	00:24	(moniteur seulement)
2 mars 2013 21:51	Non soutenu		00:04	
1 mars 2013 3:02	TV-1	164	00:11	(moniteur seulement)
1 mars 2013 2:59	TV-1	166	00:37	(moniteur seulement)
28 févr. 2013 1:35	TV-1	164	00:07	(moniteur seulement)
28 févr. 2013 1:35	TV-1	164	00:13	(moniteur seulement)
28 févr. 2013 0:34	TV-1	162	00:07	(moniteur seulement)
28 févr. 2013 0:28	TV-1	162	00:26	(moniteur seulement)
28 févr. 2013 0:21	TV-1	169	00:19	(moniteur seulement)
26 févr. 2013 18:27	TV-1	164	00:13	(moniteur seulement)
26 févr. 2013 2:09	Non soutenu		00:04	
26 févr. 2013 1:43	TV-1	164	00:13	(moniteur seulement)
26 févr. 2013 1:30	TV-1	171	00:11	(moniteur seulement)
25 févr. 2013 21:02	TV-1	160	00:16	(moniteur seulement)
25 févr. 2013 20:59	TV-1	162	00:29	(moniteur seulement)
25 févr. 2013 16:11	Non soutenu		00:08	
25 févr. 2013 3:43	Non soutenu		00:06	
25 févr. 2013 3:42	TV-1	164	00:31	(moniteur seulement)
25 févr. 2013 3:41	TV-1	162	00:46	(moniteur seulement)
25 févr. 2013 3:40	TV-1	162	00:45	(moniteur seulement)
24 févr. 2013 4:34	Non soutenu		00:06	
24 févr. 2013 4:07	Non soutenu		00:06	
22 févr. 2013 4:01	TV-1	166	00:36	(moniteur seulement)
20 févr. 2013 22:48	TV-1	164	00:30	(moniteur seulement)
20 févr. 2013 22:43	TV-1	169	00:39	(moniteur seulement)
19 févr. 2013 10:45	TV-1	162	00:31	(moniteur seulement)
18 févr. 2013 18:29	TV-1	164	00:55	(moniteur seulement)
17 févr. 2013 20:50	Non soutenu		00:08	
17 févr. 2013 4:17	Non soutenu		00:04	
17 févr. 2013 3:52	TV-1	166	04:52	(moniteur seulement)
17 févr. 2013 3:52	TV-1	164	00:28	(moniteur seulement)
16 févr. 2013 23:26	TV-1	162	03:35	(moniteur seulement)
16 févr. 2013 23:26	TV-1	164	00:15	(moniteur seulement)
15 févr. 2013 18:03	TV-1	169	00:29	(moniteur seulement)
14 févr. 2013 21:26	TV-1	169	00:20	(moniteur seulement)
14 févr. 2013 21:22	TV-1	164	00:09	(moniteur seulement)
14 févr. 2013 20:47	Non soutenu		00:06	
14 févr. 2013 20:44	Non soutenu		00:06	
14 févr. 2013 18:55	Non soutenu		00:04	
14 févr. 2013 18:51	TV-1	164	03:47	(moniteur seulement)

Ellipse™ VR 1277-36Q DAI (1034951 pr12.0E.94)
PCS™ Merlin (#17203 3330 v14.2.1)

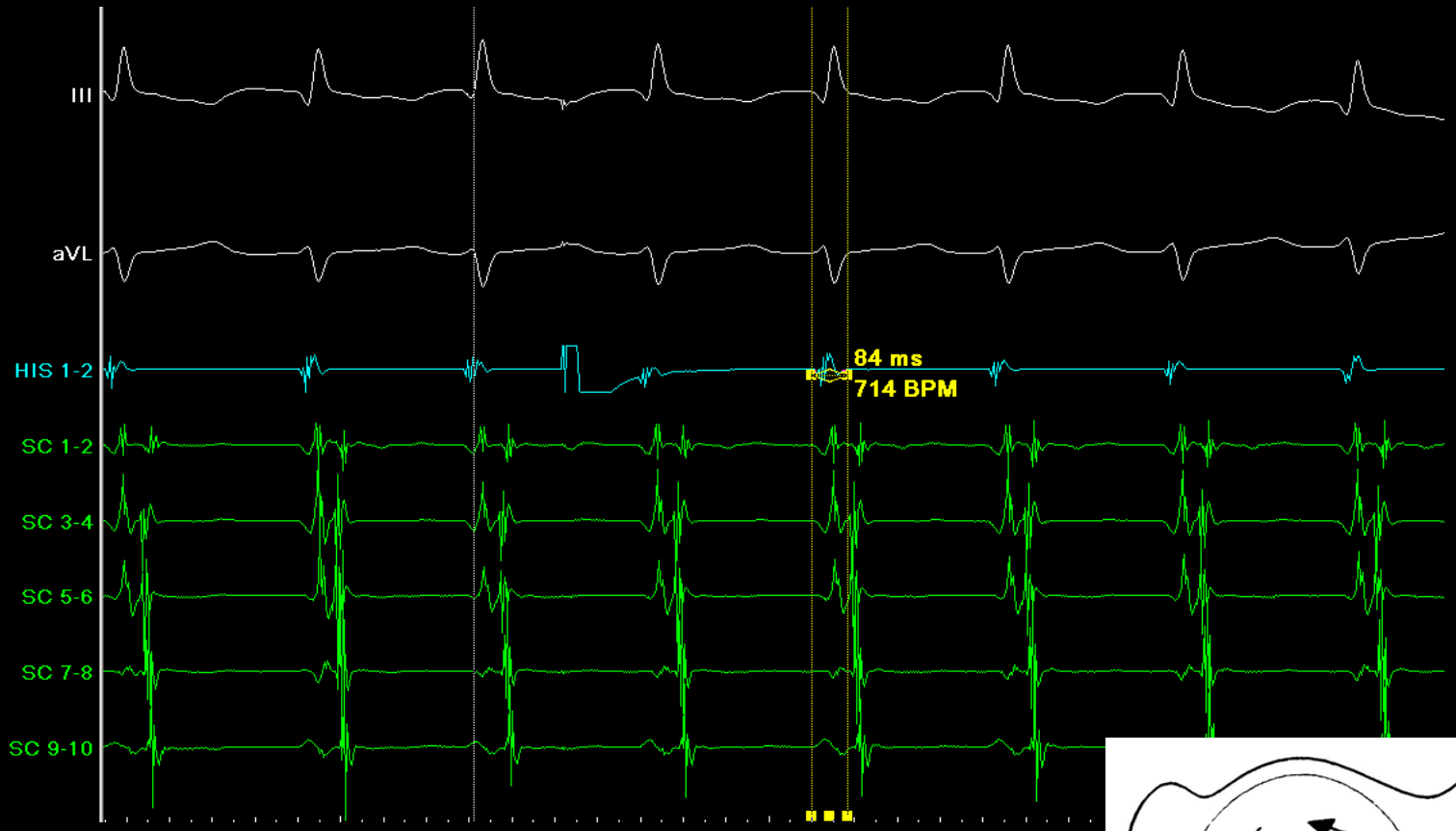
Résumé de



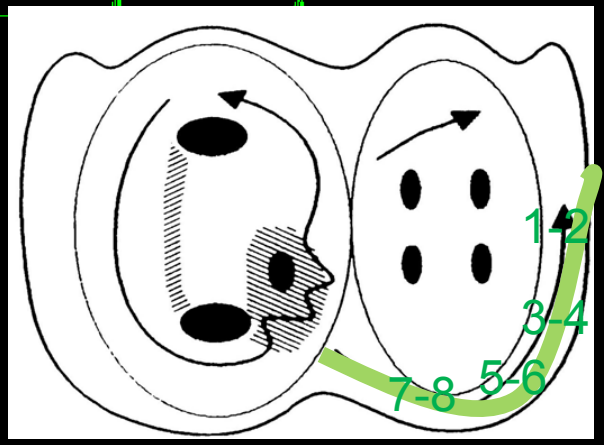
Conduction rétrograde rapide sur ESV précoce

Déclenchement de TJ

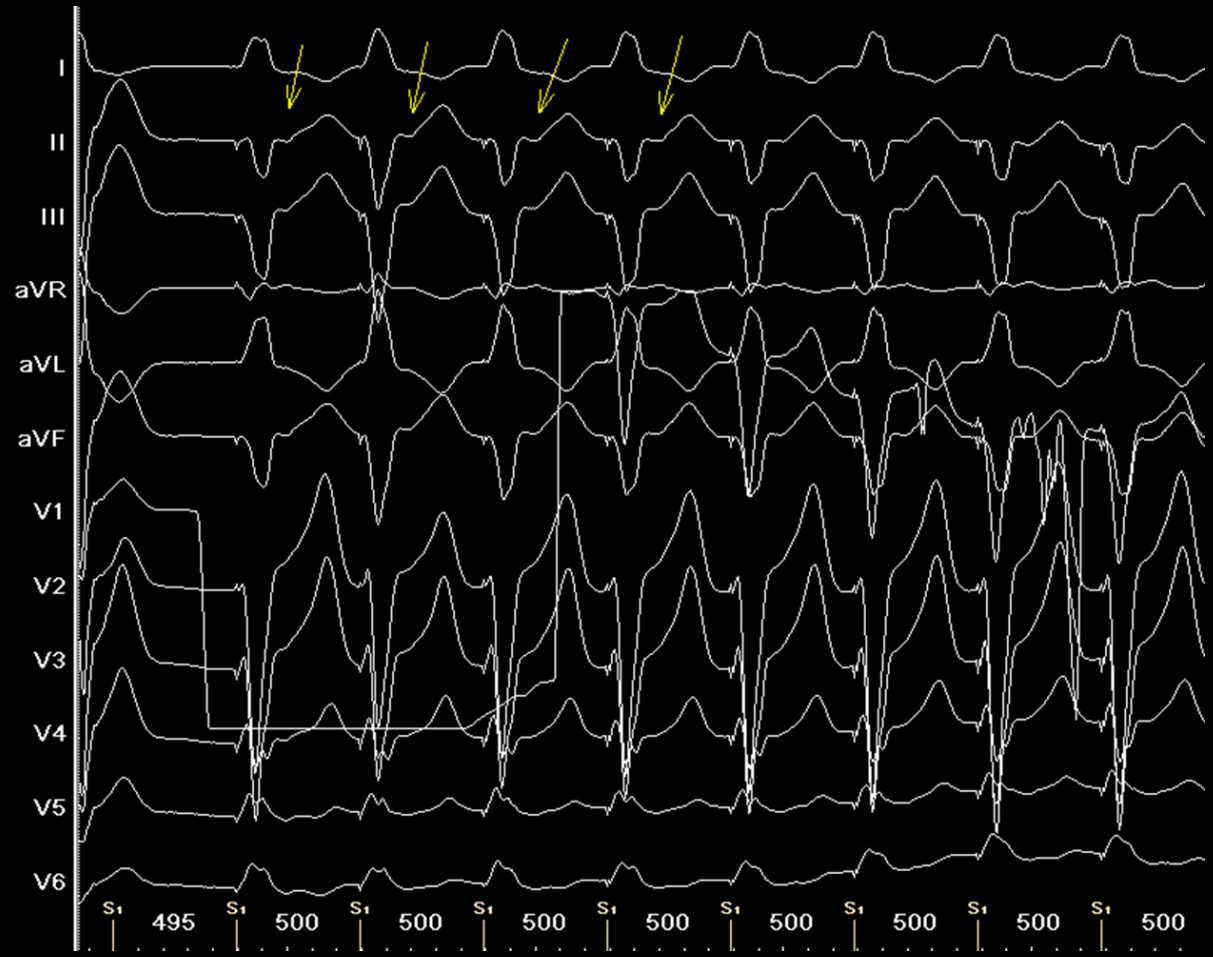
Mécanisme orthodromique



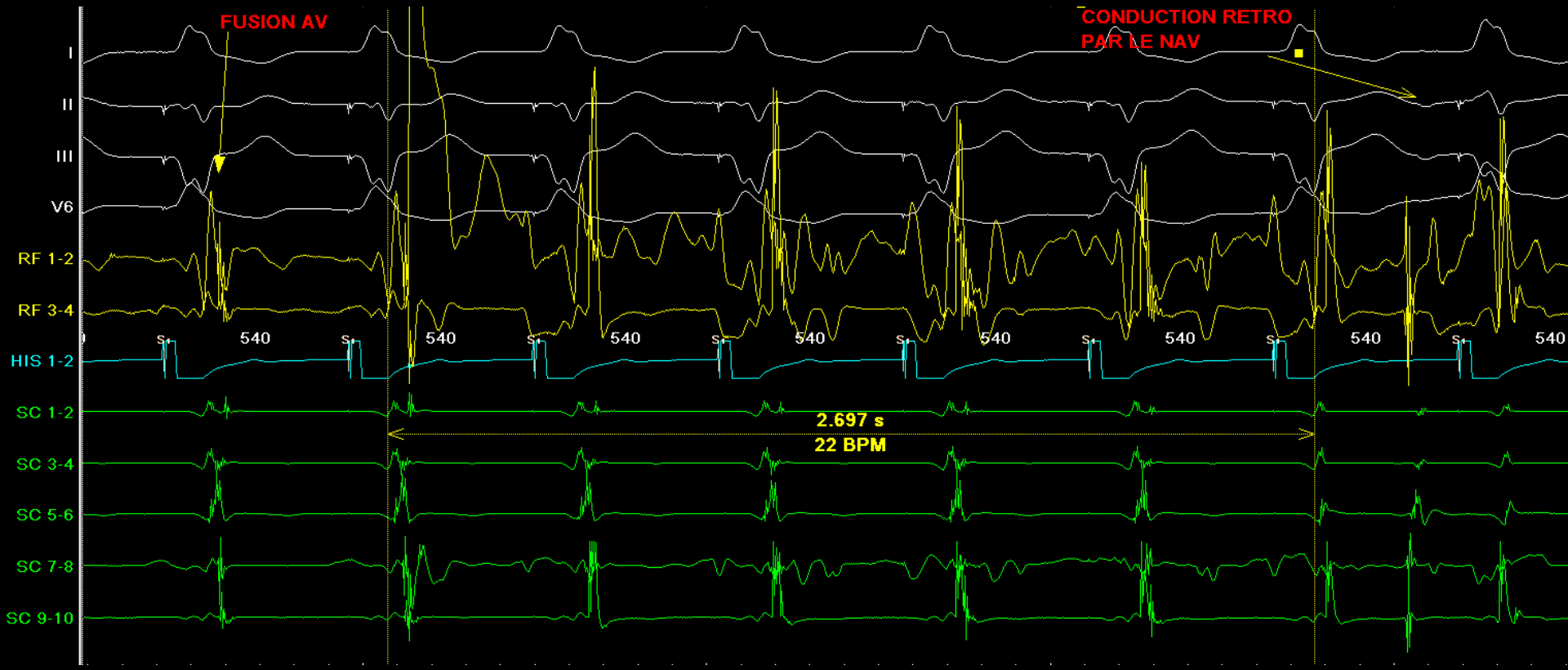
- Localisation postéro septale
- VA long



Conduction rétrograde constante



SITE d’ablation



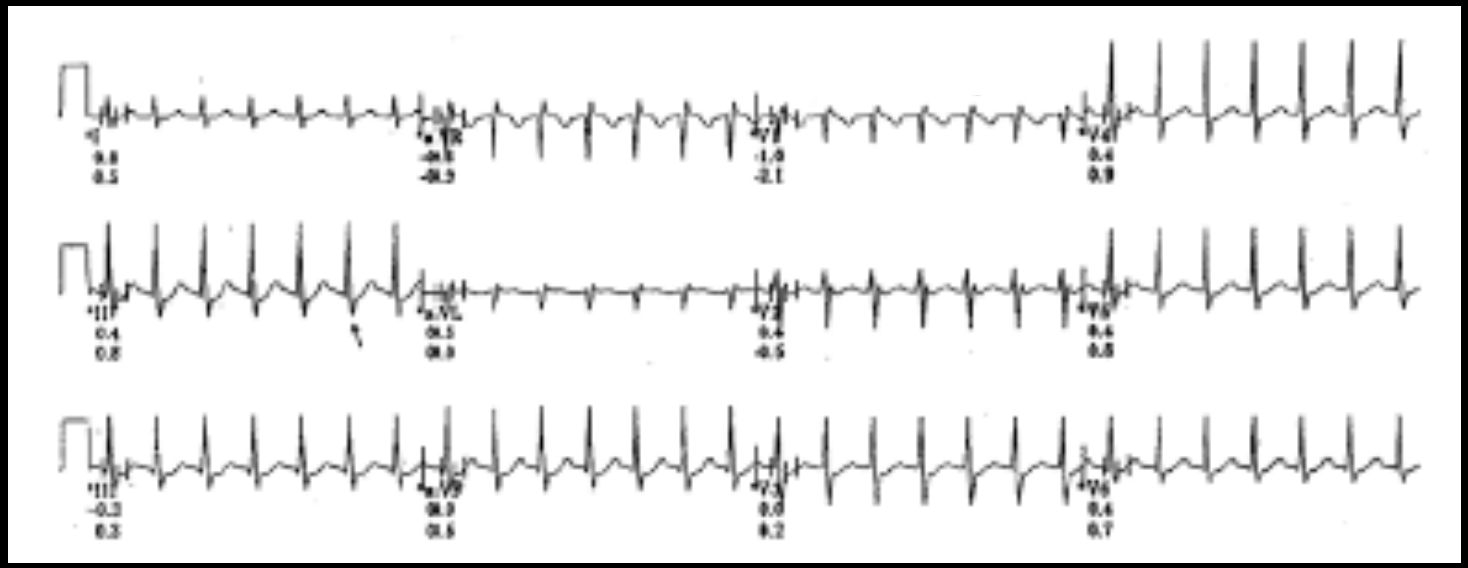
POST RF: conduction rétrograde décrémentielle

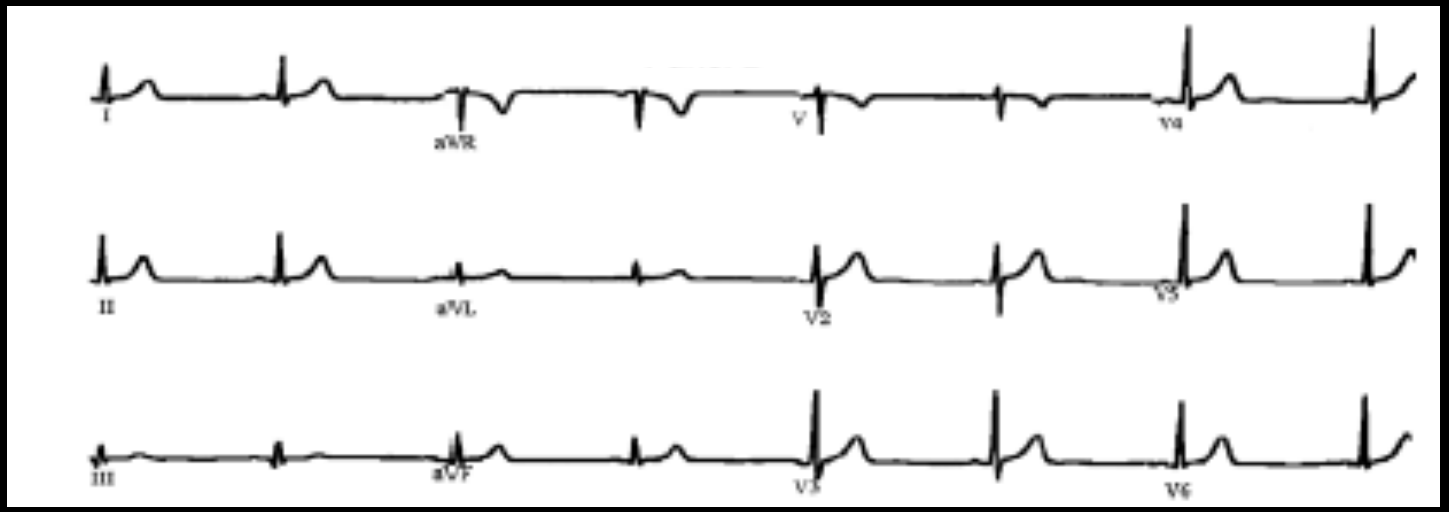
Phénomène de LW rétrograde

Take home message

- CMH + VA, association connue, y penser
- signe d'une mutation génétique de mauvais pronostic (mut PRKAG2 surcharge glycogénique) à rechercher
- Enquête familiale systématique AD

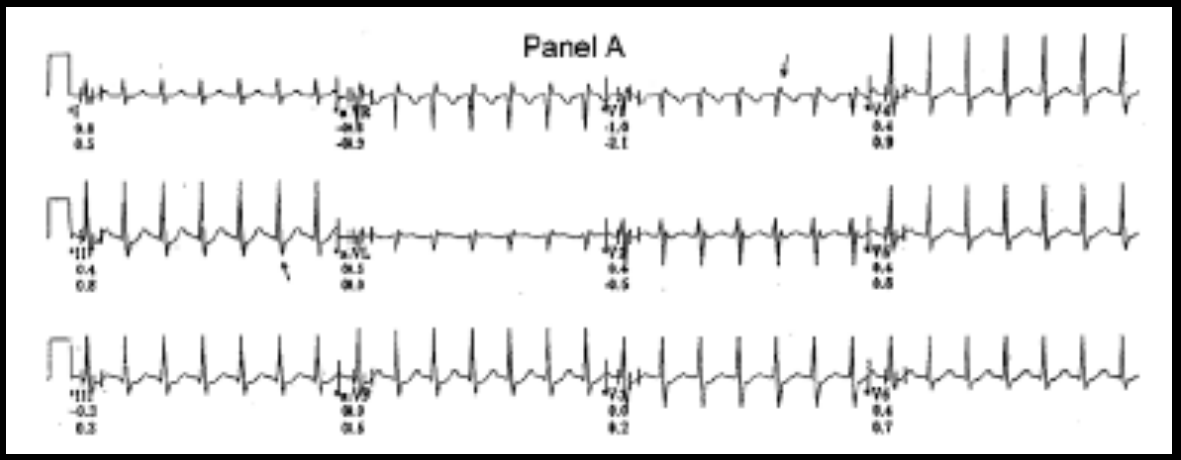
Diagnostic?





- 1/ tachycardie orthodromique /Kent latéral gauche
- 2/ RIN de type slow-fast
- 3/ TV
- 4/ Tachycardie sinusale

RIN slow-fast!

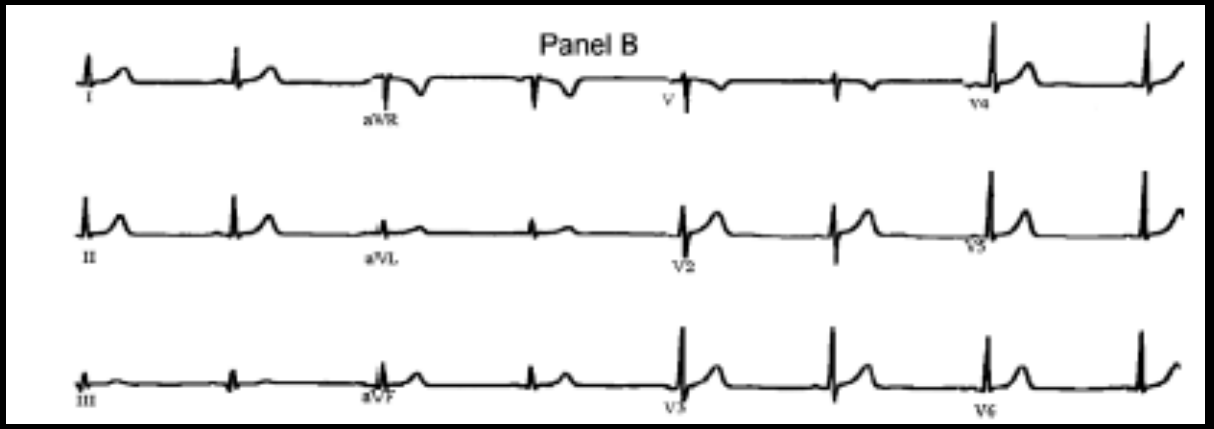


- En tachycardie:

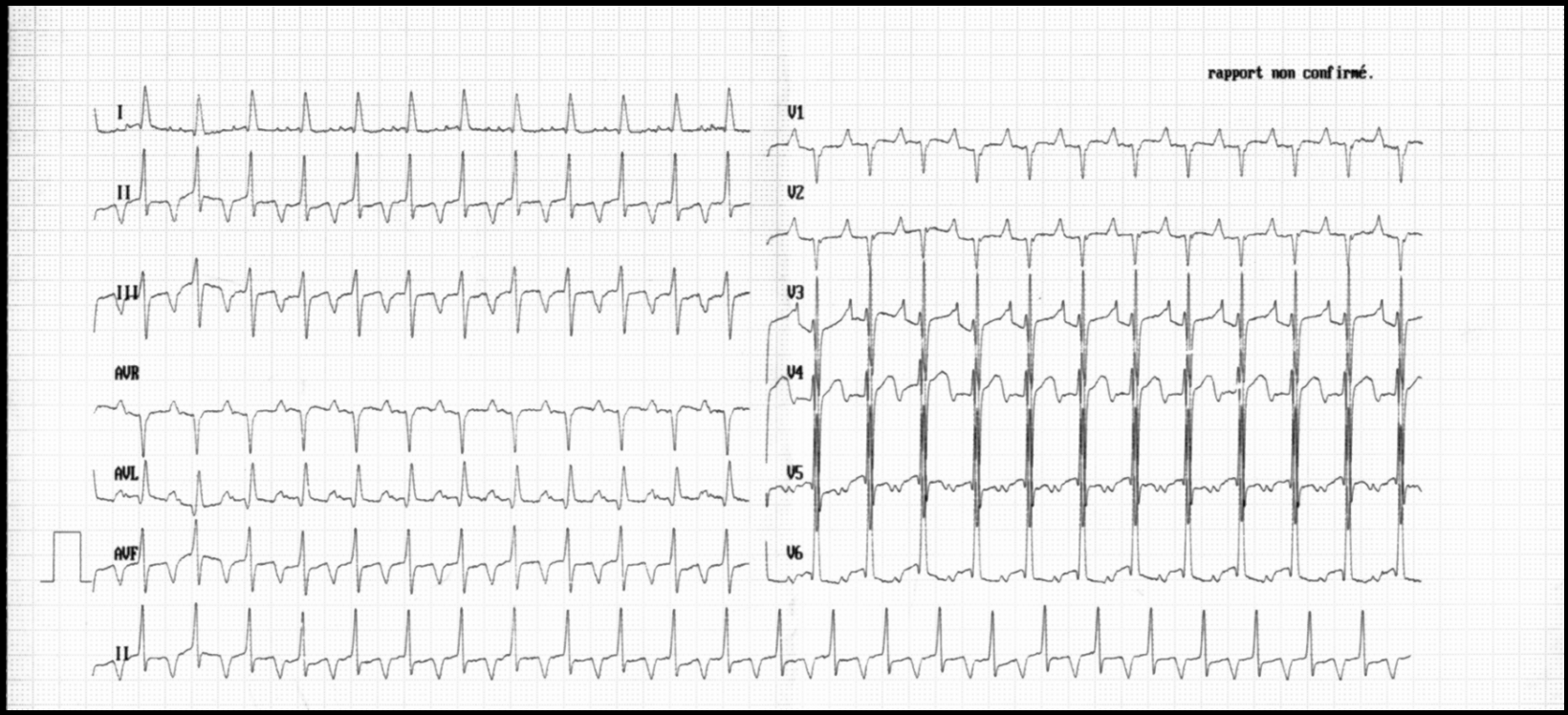
_ Pseudo-onde r en v1

_ Onde S marquée en inférieur

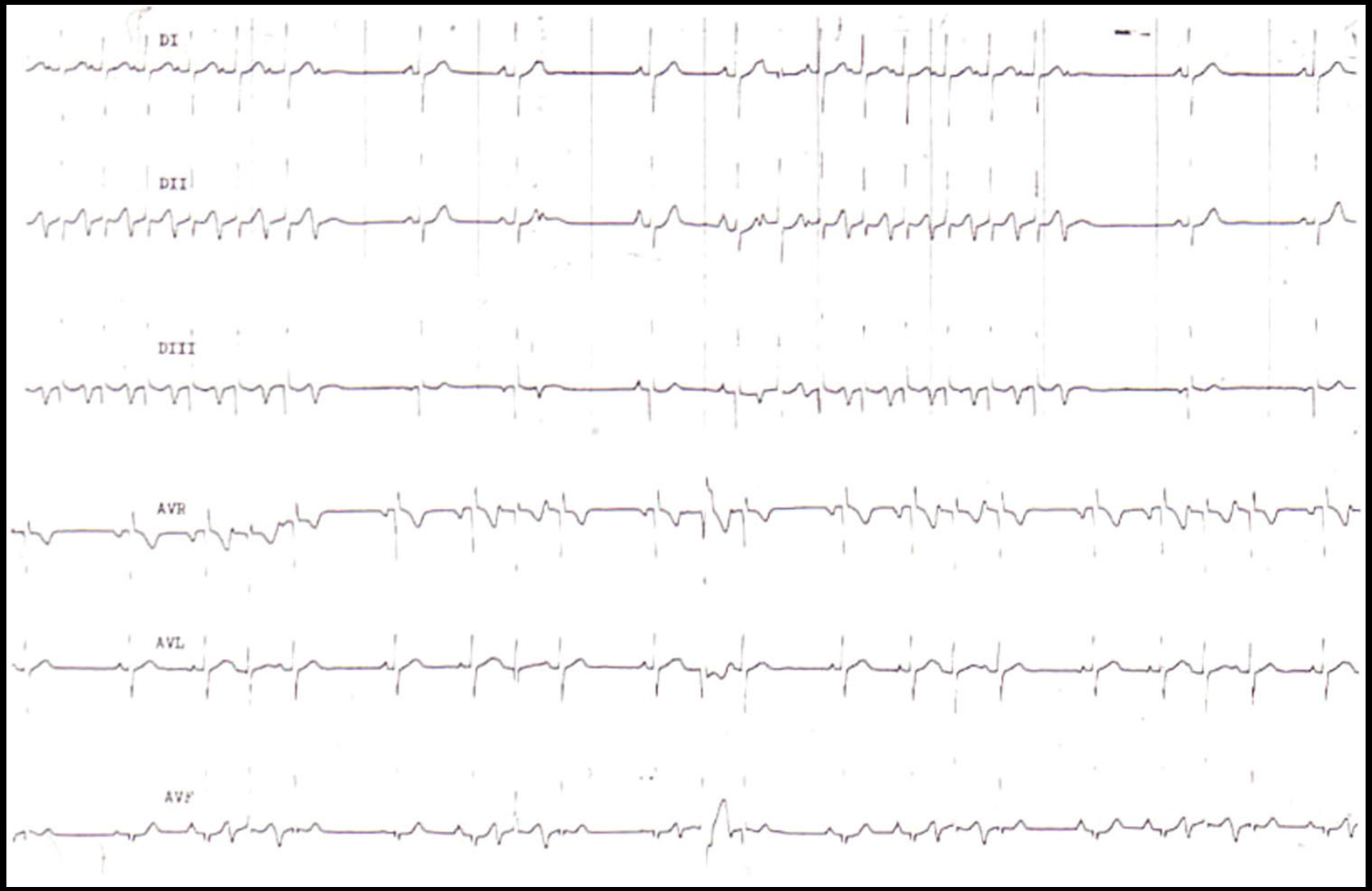
= pathognomonique de RIN typique!



9 ans, dyspnée, vomissements FE 15%...



Sous cordarone

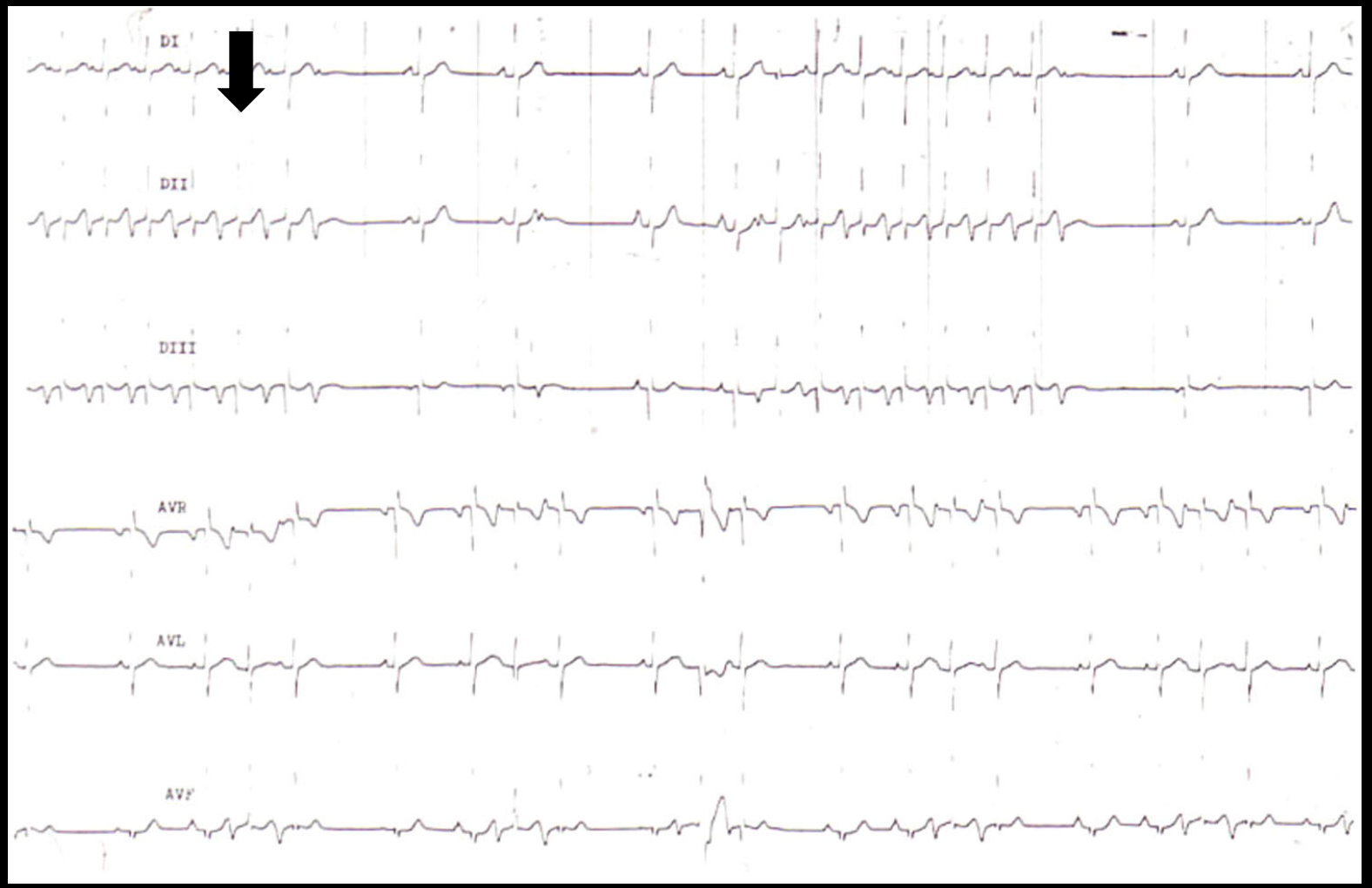


Diagnostic?

- 1/ Tachycardie atriale inférieure droite
- 2/ TJ par RIN atypique slow-fast
- 3/ TJ par rythme réciproque de type Coumel

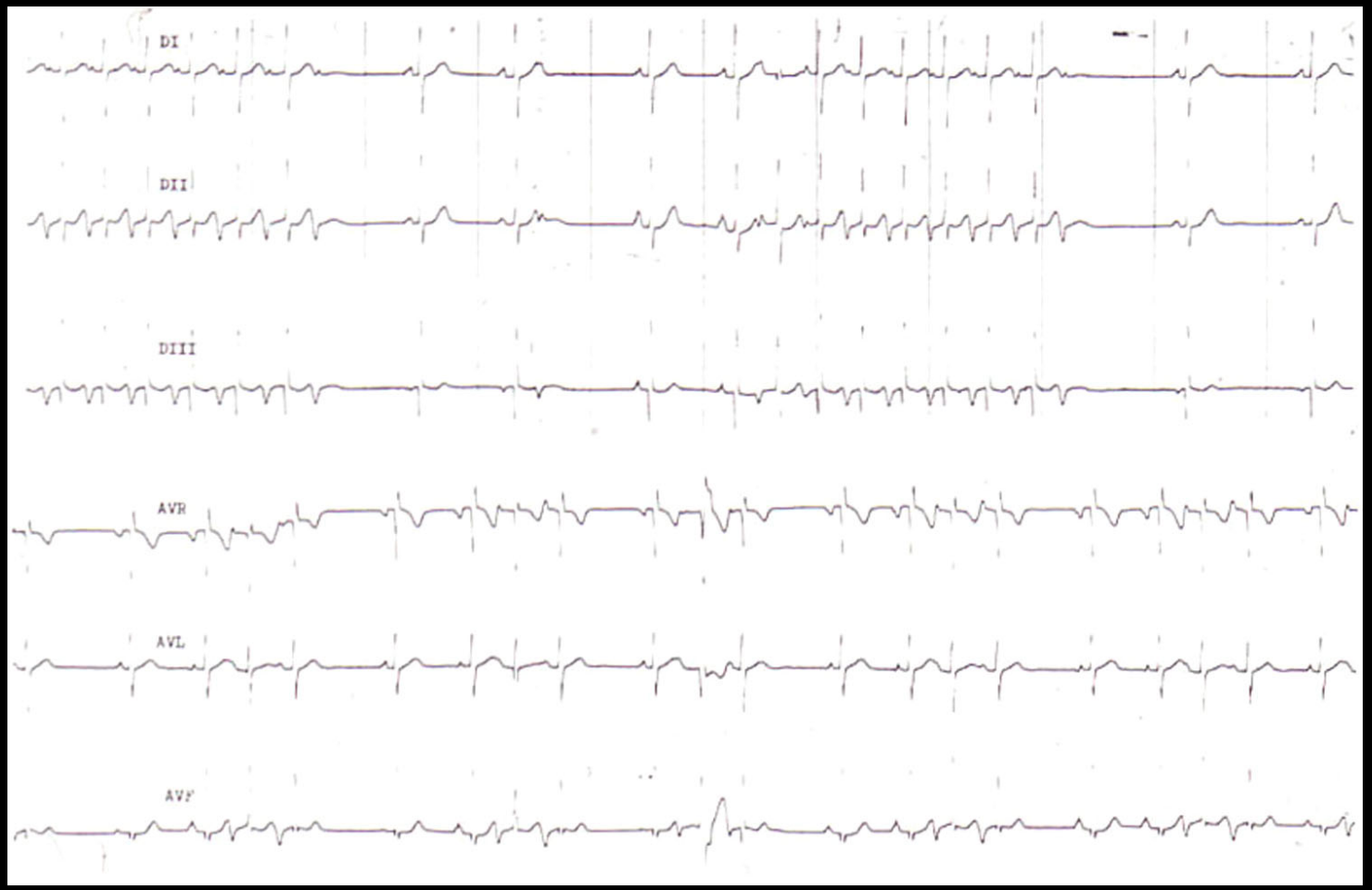
1/ Tachycar[illegible]e [illegible]riale [illegible]nférieure droite

ne s’arrète jamais sur une onde p!



2/ TJ par F N a ic e slow-fast

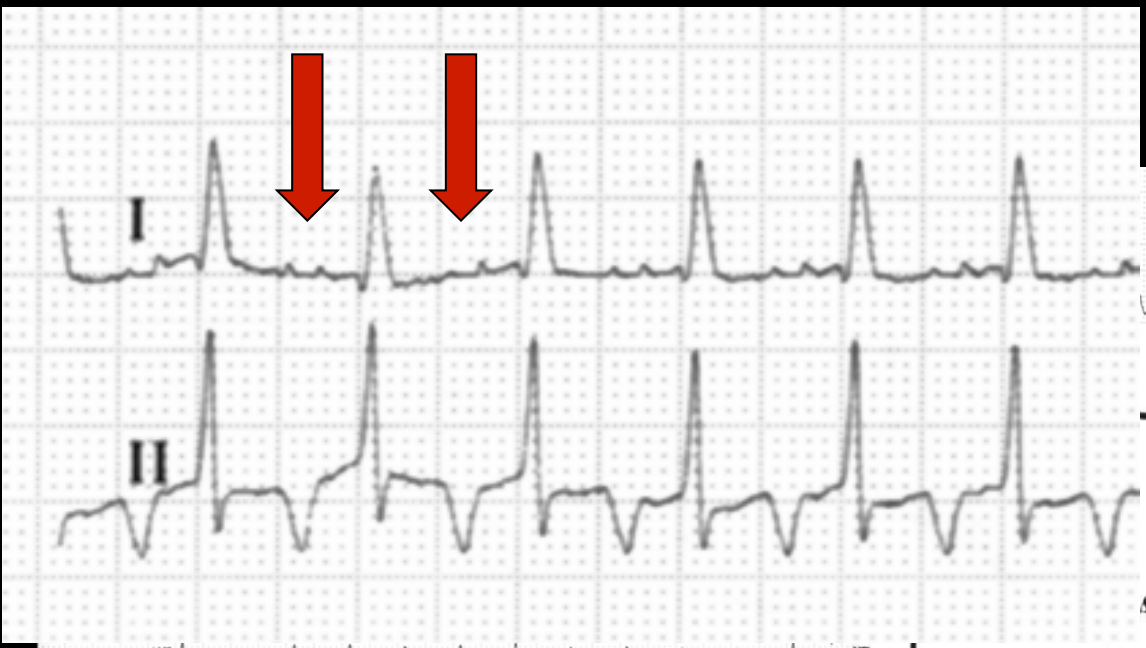
inexistante chez le jeune enfant !

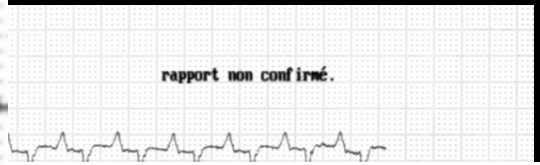


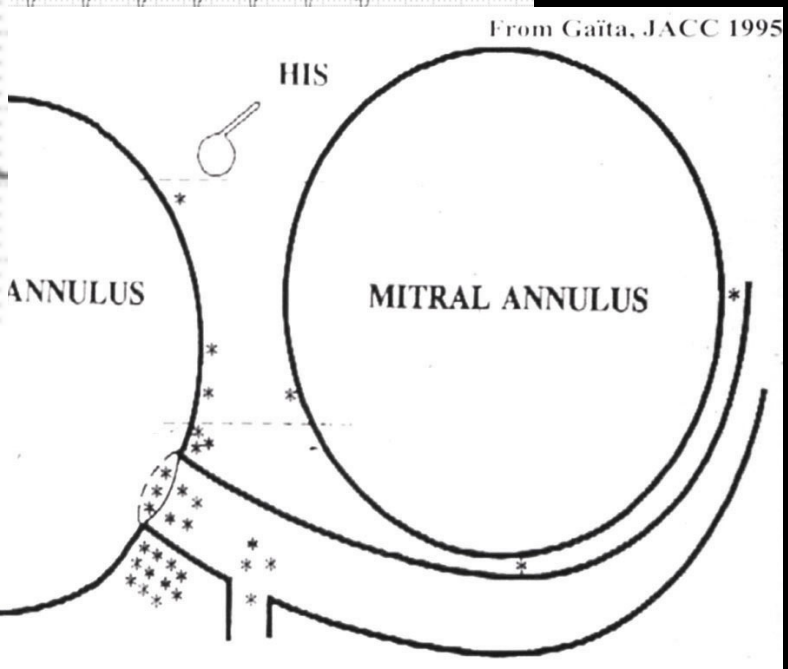
Tachycardie de Coumel !

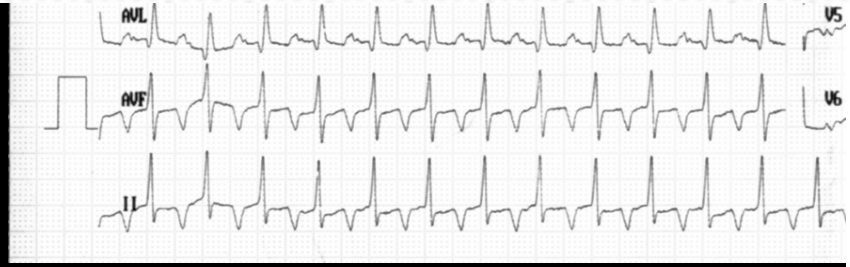
Onde p positive en DI➔ VA rétrograde droite

Onde P négative en DI➔ VA rétrograde gauche









Traitement médical mis en route:

CORDARONE+ DIGOXINE+ ttt de l'IC

_ J7, VG 67mm , FEVG 36%, IM de bas grade
_ J 13 , VG 65 mm, FEVG 43% IM de bas grade.
_ J 20, VG 62 mm, FEVG 50% , sans IM
_ J 34, VG 58 mm, FEVG 55 %, sans IM
_ J 48, VG 53 mm, FEVG 54%, sans IM

J48 changement de Traitement

ISOPTINE + DIGOXINE

Cardiomyopathie rythmique secondaire à une tachycardie jonctionnelle permanente par rythme réciproque, d'évolution favorable sous ttt médical

TAKE HOME MESSAGE

_ 7% des TSV en cardiopédiatrie, considérée comme réfractaire au ttt medical

_ VA à conduction rétrograde et décrémentielle (trajet sinueux de la VA)

_ Présentation initiale avec CMD rythmique fréquente

_ Caractère permanent de la tachycardie

_ Risque de MS en cas d'altération persistante de la FEVG (Vaksman, Heart 2006)

_ Choix du traitement AA++:

* flecaine 22% (D'hoinne)
* Bétabloquants 7% seuls et 33% avec digoxine (Dorokstar)
* Cordarone 58% seul et 85% à 100% avec digoxine
* Verapamil +digoxine 65% totalement efficace et 92% au moins partiellement efficace

_ résolution spontanée possible

TAKE HOME MESSAGE

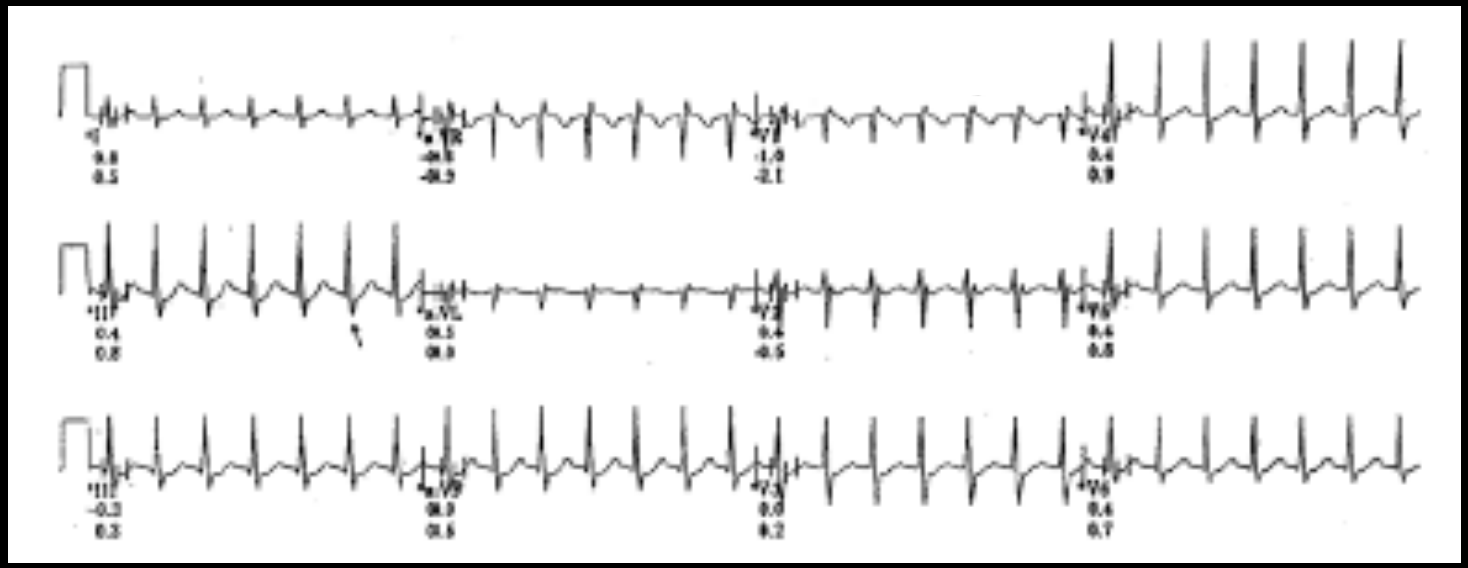
PJRT

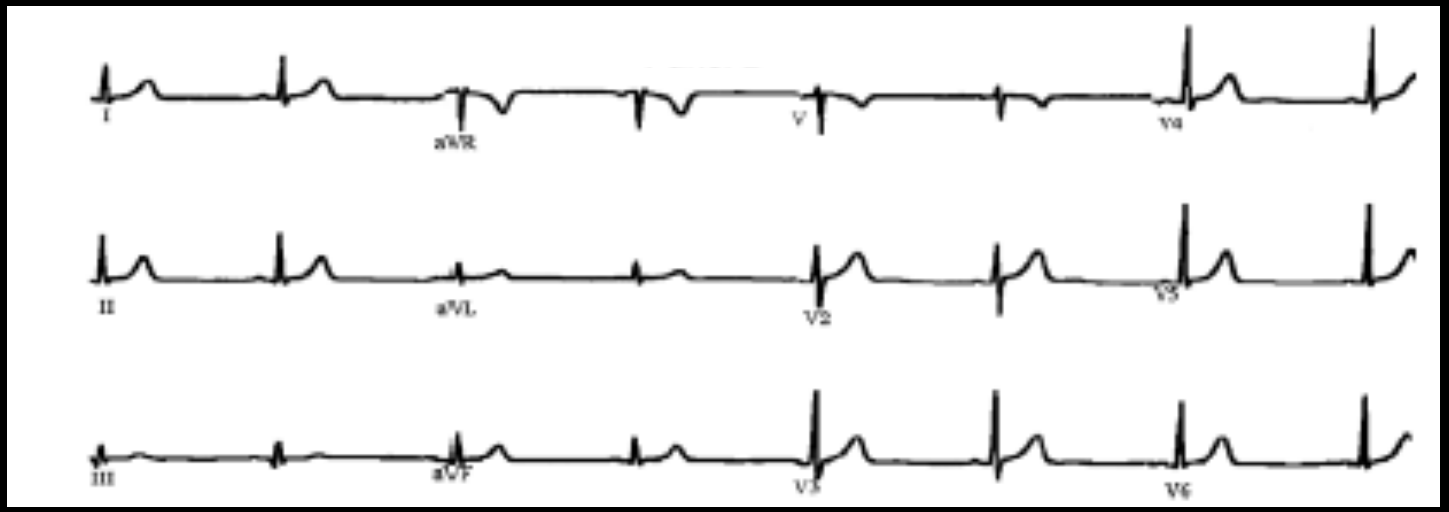
➔si Insuffisance cardiaque CORDARONE DIGO ou RF selon poids/age

➔Si pas d'IC VERAPAMIL DIGO

➔En l'absence d'efficacité ou mauvaise tolérance RF inévitable si IC

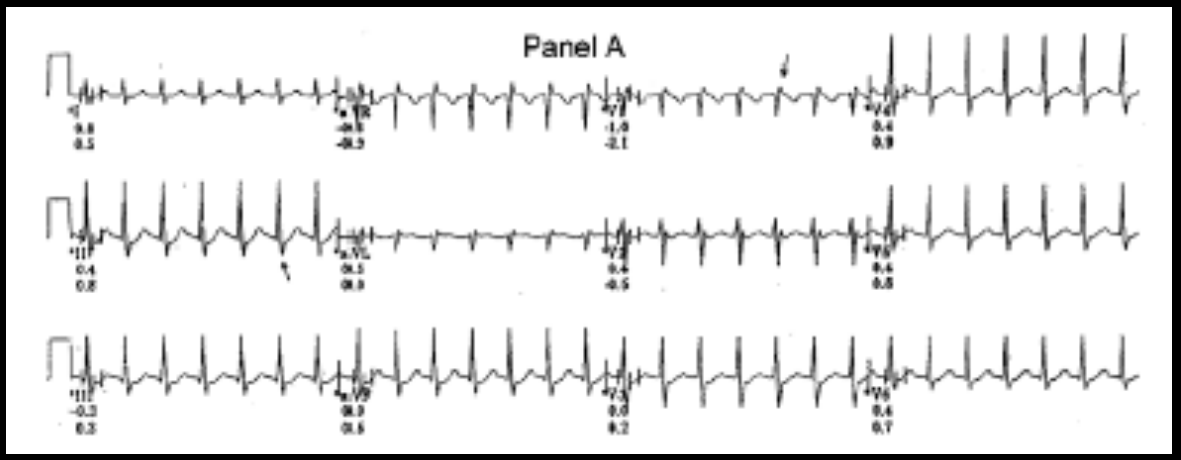
Diagnostic?





- 1/ tachycardie orthodromique /Kent latéral gauche
- 2/ RIN de type slow-fast
- 3/ TV
- 4/ Tachycardie sinusale

RIN slow-fast!

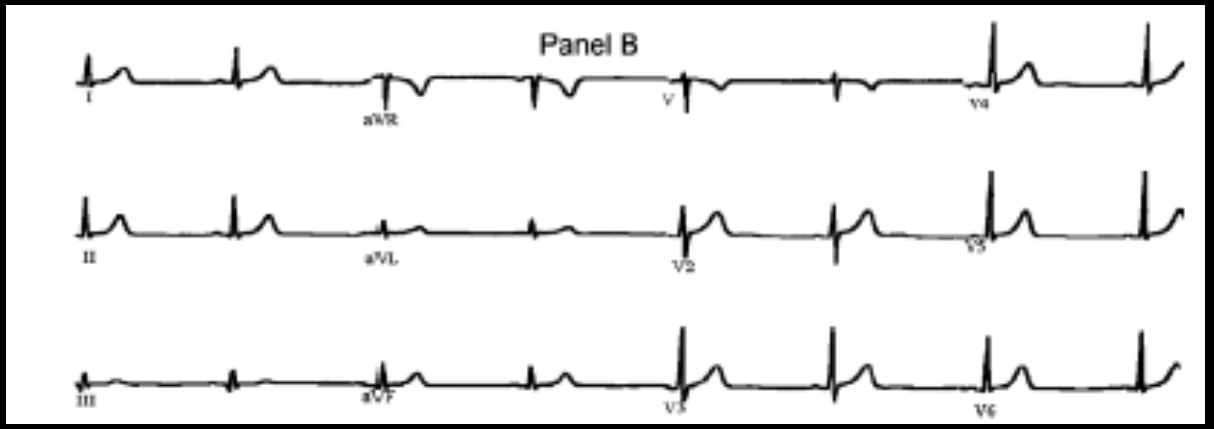


- En tachycardie:

_ Pseudo-onde r en v1

_ Onde S marquée en inférieur

= pathognomonique de RIN typique!



Cher confrère,

Monsieur SC[redacted]U Jérémy, né le 28.07.1992, a [redacted]

Il n'y a pas de facteur de risque cardiovasculaire ni d'antécédent particulier ni d'allergie.

Dans l'histoire de la maladie, le patient a présenté un arrêt cardio-respiratoire au domicile le matin à 8h00 découvert par son père inanimé dans son lit. A l'arrivée des pompiers 8 min plus tard, il est retrouvé une asystolie récupérée après 30 min de massage cardiaque externe et 10 mg d'Adrénaline IV. Récidive précoce de l'arrêt cardiorespiratoire avec FV récupéré après réanimation de 30 min et 20 chocs électriques externes associés à de la Cordarone et de la Xylocaïne IV. Le patient est transféré en réanimation intubé et ventilé. On ne retrouve pas de notion de signe fonctionnel cardiovasculaire auparavant ni de

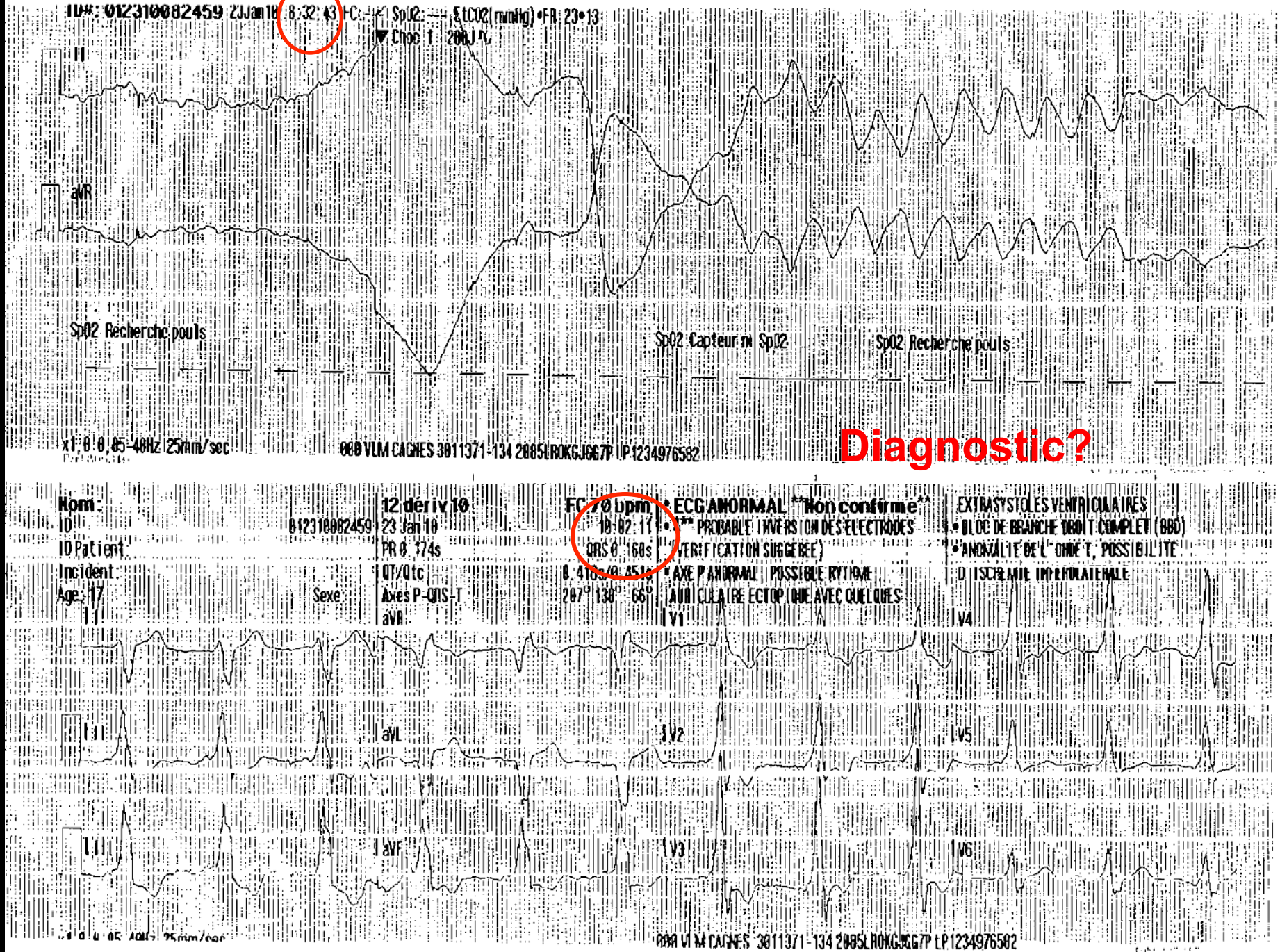
HOPITAL PASTEUR - 30 , avenue de la voie romaine - B.P. 69 - 06002 Nice cedex 1
Service de Cardiologie, Tél. Accueil : 04.92.03.78.55 ou 04.92.03.78.81, Consultations : 04.92.03.77.33
Soins intensifs, Urgences : 04.92.03.78.80 ou 04.92.03.78.81
Secrétariat Chef de Service : 04.92.03.77.34
Télécopie : 04.92.03.78.79 - e-mail : cardiologie@chu-nice.fr

17 ans, sportif

strictement asymptomatique

IRM cardiaque: normale

ETT: FEVG 60%, pas de dilatation cavitaire, pas de valvulopathie.

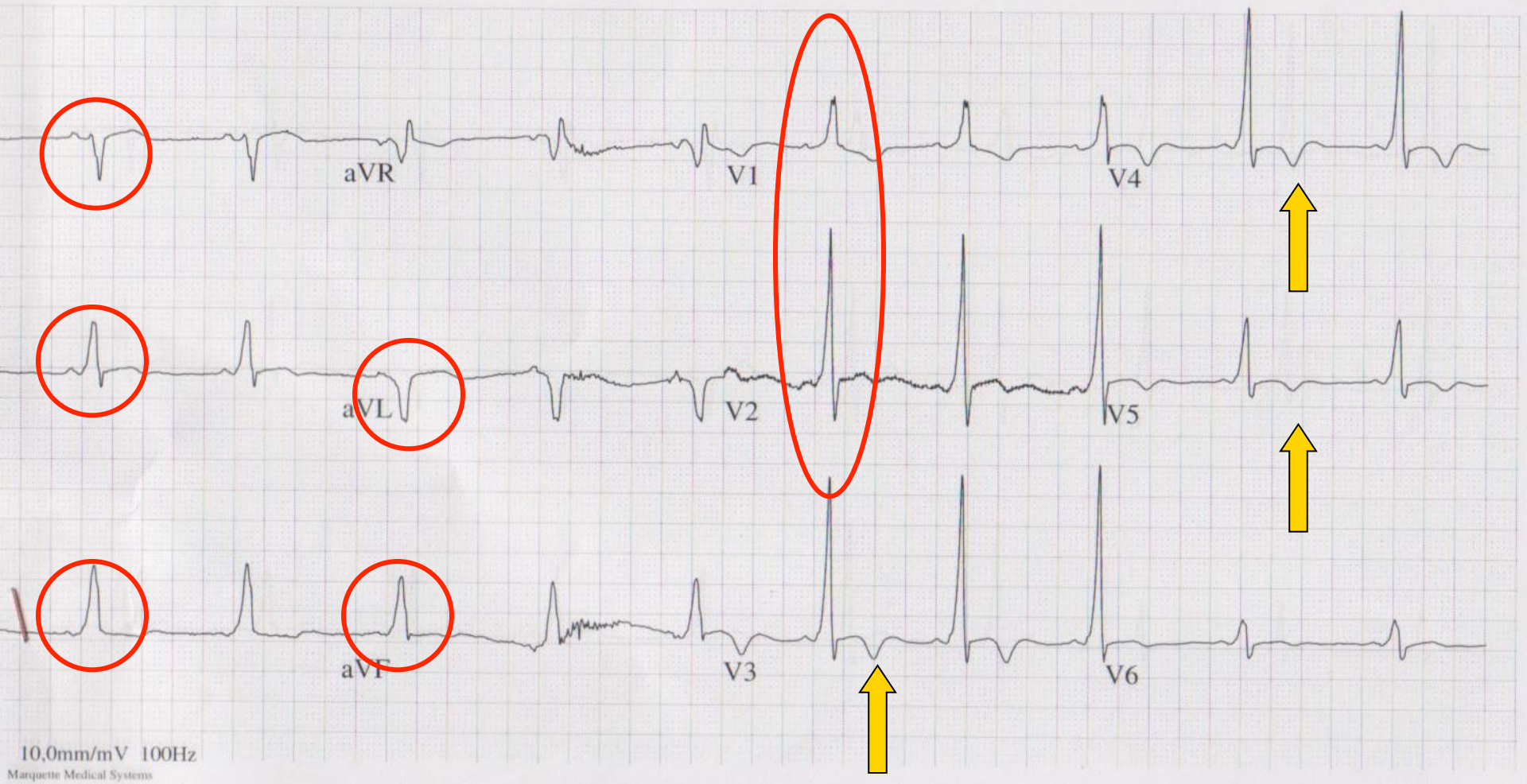

ID#: 012310082459 23Jan10 8:32:43
Choc 1 200J
II
aVR
Sp02 Recherche pouls
Sp02 Capteur ou Sp02
Sp02 Recherche pouls
x1 0.05-40Hz 25mm/sec
Diagnostic?
Nom:
ID:
012310082459
ID Patient:
Incident:
Age: 17
Sexe:
12 dériv 10
23 Jan 10
PR 0.174s
QT/Qtc
Axes P-QRS-T
aVR
FC 70 bpm
10:02:11
QRS 0.160s
0.410s/0.451s
207° 130° 66°
* ECG ANORMAL **Non confirmé**
** PROBABLE INVERSION DES ELECTRODES
(VERIFICATION SUGGEREE)
* AXE P ANORMAL POSSIBLE RYTHME
AURICULAIRE ECTOPIQUE AVEC QUELQUES
V1
EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES
* BLOC DE BRANCHE DROIT COMPLET (BBD)
* ANOMALIE DE L'ONDE T, POSSIBILITE
D'ISCHEMIE INFEROLATERALE
V4
I
aVL
V2
V5
III
aVF
V3
V6
25mm/sec
012310082459

Durée QRS	150	ms
QT/QTc	450/457	ms
Axes P–R–T	29 117	2

ECG ANORMAL

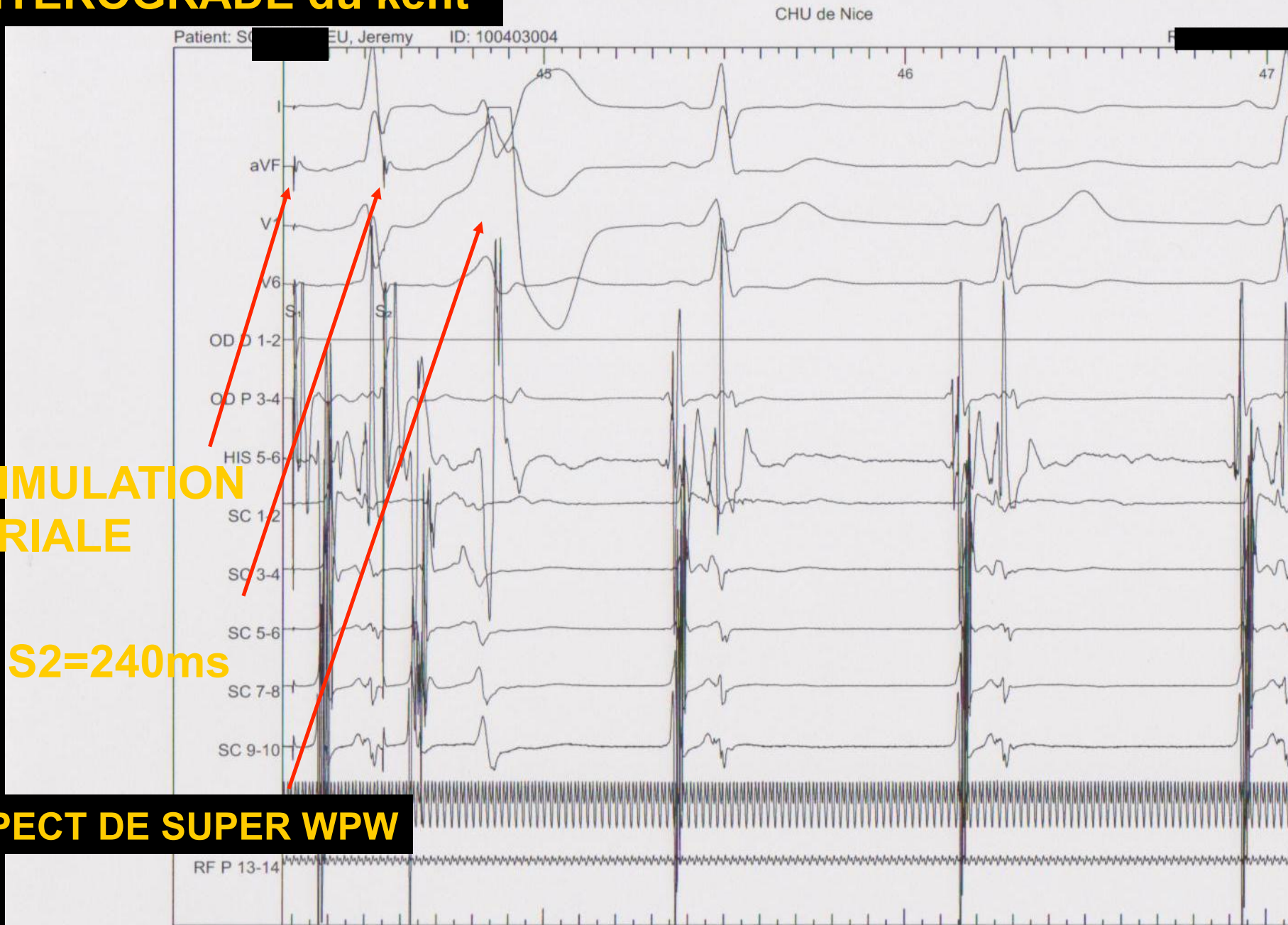
PRE EXCITATION VENTRICULAIRE ANTERO-LATERALE GAUCHE

Non confirmé



CHU de Nice
Patient [redacted], Jeremy ID: 100403004
[redacted]
46
47
48
I
aVF
V1
V6
OD D 1-2
OD P 3-4
HIS 5-6
SC 1-2
SC 3-4
SC 5-6
SC 7-8
SC 9-10
RF D 11-12
RF P 13-14
Page: ENDO MAP Speed: 67 mm/s Current Event: Ablation Start Procedure: ABLATION Date of Procedure: February 08 2010 Protocol: RF KENT
Current Event Info: Time = 10:35:14, TIR 2 Energy Source = Ept1000;

ETUDE de la perméabilité ANTEROGRADE du kent



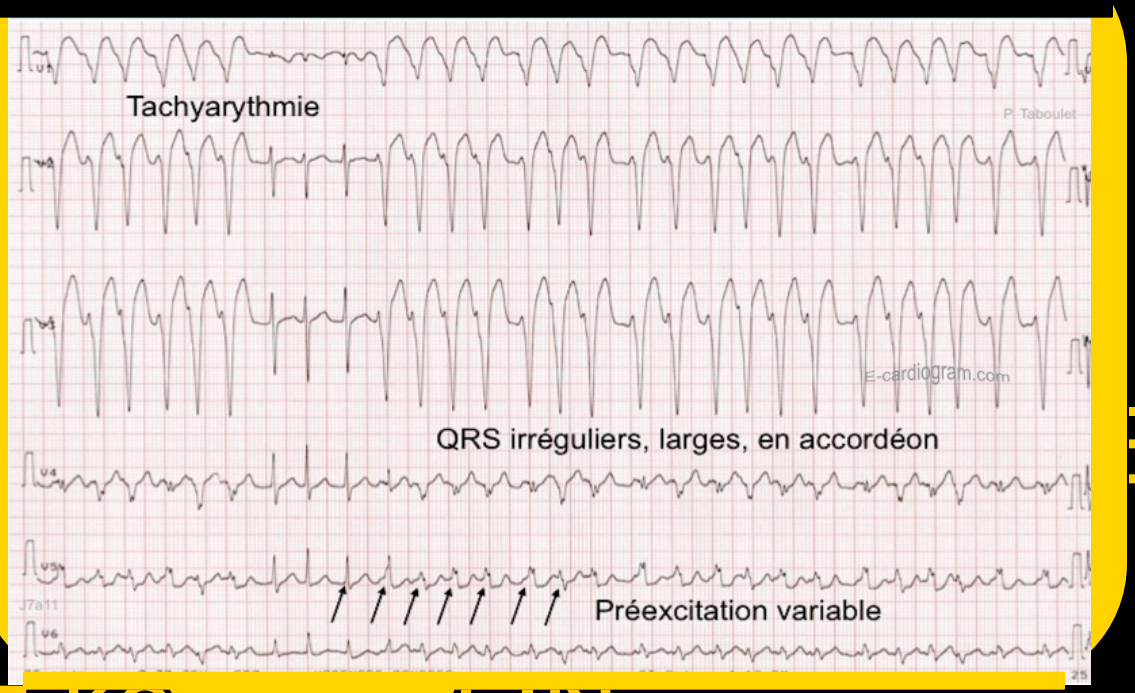
STIMULATION ATRIALE

S1 S2=240ms

ASPECT DE SUPER WPW

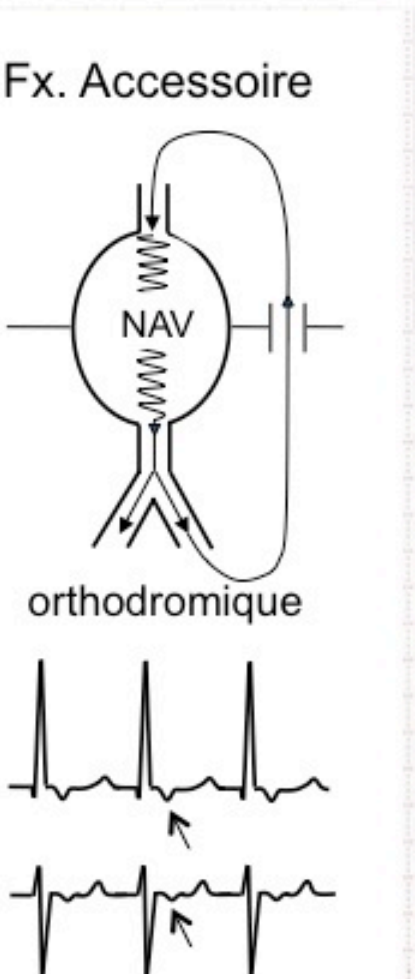
Période réfr E

= ke XLIN

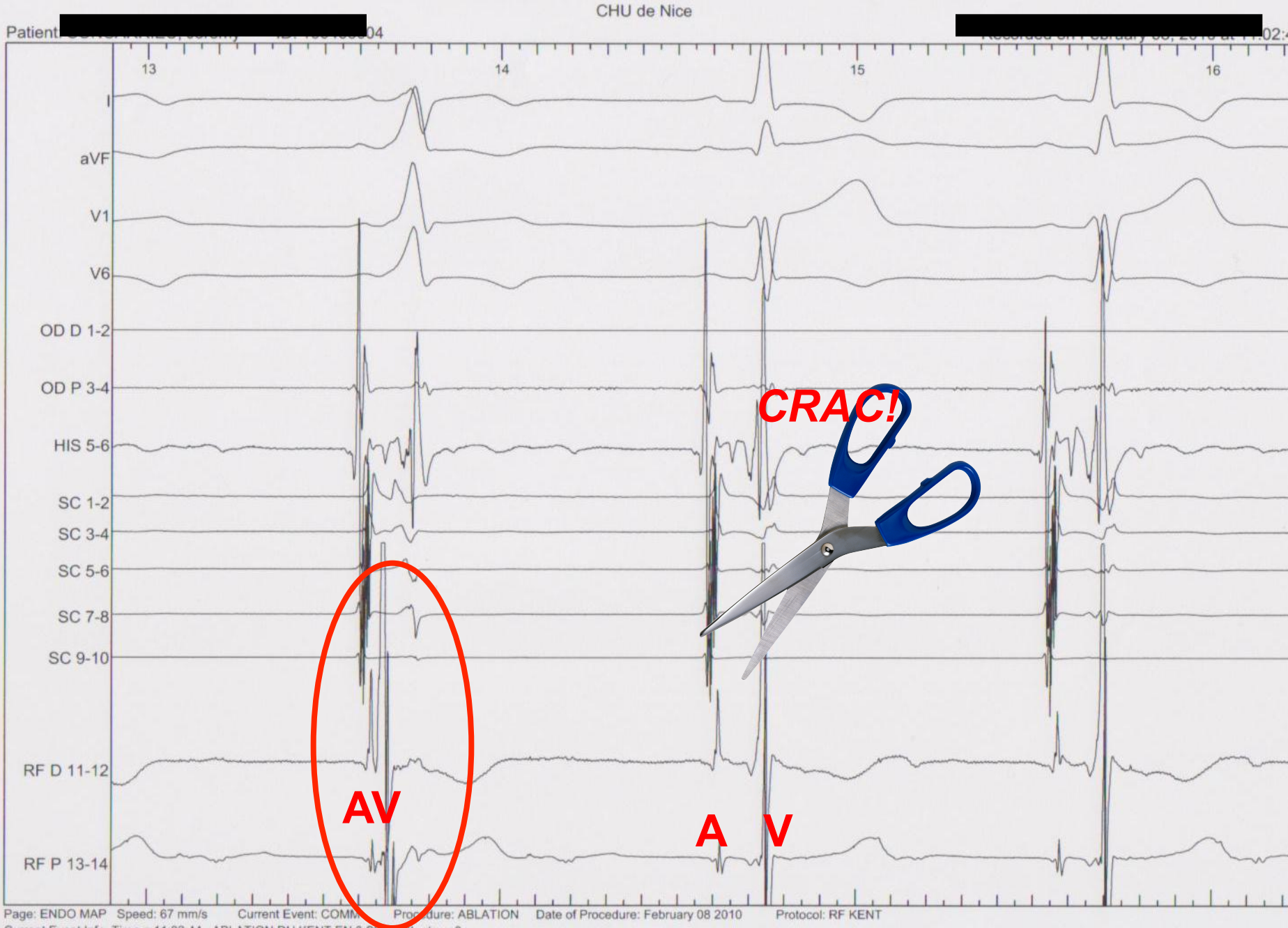


FA → SUPERWPW → FV

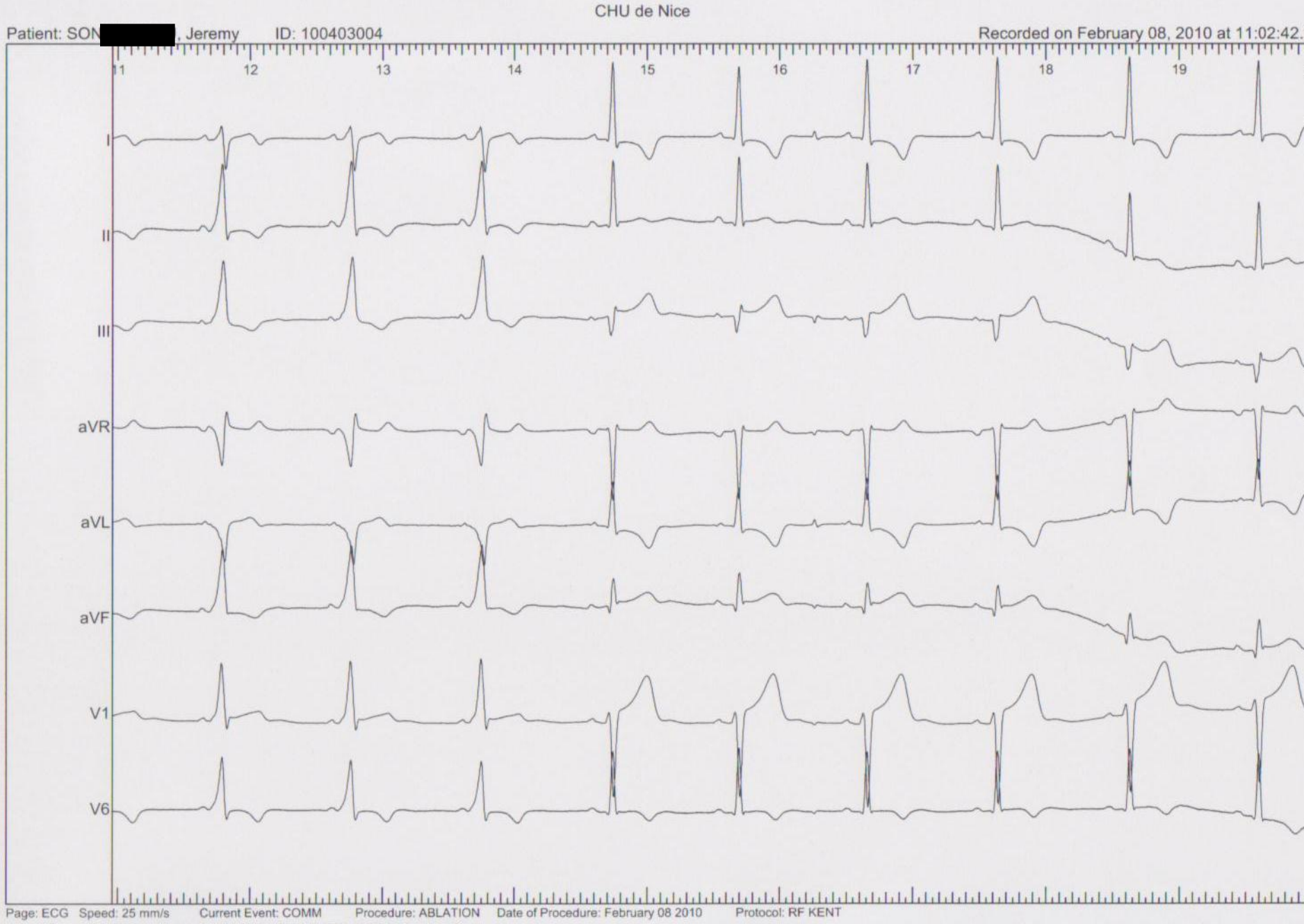
SENS RETROGRADE =TACHYCARDIE ORTHODROMIQUE

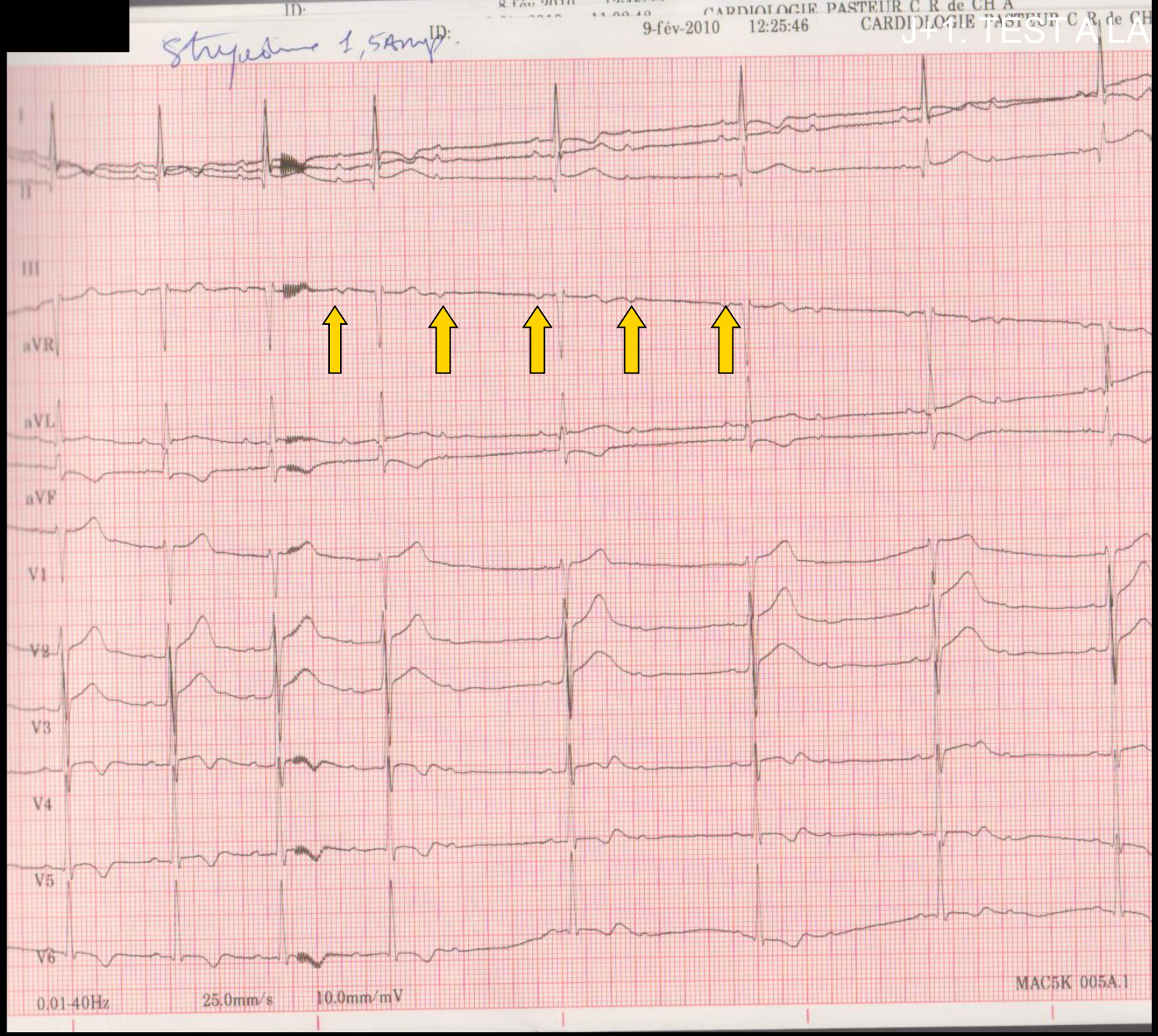


CHU de Nice
[redacted]3004
[redacted]
10
11
12
13
14
15
16
I
aVF
V1
V6
OD D 1-2
OD P 3-4
HIS 5-6
SC 1-2
SC 3-4
SC 5-6
SC 7-8
SC 9-10
3.198 s
RF D 11-12
RF P 13-14
RF
Page: ENDO MAP Speed: 33 mm/s Current Event: COMM Procedure: ABLATION Date of Procedure: February 08 2010 Protocol: RF KENT

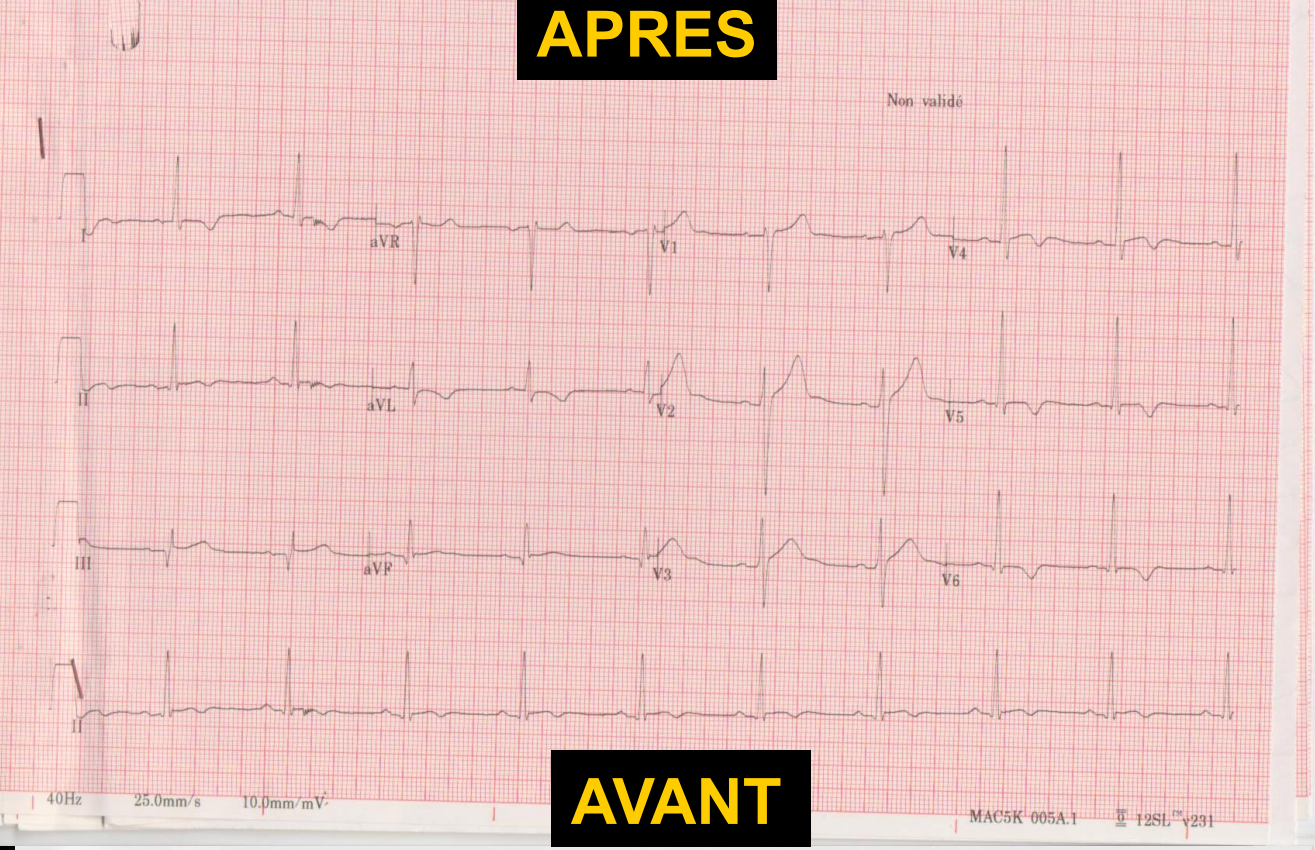

CHU de Nice
Patient [redacted]
13
14
15
16
I
aVF
V1
V6
OD D 1-2
OD P 3-4
HIS 5-6
SC 1-2
SC 3-4
SC 5-6
SC 7-8
SC 9-10
RF D 11-12
RF P 13-14
CRAC!
AV
A V
Page: ENDO MAP Speed: 67 mm/s Current Event: COMM Procedure: ABLATION Date of Procedure: February 08 2010 Protocol: RF KENT

EN SURFACE

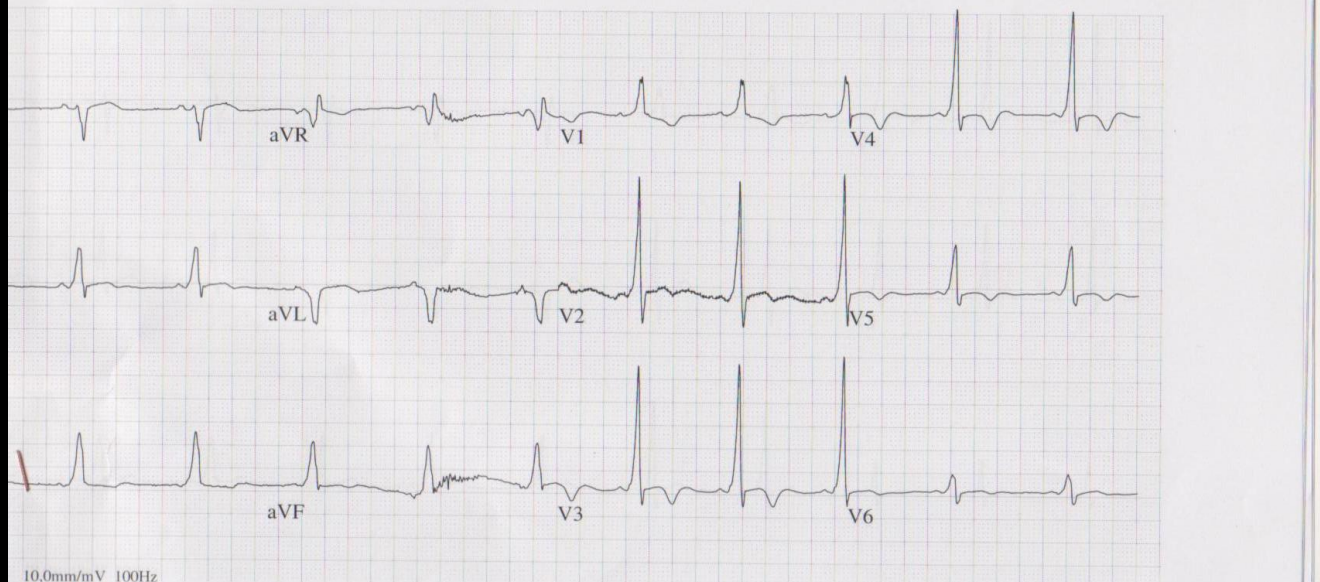

CHU de Nice
Patient: SON [redacted], Jeremy ID: 100403004
Recorded on February 08, 2010 at 11:02:42.
11 12 13 14 15 16 17 18 19
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V6
Page: ECG Speed: 25 mm/s Current Event: COMM Procedure: ABLATION Date of Procedure: February 08 2010 Protocol: RF KENT


ID:
9-fév-2010 12:25:46
CARDIOLOGIE PASTEUR C R de CH A
J+1: TEST A LA STRIADYN
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
0.01-40Hz
25.0mm/s
10.0mm/mV
MAC5K 005A.1

APRES



AVANT



TRAITEMENT definitif
CURATIF DE FV
PEU INVASIF

90 SECONDES DE RF

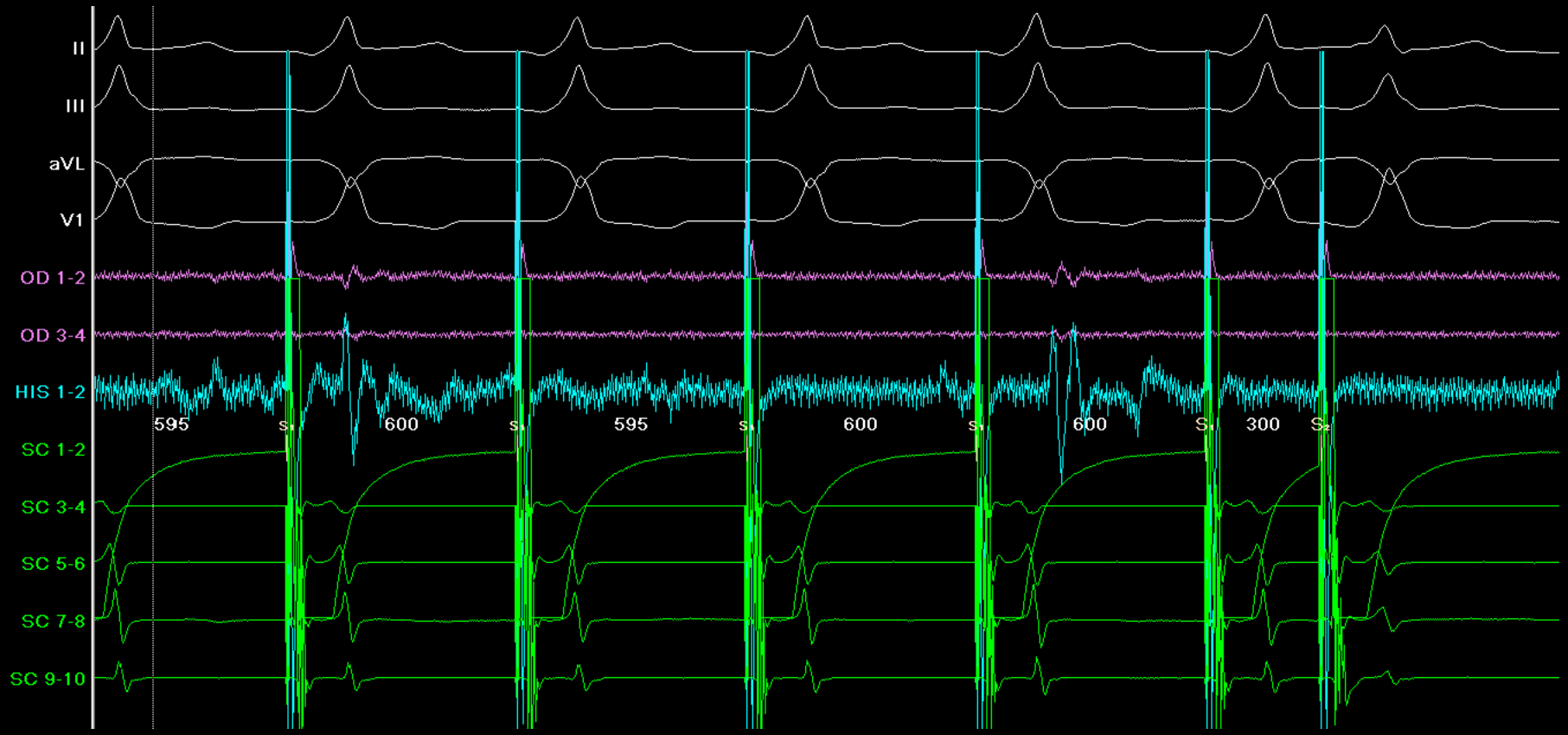
Retour à la normale

Take home message

Toutes préexcitations, même asymptomatiques = épreuve d'effort et/ou EEP !!

DIAGNOSTIC ?

13 ans, pas d'atcd , ett normale, palpitations

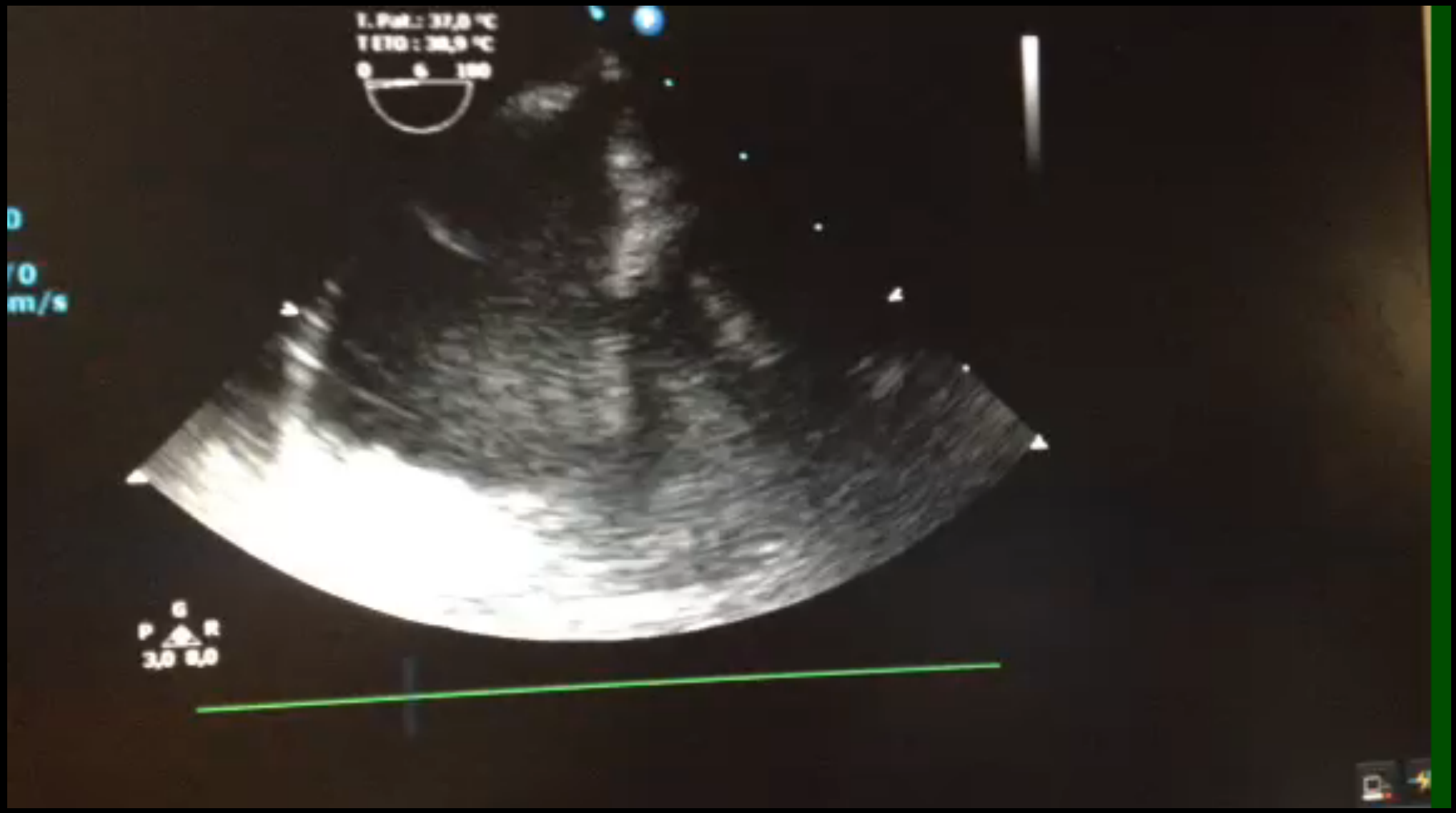

II
III
aVL
V1
OD 1-2
OD 3-4
HIS 1-2
SC 1-2
SC 3-4
SC 5-6
SC 7-8
SC 9-10
595
S1
600
S1
595
S1
600
S1
600
S1
300
S2

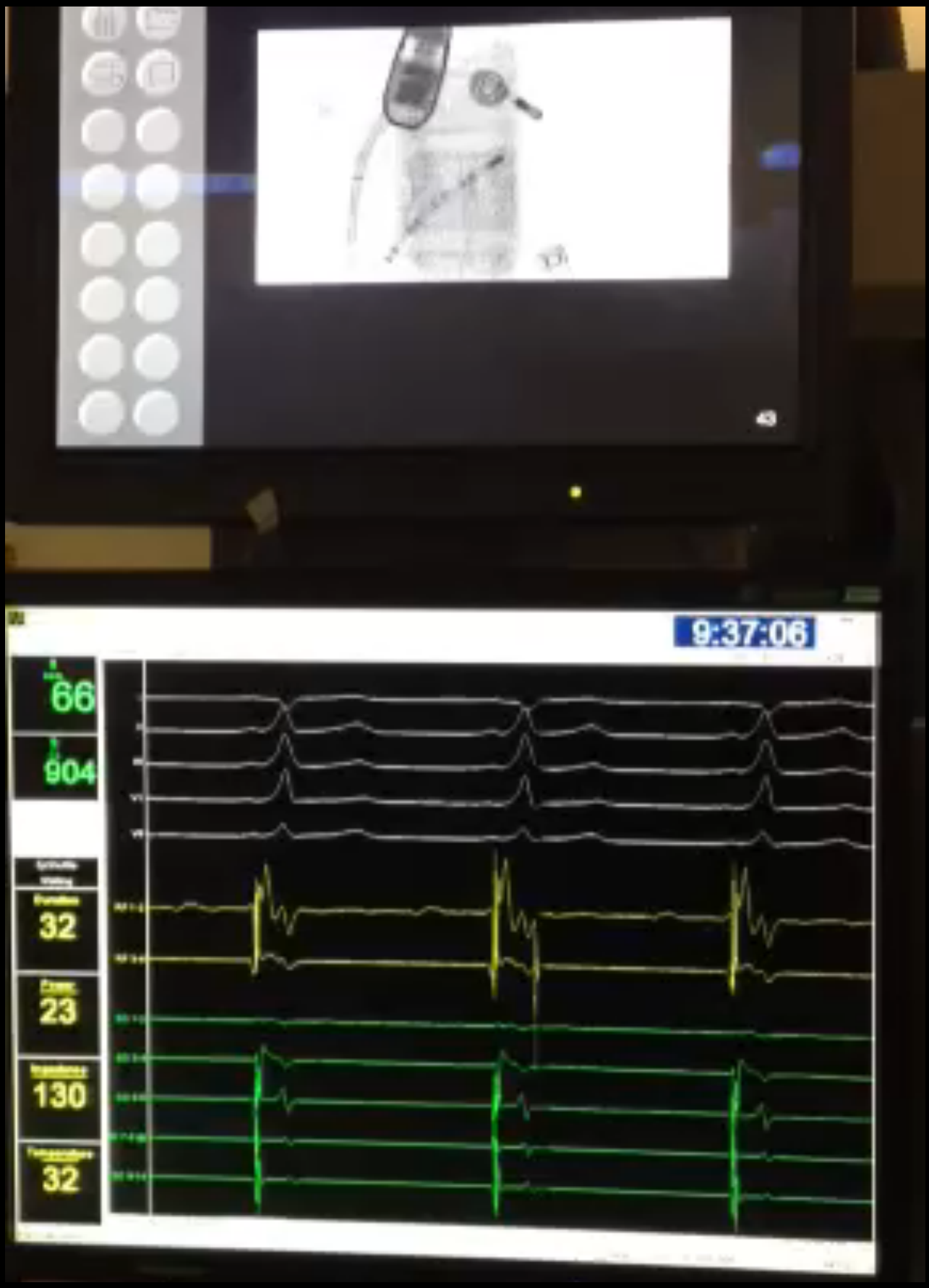
CONDUCTION ANTIDROMIQUE

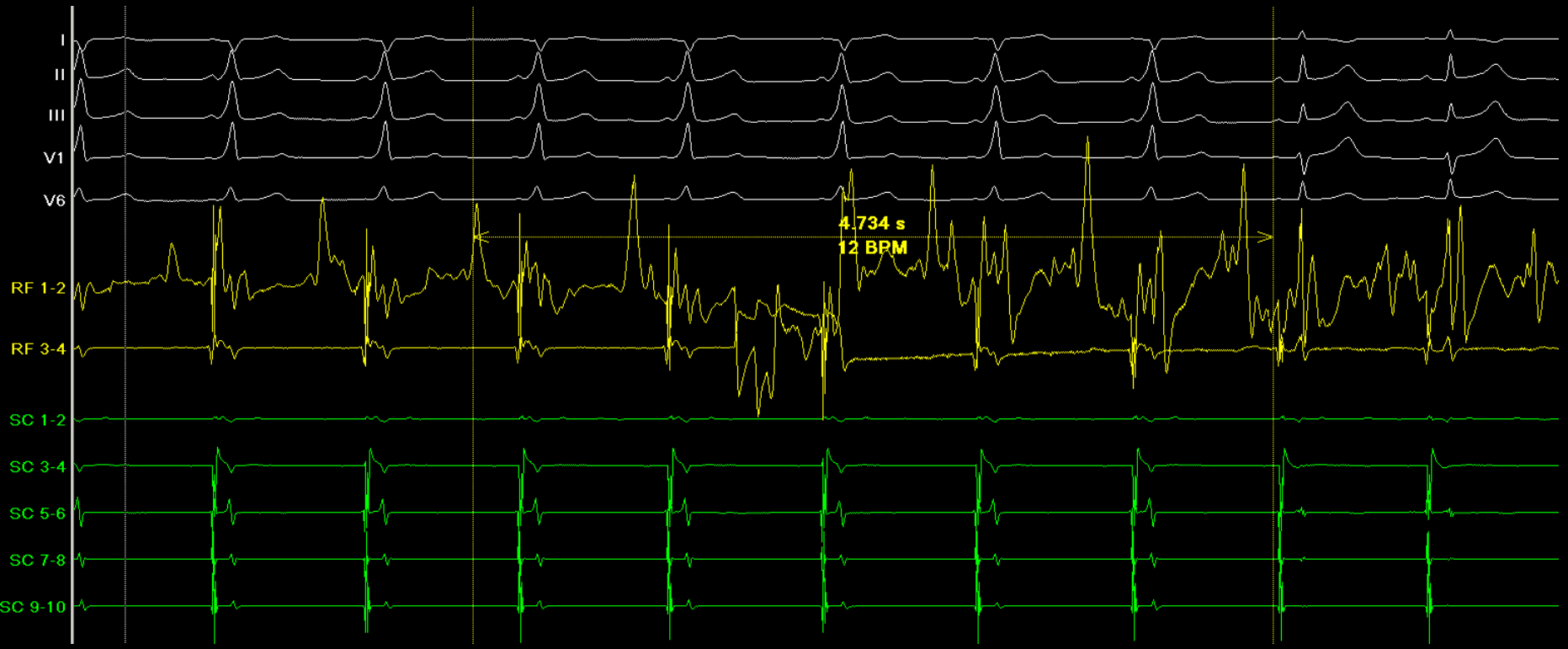
CONDUCTION ORTHODROMIQUE

ABLATION?

- Oui car :
  - localisation non dangereuse
  - Symptômes (conduction antéro et rétro)
  - Observance du Traitement au long cours difficile à gérer chez le jeune enfant
  - 1 tir = Guérison avec reprise d'activité normale


T. Pat.: 37,0 °C
T ETO : 38,9 °C
0 6 100
m/s
G
P R
3,0 8,0


9:37:06
66
904
32
23
130
32


I
II
III
V1
V6
4.734 s
12 BPM
RF 1-2
RF 3-4
SC 1-2
SC 3-4
SC 5-6
SC 7-8
SC 9-10

Wolff–Parkinson–White ablation after a prior failure: a 7-year multicentre experience

Frederic Sacher[1,2*], Matthew Wright[1,3], Usha B. Tedrow[2], Mark D. O'Neill[1,3], Pierre Jais[1], Mélèze Hocini[1], Rosie Macdonald[3], D. Wyn Davies[3], Prapa Kanagaratnam[3], Nicolas Derval[1], Laurence Epstein[2], Nicholas S. Peters[3], William G. Stevenson[2], and Michel Haissaguerre[1]

Table 1 Patient and procedure characteristics
displayed in the total column)

Acute Success		
Number of previous procedures	2	1
Radiofrequency time (min)	4	10
Fluoroscopy time (min)	17	25
Procedure time (min)	70	90
Transseptal	22 (100%)	3 (25%)
Irrigated-tip catheter	20 (91%)	12 (100%
Energy used	RF	RF

RF, radiofrequency energy; Cryo, cryoenergy.

had not been attempted during the initial procedure. At the repeat procedure, transseptal access was performed in all of these patients and the AP was successfully eliminated with a single application. Inaccurate mapping of the AP was thought to