ECG

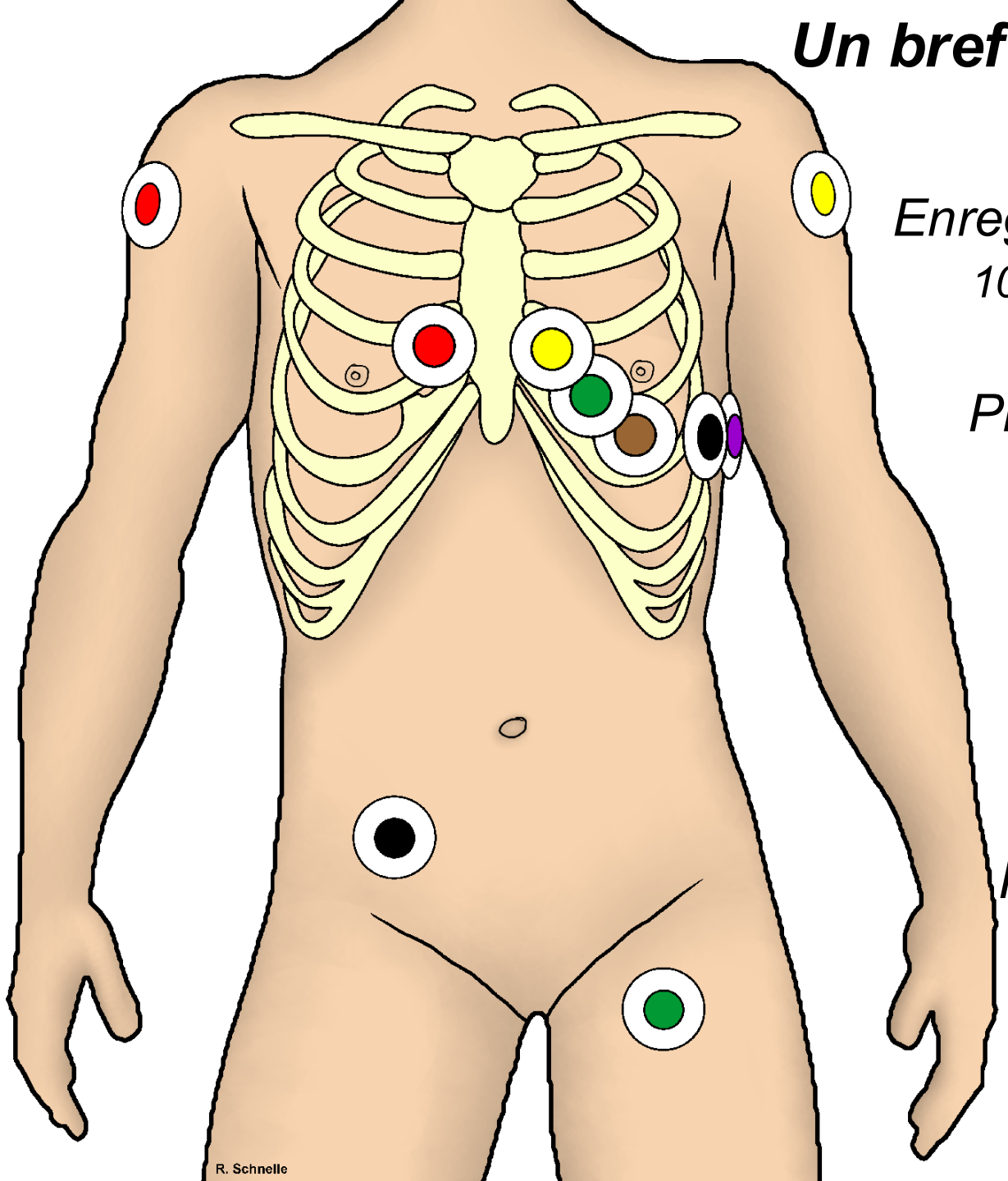
Vendredi 6 février 2026

DIU Réanimation cardio-pédiatrique

Dr TIXIER Romain

Service d'électrophysiologie et stimulation cardiaque

CHU BORDEAUX & IHU LIRYC



Un bref rappel concernant la position des électrodes

Enregistrement ***standard :***

10 électrodes = 12 dérivations

Plan ***FRONTAL***

3 électrodes :

- ***R*** *— M. S. Droit*
- ***L*** *— M.S. Gauche*
- ***F*** *— M. I. Gauche*

1 électrode neutre (stabilisation de l'enregistrement)

- ***N*** *— M. I. Droit habituellement*

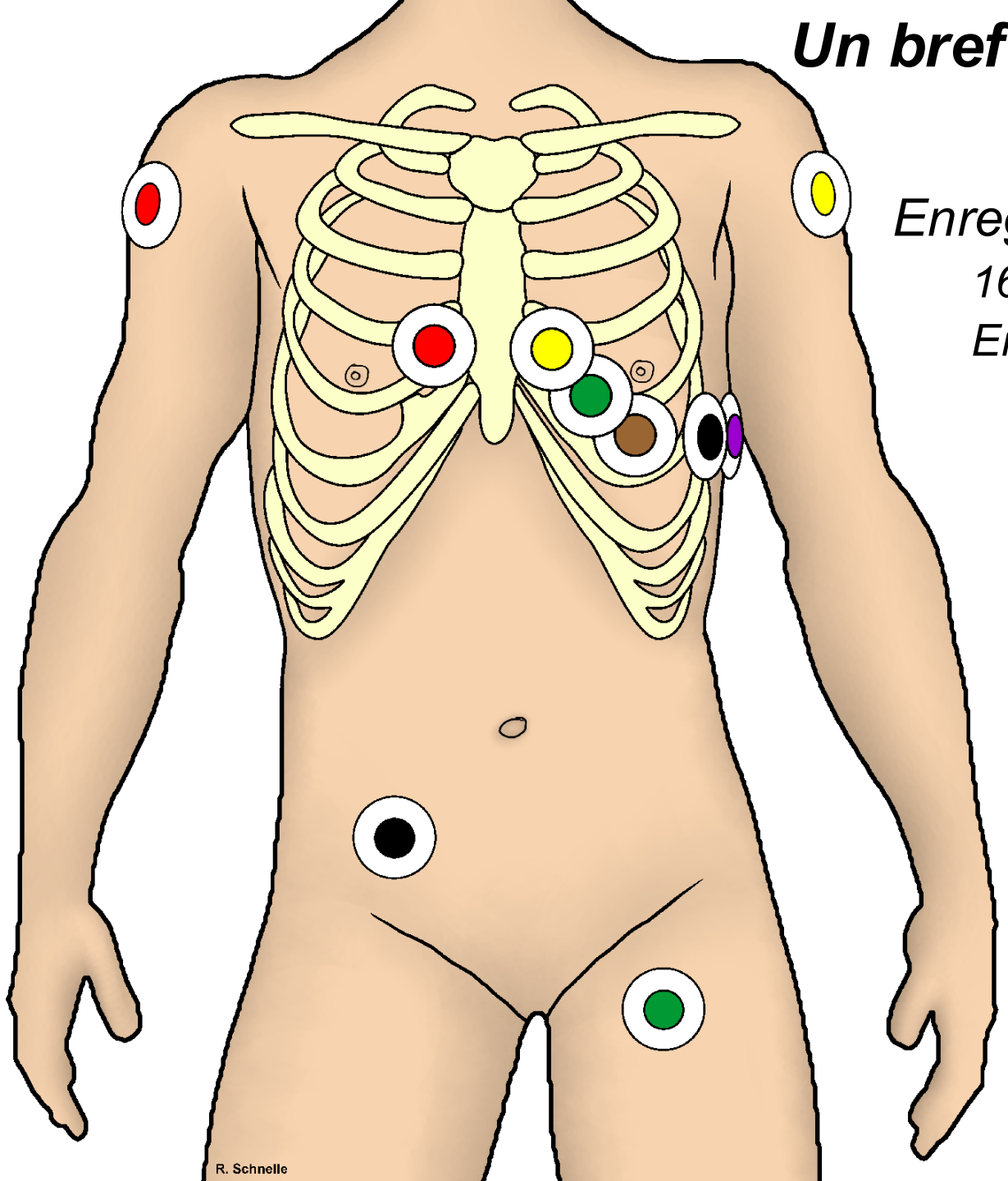
Plan ***HORIZONTAL (précordial)***

6 électrodes

V1 *IV^e^ EI D ;* ***V2*** *IV^e^ EI G*

V3 ***V4*** *V^e^ EI mid-claviculaire*

V5 ***V6*** *mid-axillaire, au même niveau que V4*



Un bref rappel concernant la position des électrodes

*Enregistrement **18 dérivations :***

16 électrodes = 18 dérivations

Enregistrement en 2 temps

*Dérivations **DROITES** :*

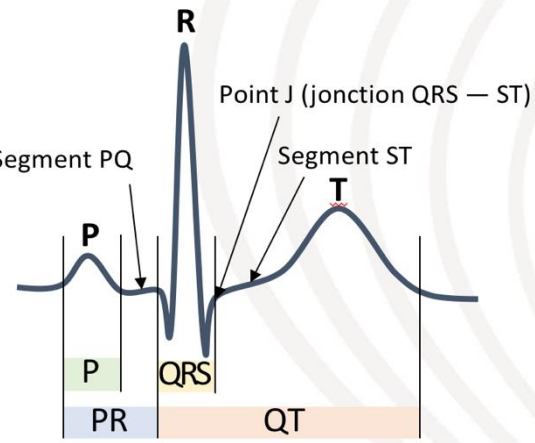
V3R et V4R : symétriques de V3 et V4

V_E : au niveau épigastre

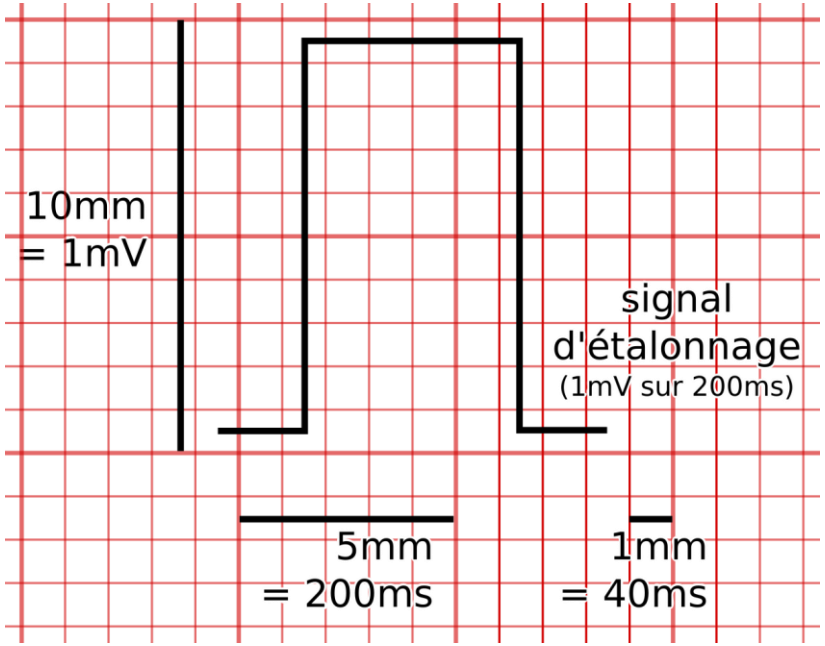
*Dérivations **POSTÉRIEURES** :*

V7, V8, V9 : prolongement de V6 vers le dos.

INTRODUCTION : LES REGLES D'OR



1. ECG **sans artefact**
2. Vérification de la **vitesse** de défilement, de **l'amplitude** et des filtres
   - vitesse de défilement = 25mm/s = 200ms GC = 40ms PC
   - amplitude = 10mm/mV
   - filtrage idéalement 0.05-150Hz + 50Hz
3. Ne pas hésiter à faire des **ECG long**
4. Douleur thoracique = **18 dérivations**
5. Eviter **d'écrire** sur les tracés



INTRODUCTION : LES REGLES D'OR

REUSSIR A AVOIR UN ECG DE BONNE QUALITE

SCOPE ≠ ECG

TOUTE MANŒUVRE OU TEST MEDICAMENTEUX = ECG 12D CONTINU

NE PAS HESITER A AVOIR DES ECG LONGS +++

NE PAS GRIBOUILLER SUR LES ECG !

NE PAS CROIRE TOUT CE QUE LA MACHINE VOUS DIT

INTRODUCTION : POINT SUR LES PM & LES DAI

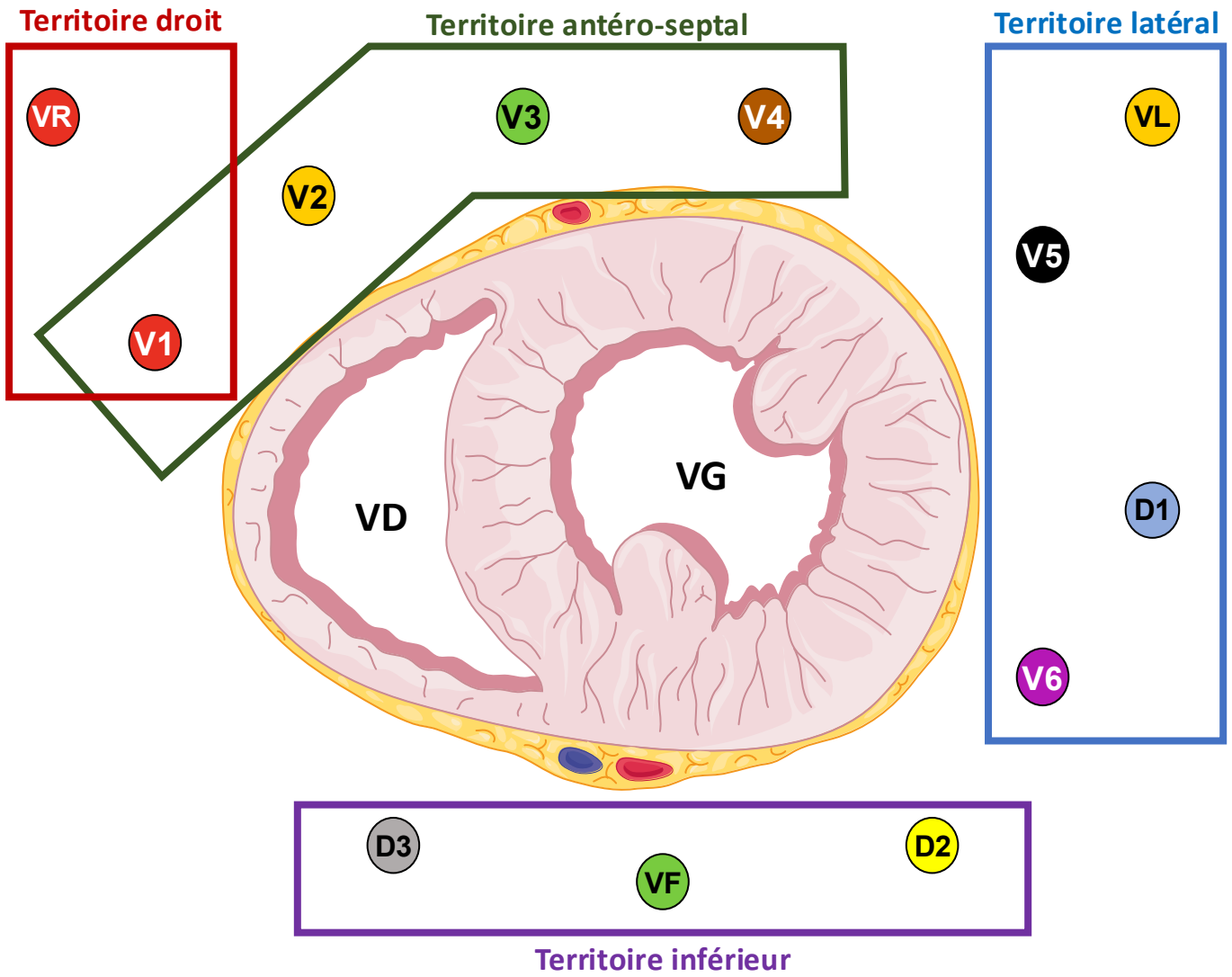
AU DÉPART LES CHOSES ÉTAIENT SIMPLES :

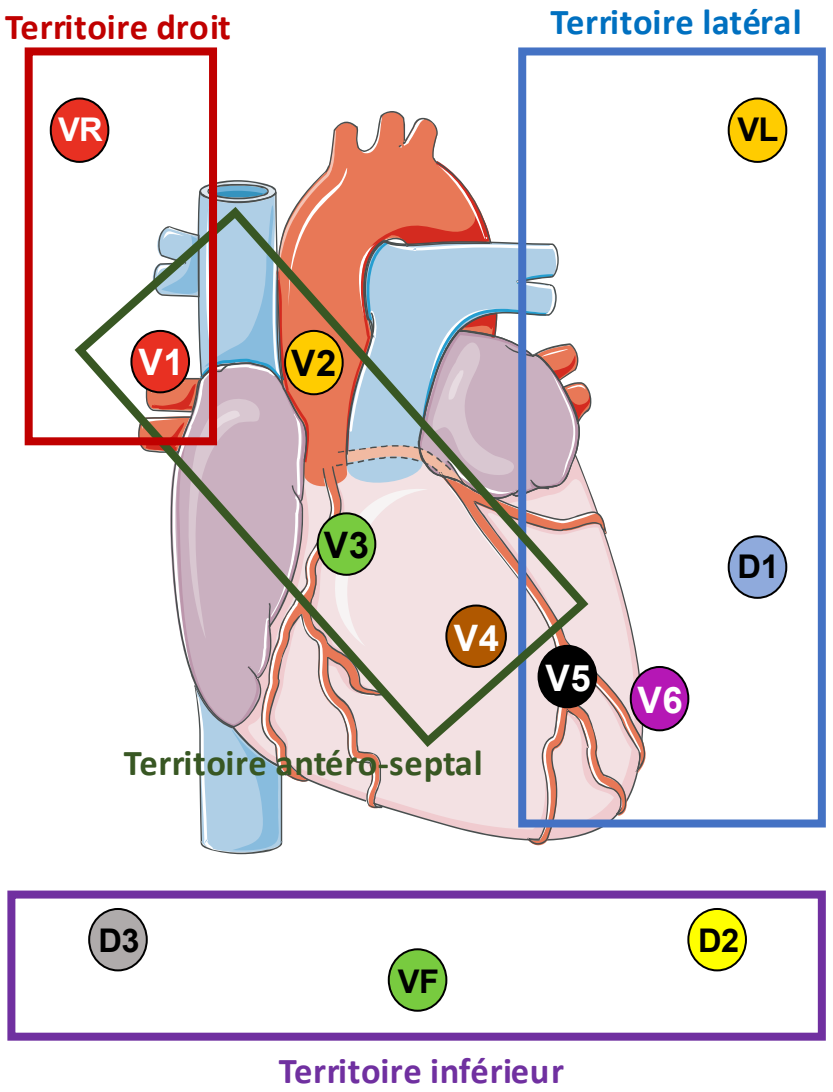
- Boitier de stimulateur **facilement senti sous la peau** et présence d'une **cicatrice**
- Stimulateurs cardiaque réglés en stimulation unipolaire = **artéfacts de stimulations toujours présents**
- **Patients toujours stimulés** (mode unique de stimulation)
- Stimulation dans le VD = **QRS larges et retard gauche** (ie. presque un BBG)
- Un défibrillateur = un stimulateur cardiaque + une fonction de défibrillation

MAIS …

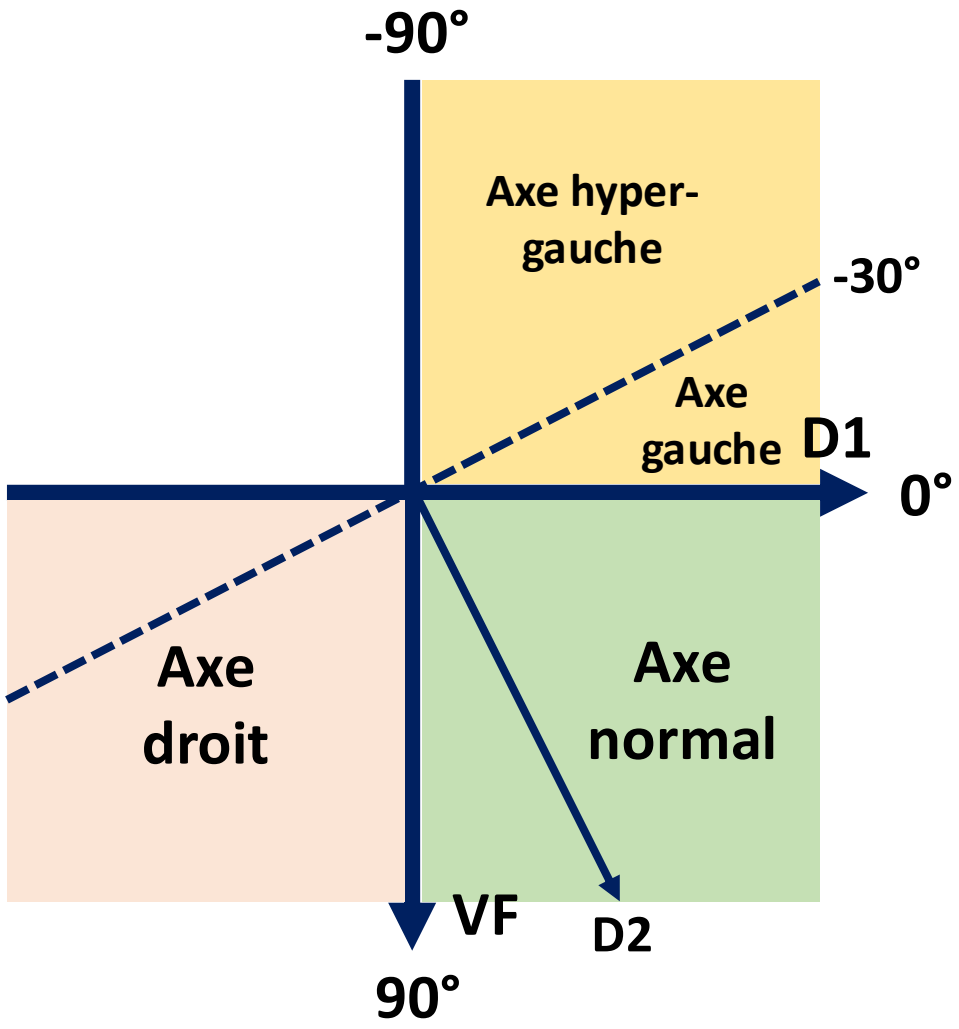
- Stimulateurs cardiaques maintenant souvent réglés en bipolaire = **peu voire pas d'artefact de stimulation**
- Modes de stimulation évitant de trop stimuler le VD = **patients pas toujours stimulés**
- Apparition de la resynchronisation cardiaque = **QRS moins larges**
- Apparition de la stimulation de branche gauche = **QRS fins**
- Stimulateurs cardiaques sans sondes (capsule intra-VD) = **pas de cicatrice et pas de boitier sous la peau**
- Défibrillateurs sous cutanés = pas de fonction de stimulation possible

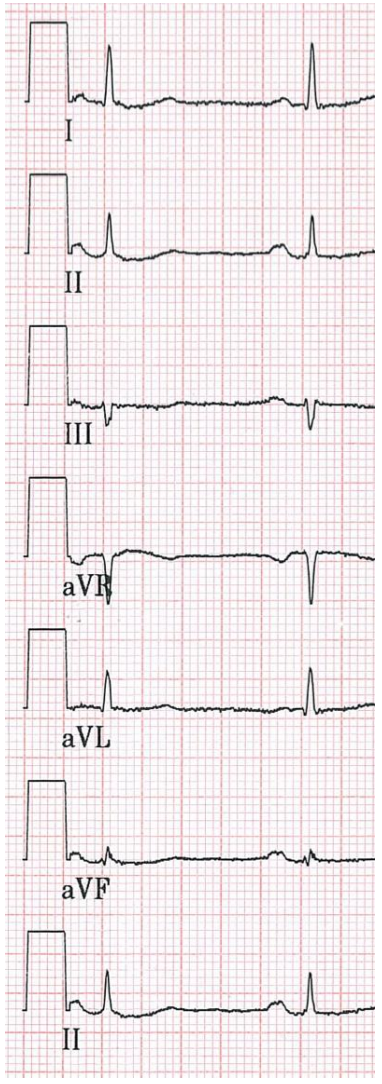
INTRODUCTION : TERRITOIRES ECG



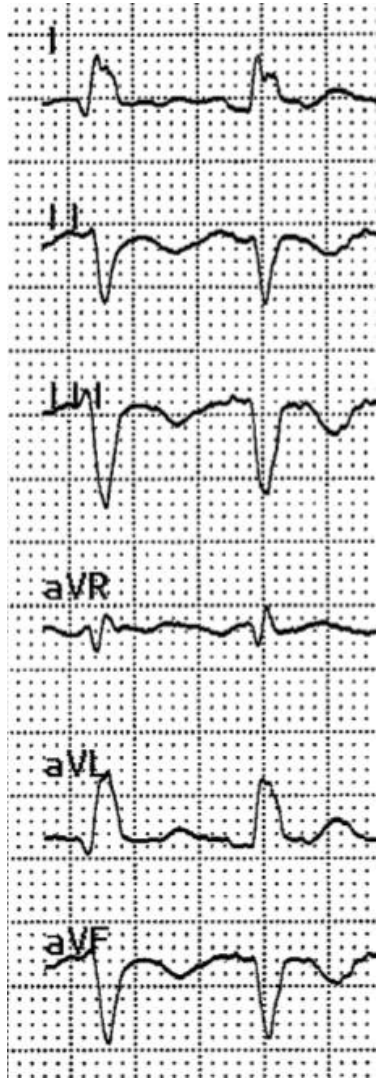


INTRODUCTION : AXE ELECTRIQUE DU COEUR

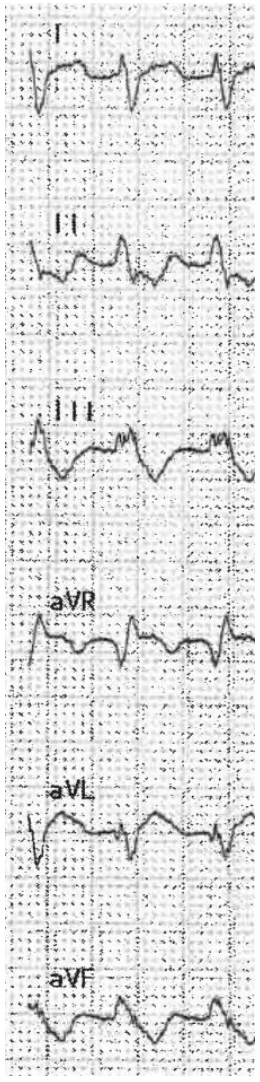




Axe normal

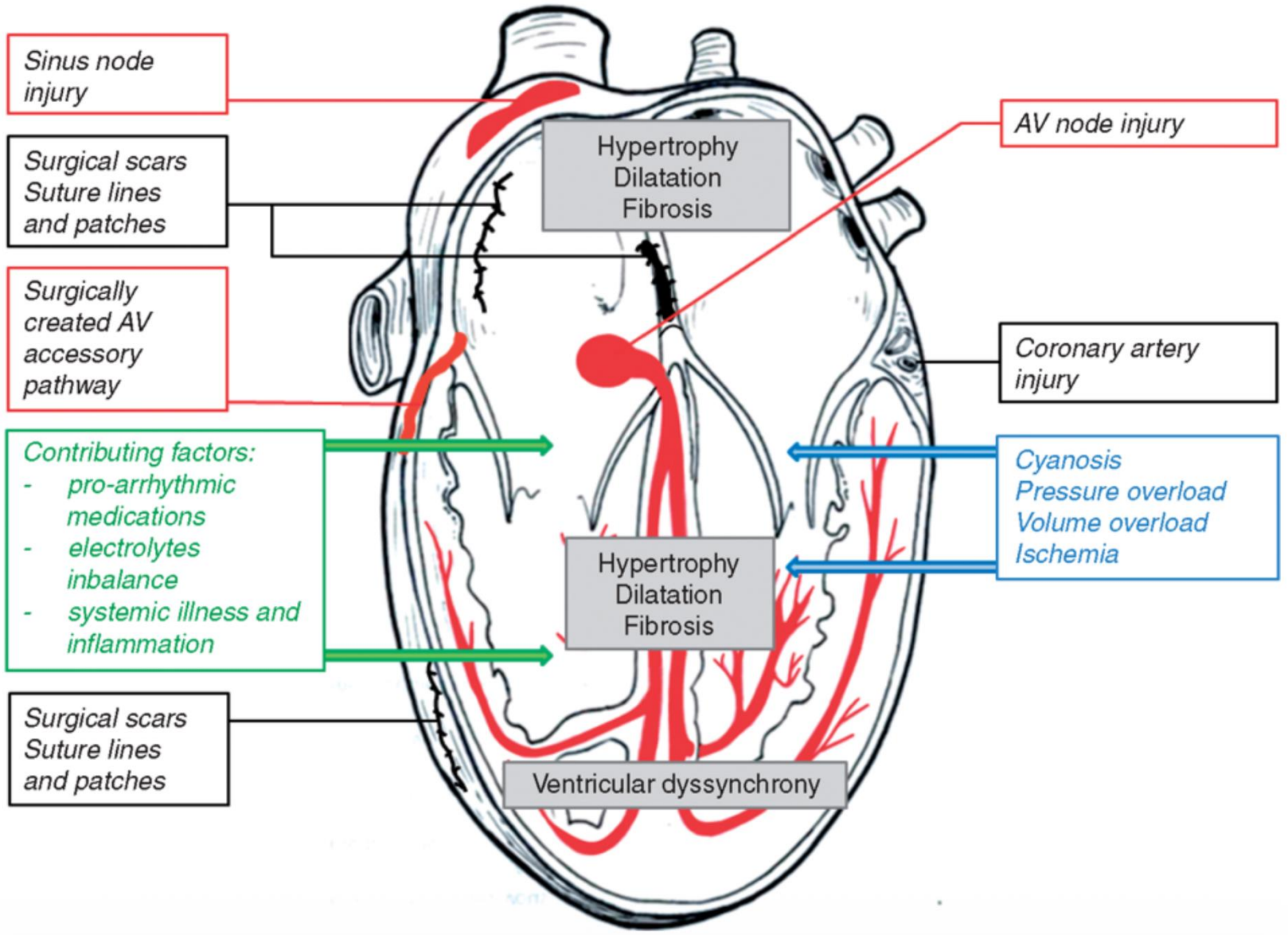


Axe hyper-G

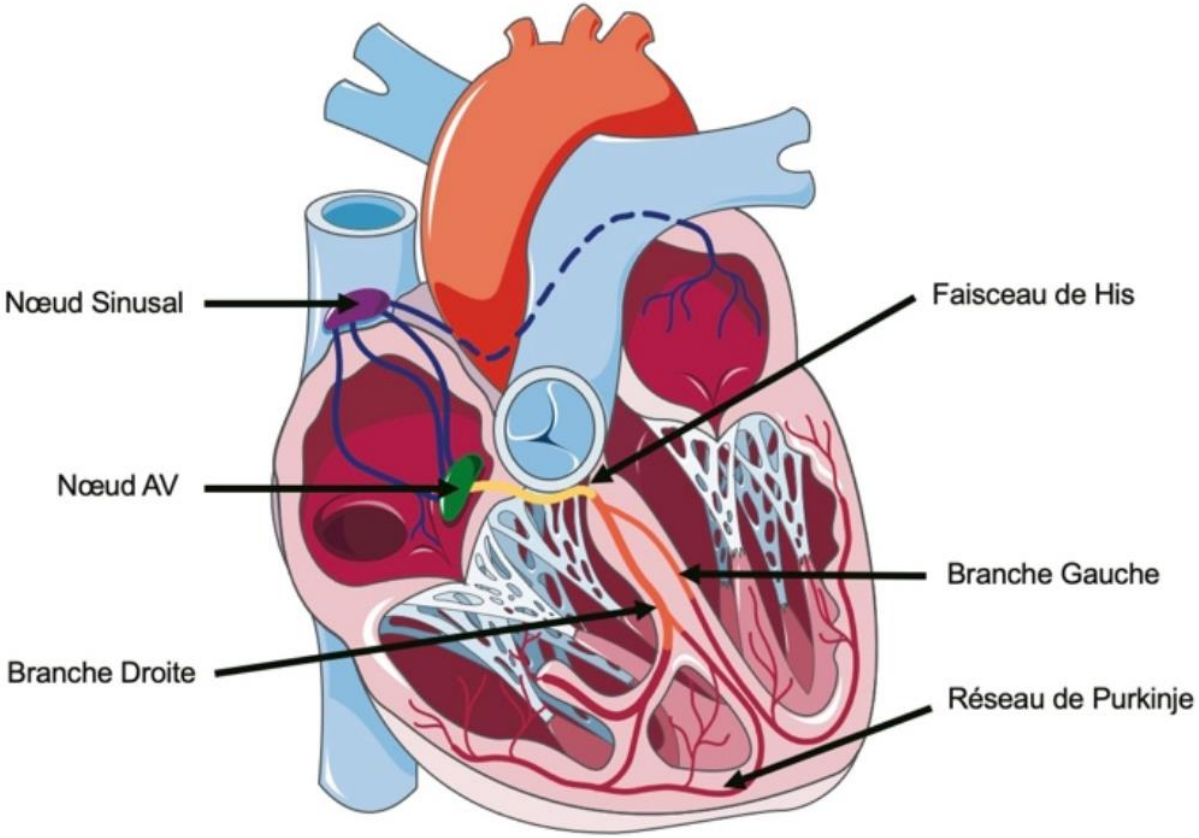


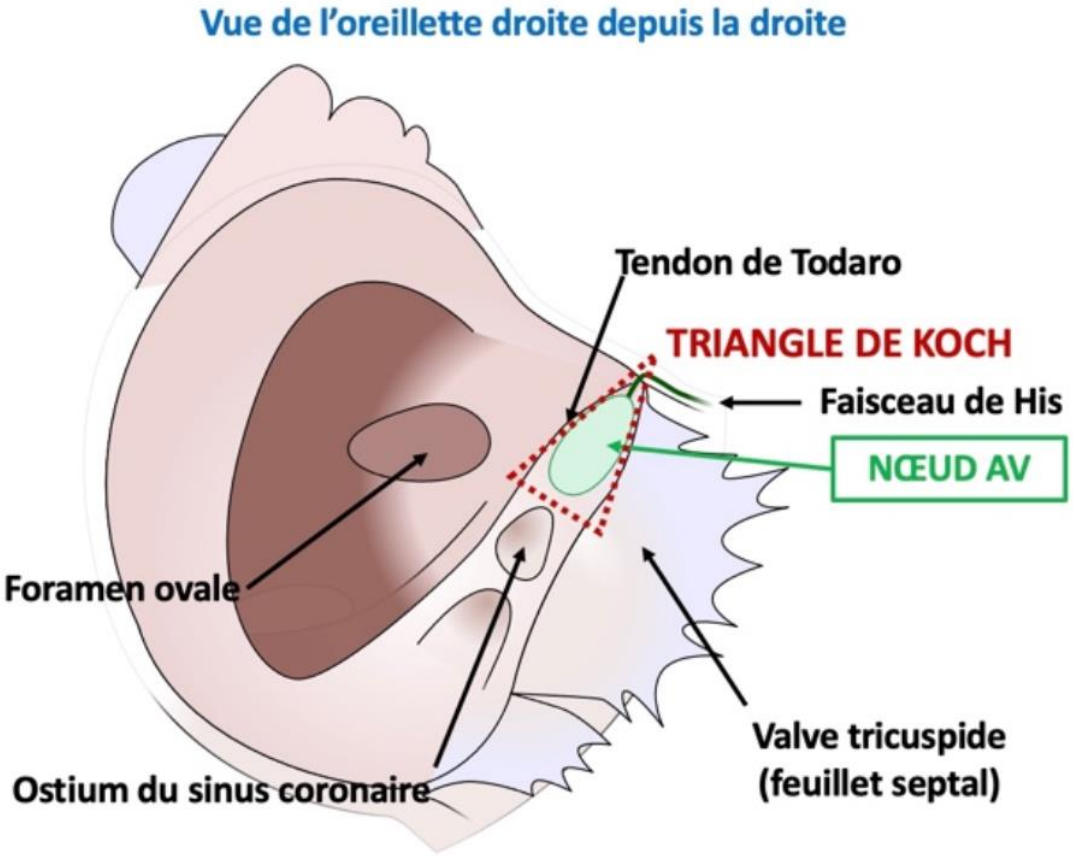
Axe droit

INTRODUCTION : PHYSIOPATHOLOGIE



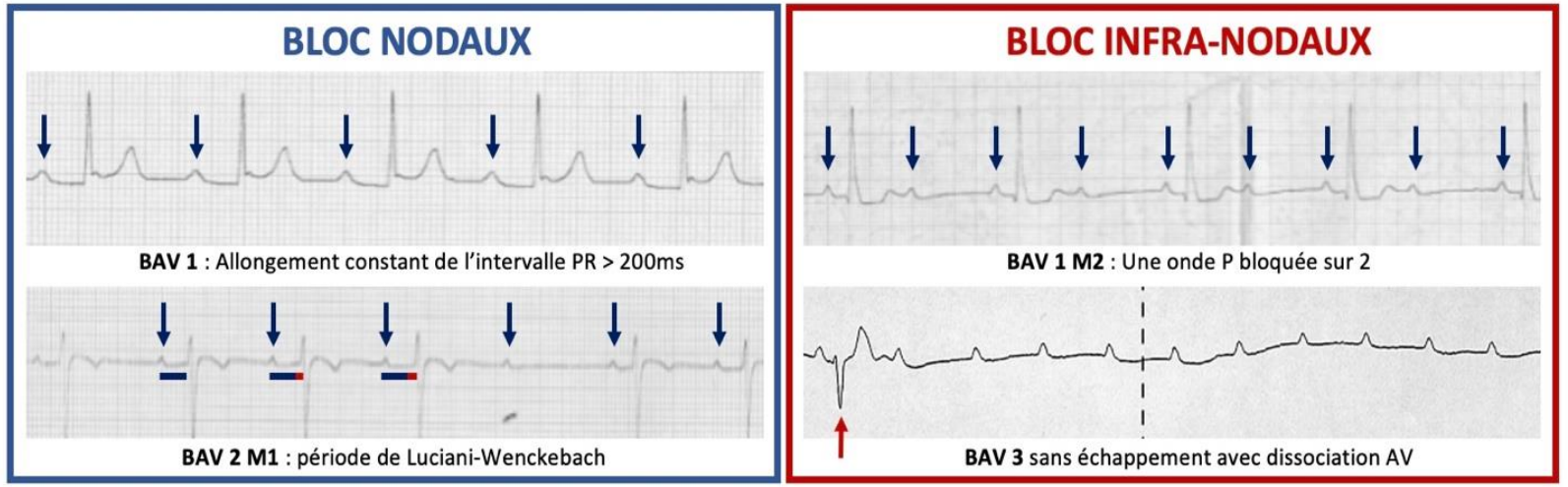
TROUBLES CONDUCTIFS : ANATOMIE





TROUBLES CONDUCTIFS : LE RESUME

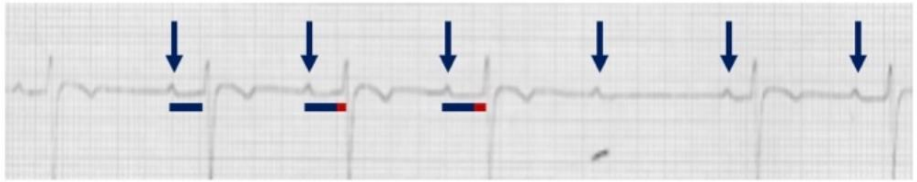
Normal	BAV 1	BAV 2			BAV 3
		Mobitz 1		Mobitz 2	
PR ≤ 200 P/QRS = 1	PR **> 200** P/QRS = 1	**Allongement progressif** PR (Séquences de Luciani-Wenckebach) P/QRS > 1	**2 p pour 1 QRS** Forme frontière P/QRS = 2	**Perte de conduction** sans allongement préalable P/QRS > 1	**Aucun lien** entre ondes p et QRS P/QRS > 1



TROUBLES CONDUCTIFS : LA PRISE EN CHARGE

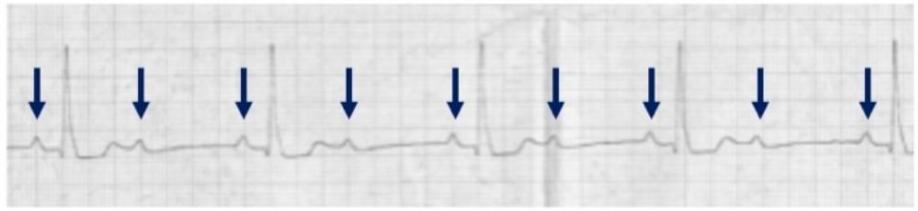
BLOC NODAUX

BAV 1 : Allongement constant de l'intervalle PR > 200ms

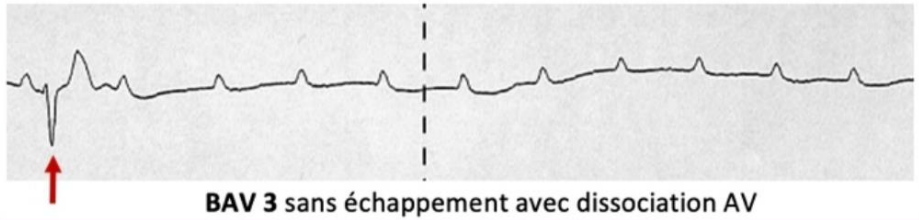


BAV 2 M1 : période de Luciani-Wenckebach

BLOC INFRA-NODAUX



BAV 1 M2 : Une onde P bloquée sur 2



BAV 3 sans échappement avec dissociation AV

INDICATIONS PM

- BAV complet > 10 jours
- BAV complet intermittent avec symptôme type syncope > 10 jours
- BAV intermittent avec alternance BBG et BBD

NON INDICATION PM

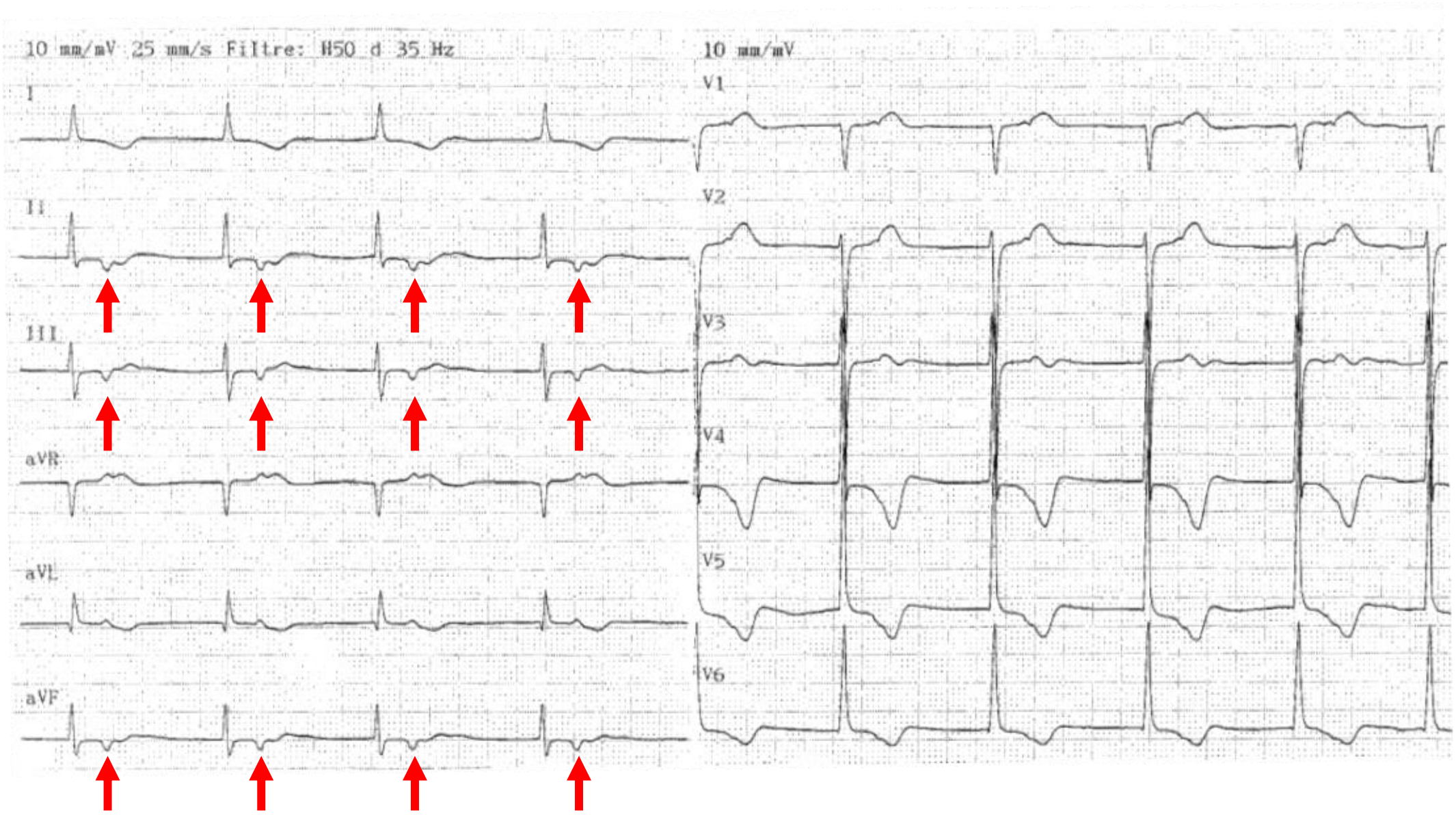
- BAV < 48h
- BAV < 10 jours avec échappement QRS fins

NB : signalétiques des PM

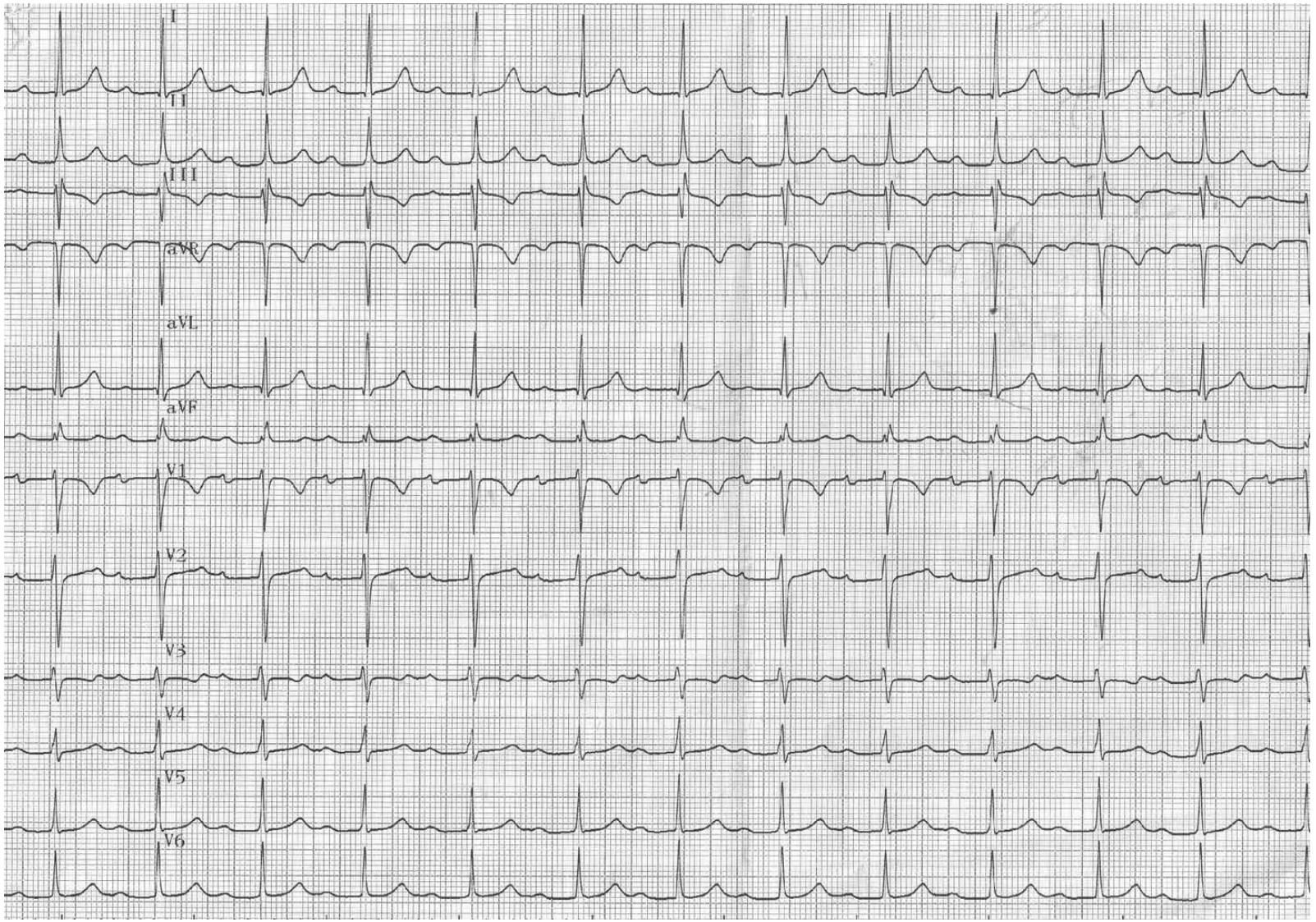
S : cavité / 0
D : cavité / 0
F : T - I - D – 0

Exemples : DDD / VVI / AAI

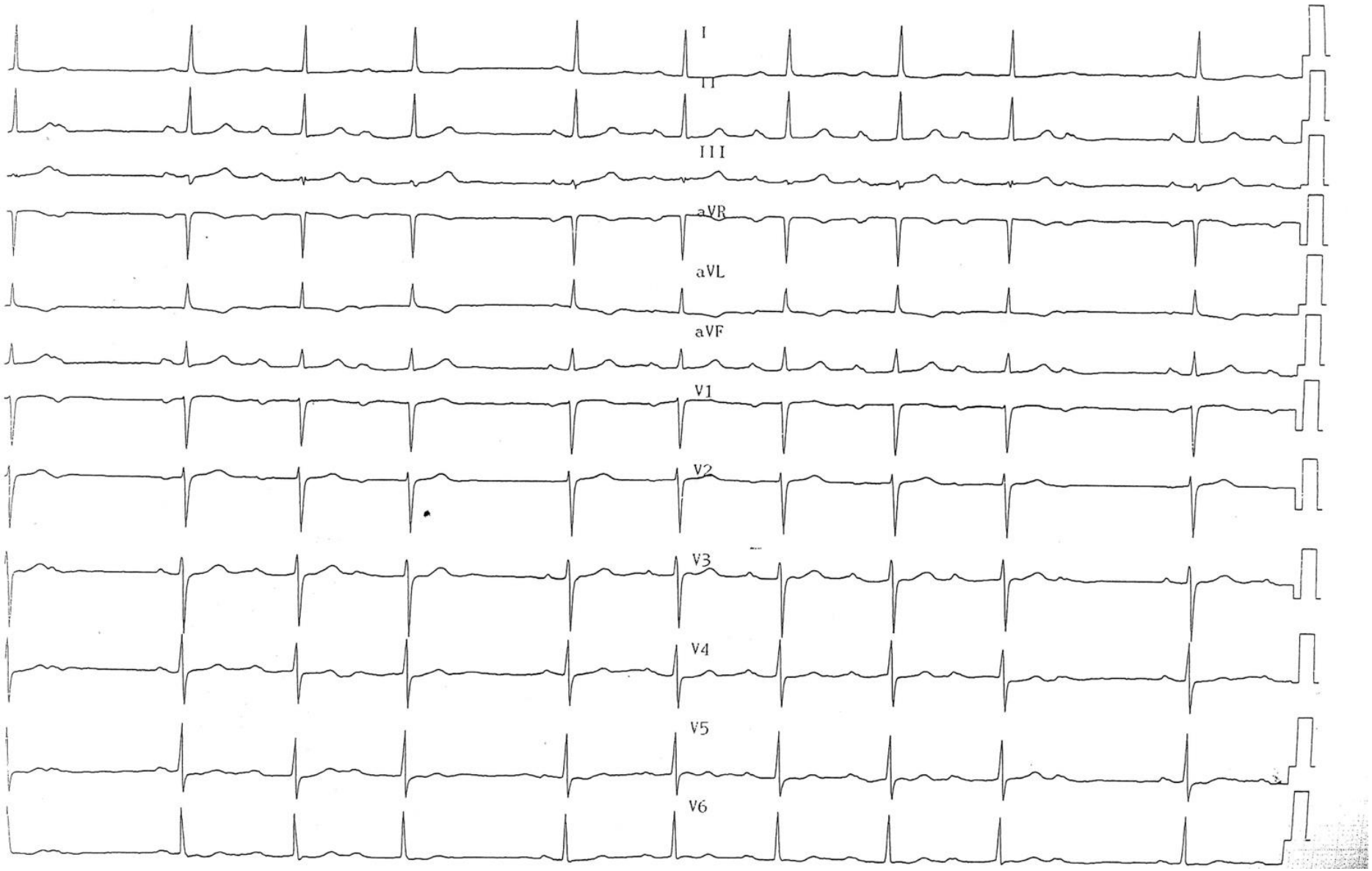
TROUBLES CONDUCTIFS : DYSFONCTION SINUSALE



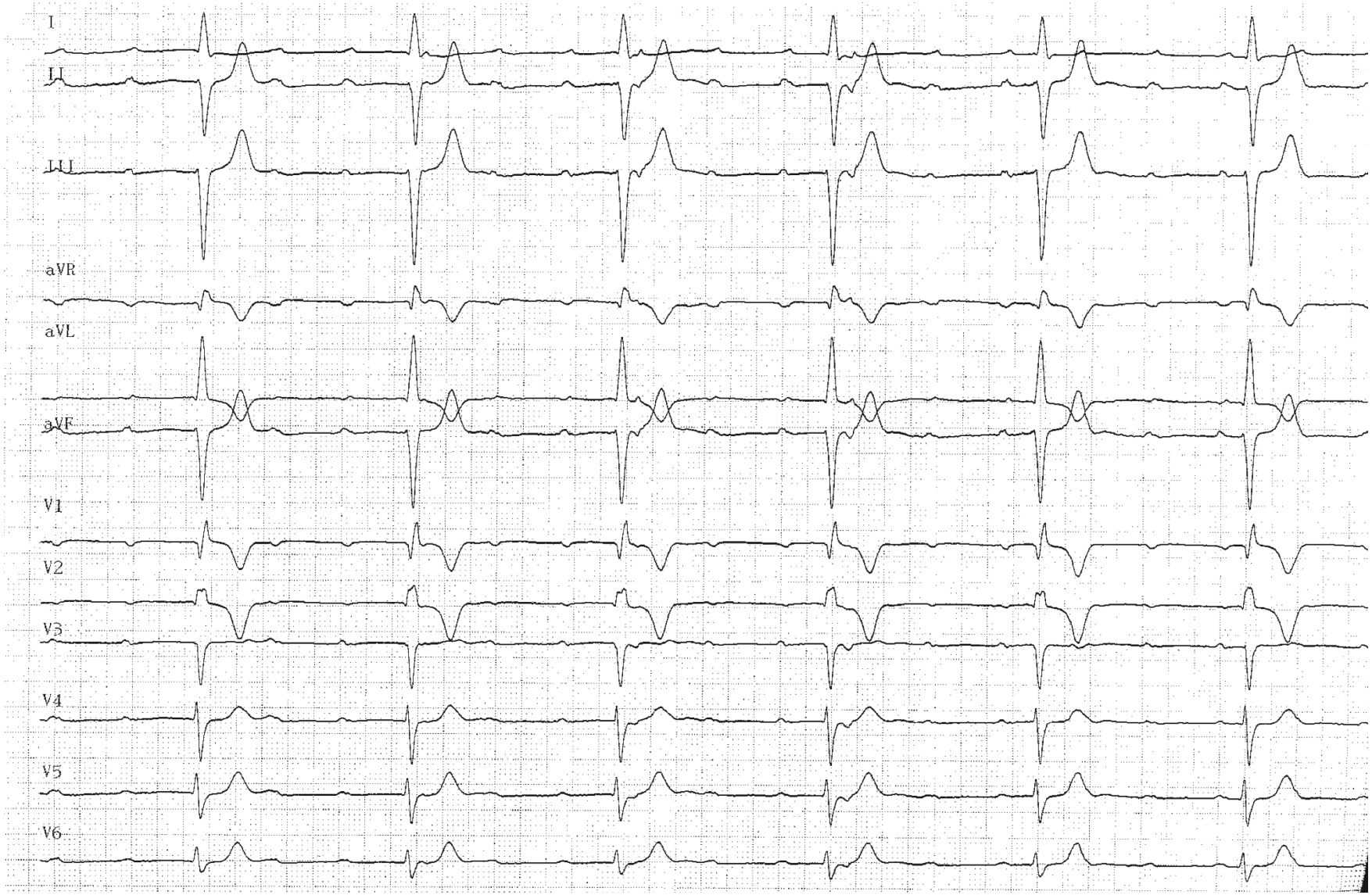
TROUBLES CONDUCTIFS : BAV 1



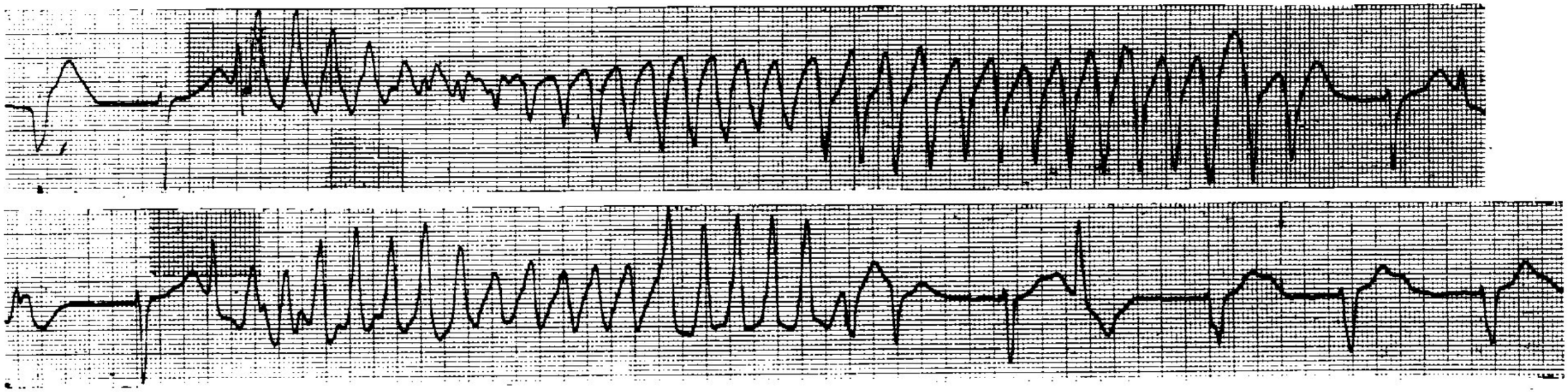
TROUBLES CONDUCTIFS : BAV 2 M1



TROUBLES CONDUCTIFS : BAV 3



TROUBLES CONDUCTIFS : BAV 3



Attention au QT et à la K+

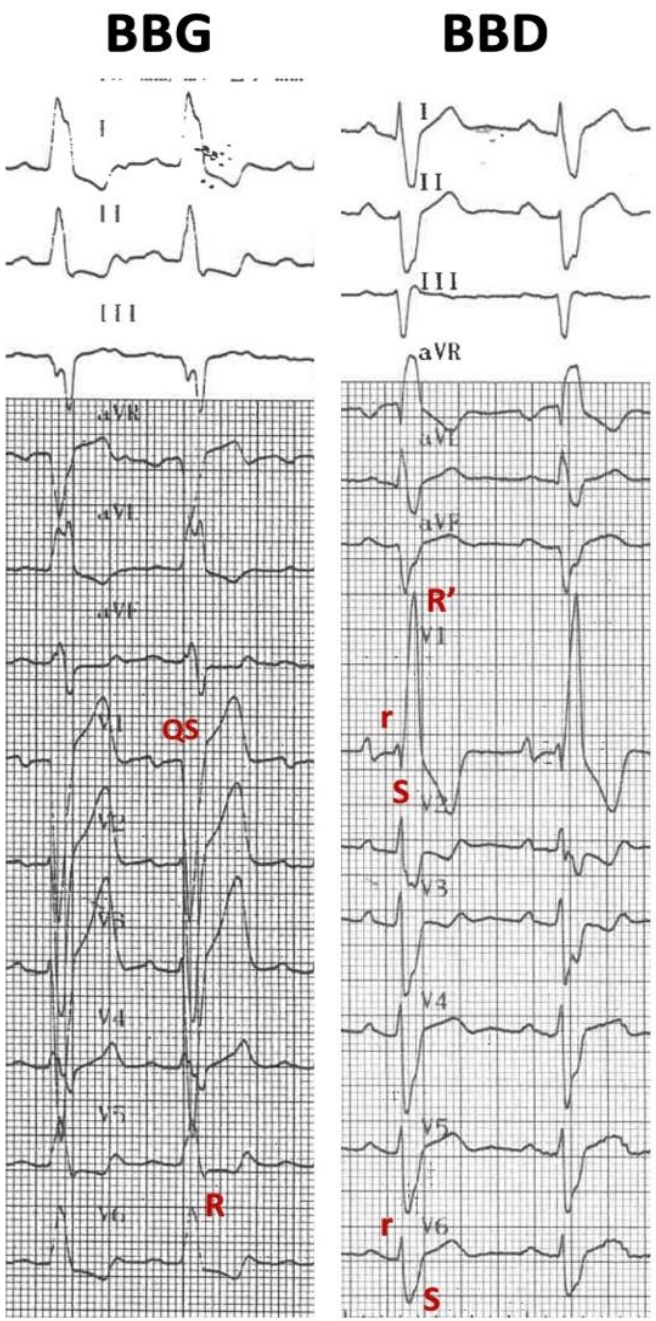
TROUBLES CONDUCTIFS : BLOC DE BRANCHE

DURÉE DU QRS

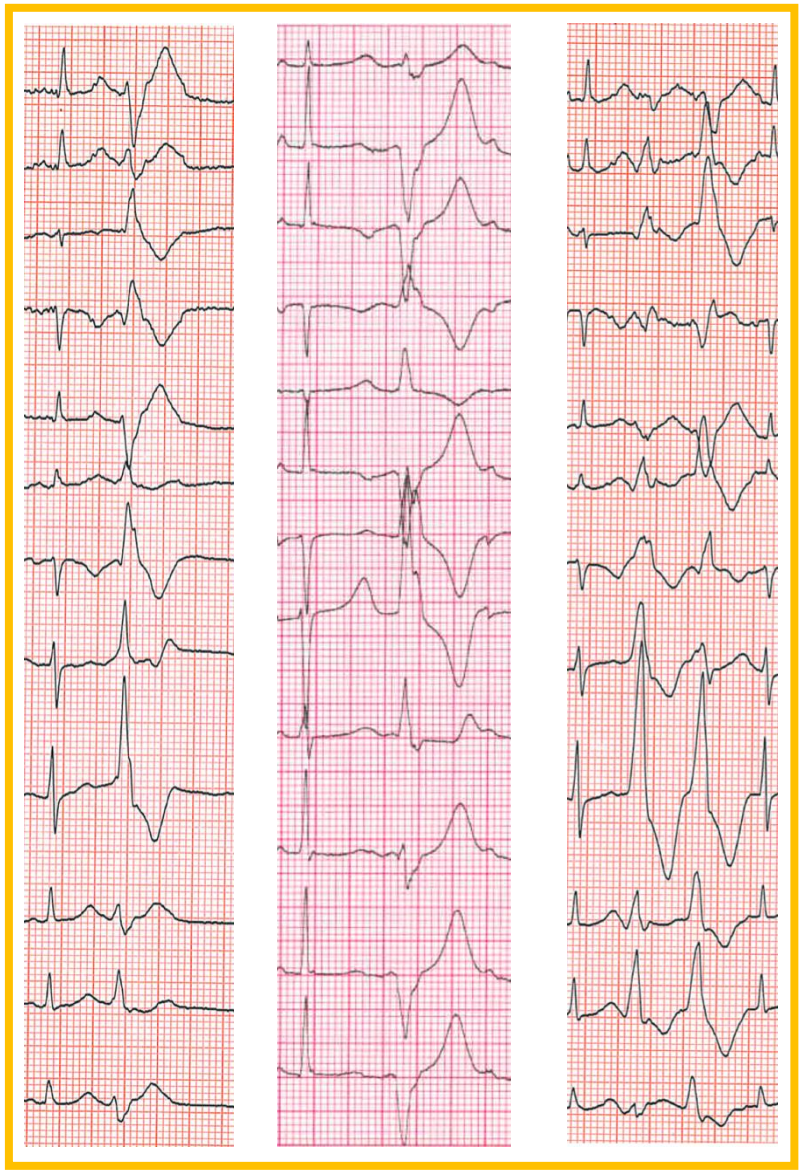
- 80ms < QRS < 120ms = BB incomplet
- QRS > 120ms = BB complet

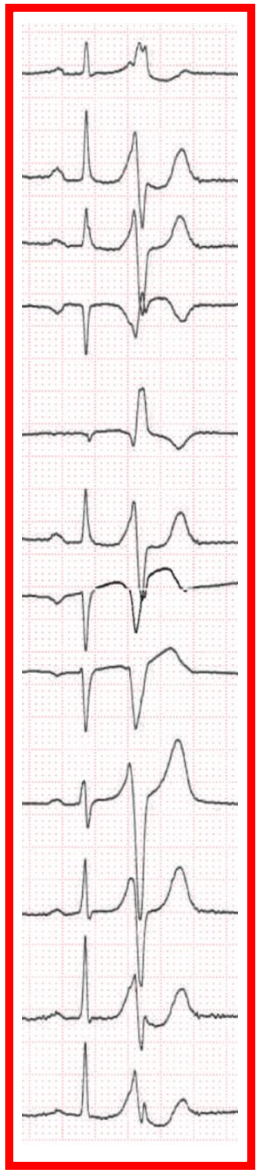
MORPHOLOGIE DU QRS

- Bloc de **branche droit**
  - Aspect rSR’ en V1 et rS en V6/D1
  - Si BBD + Axe Gauche = BBD + HBAG
- Bloc de **branche gauche**
  - Aspect R exclusif en V6 et QS en V1
  - Axe gauche

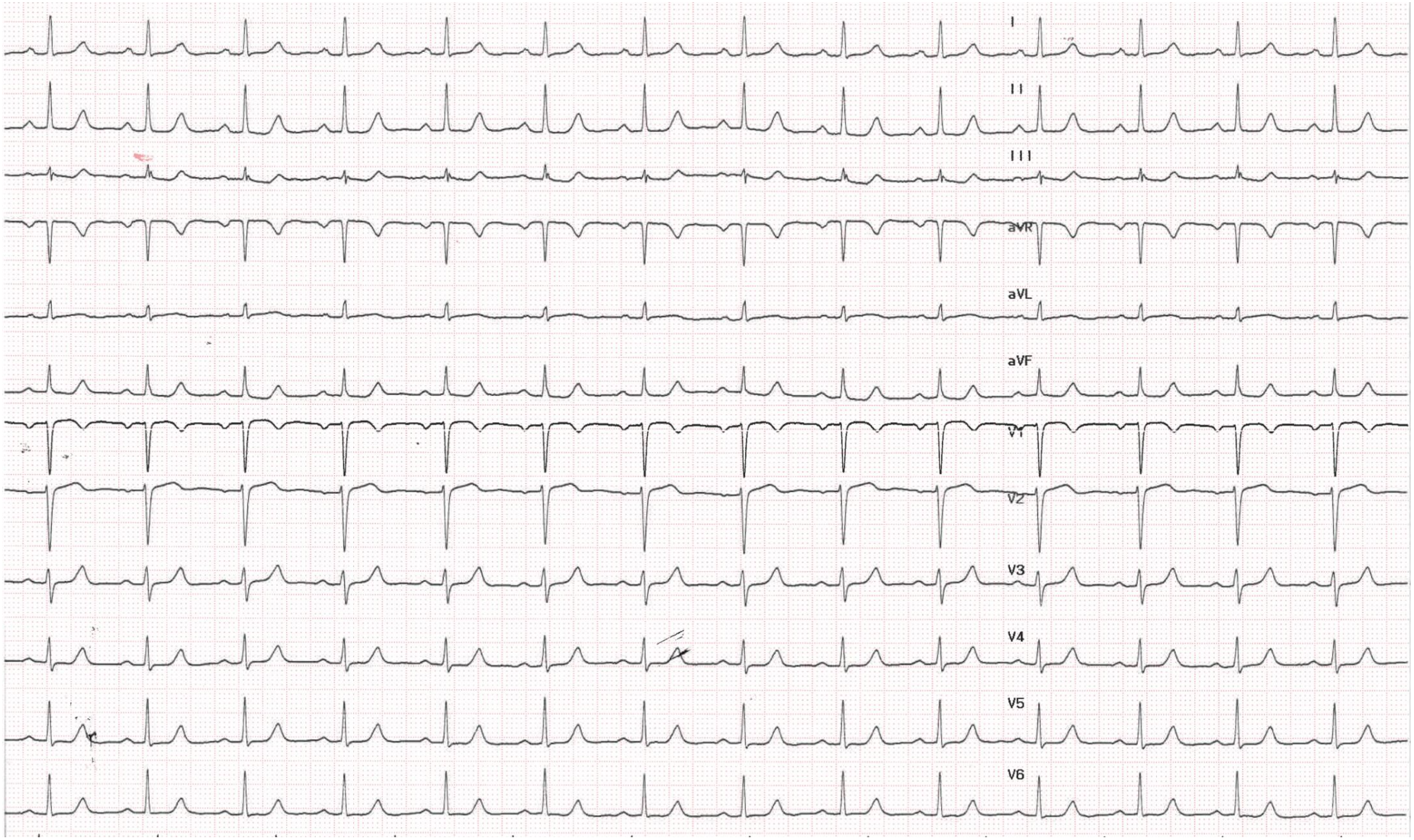


ESV

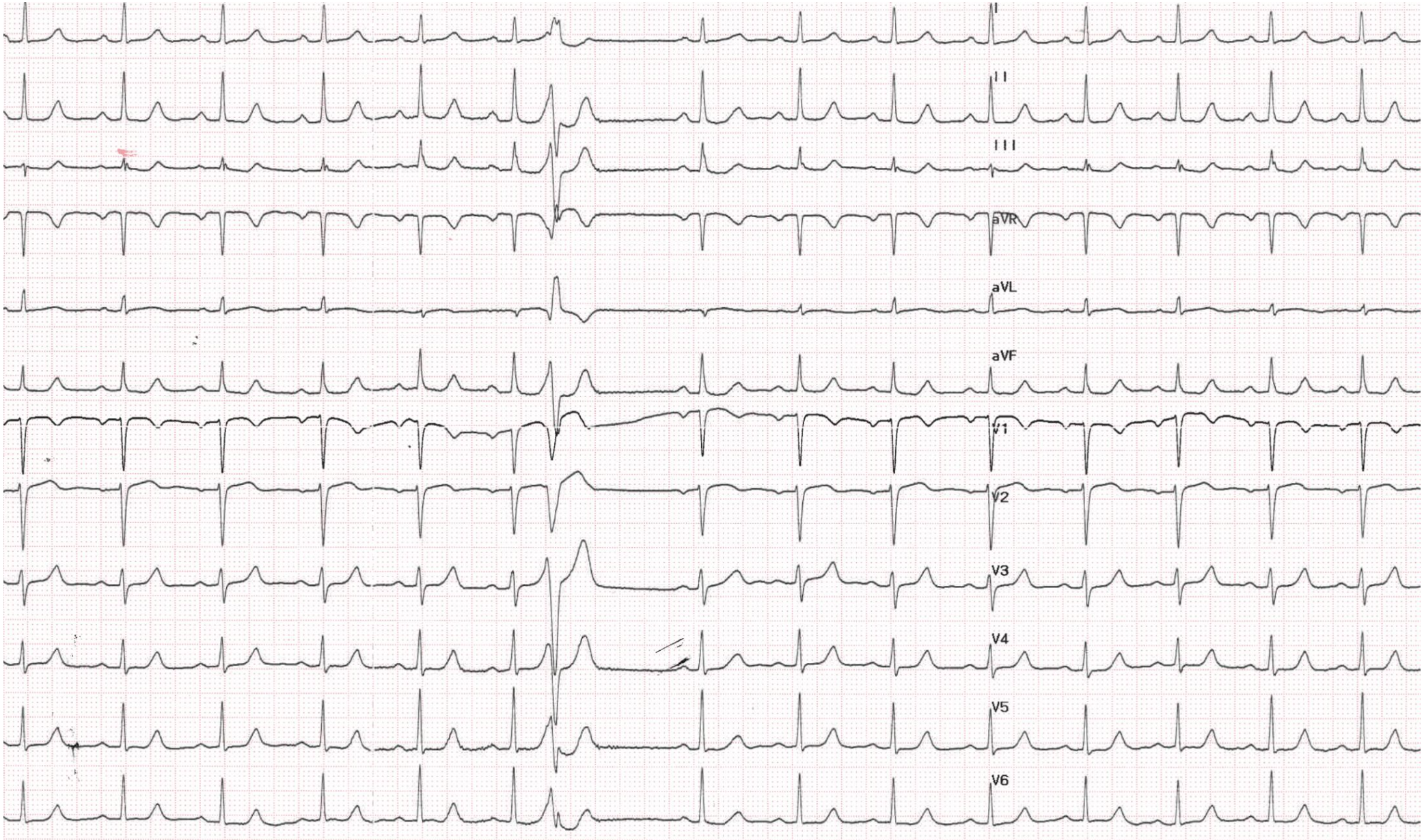




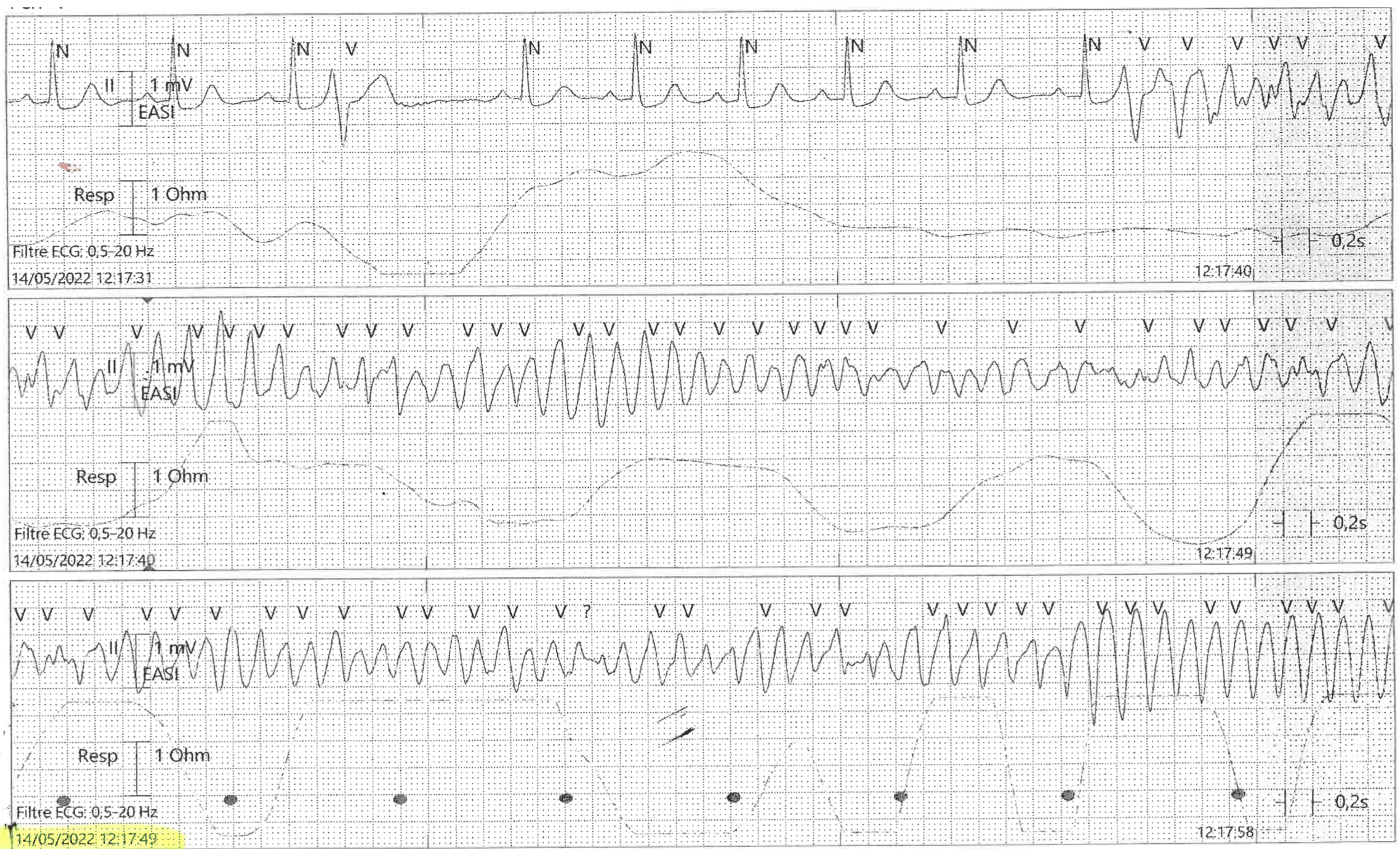
PATIENT #19 SYNCOPES MULTIPLES



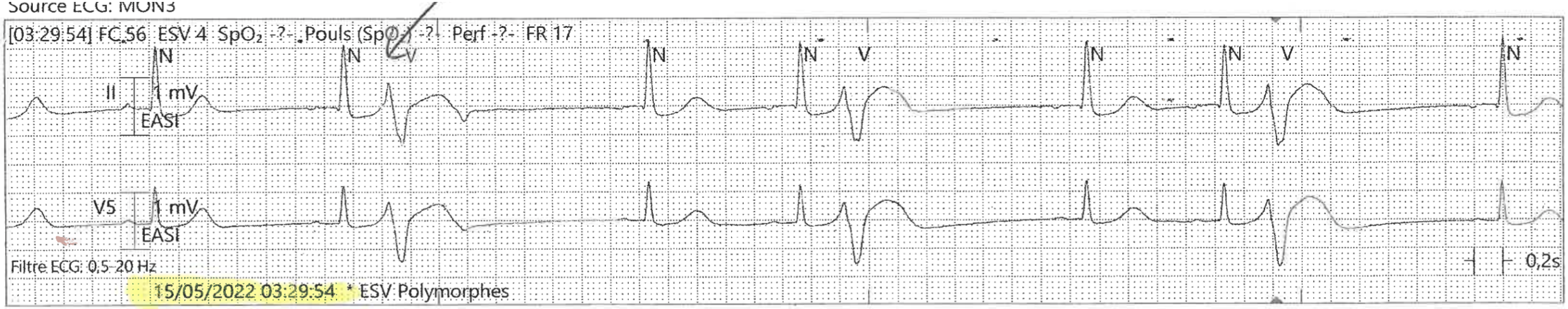
PATIENT #19



PATIENT #19

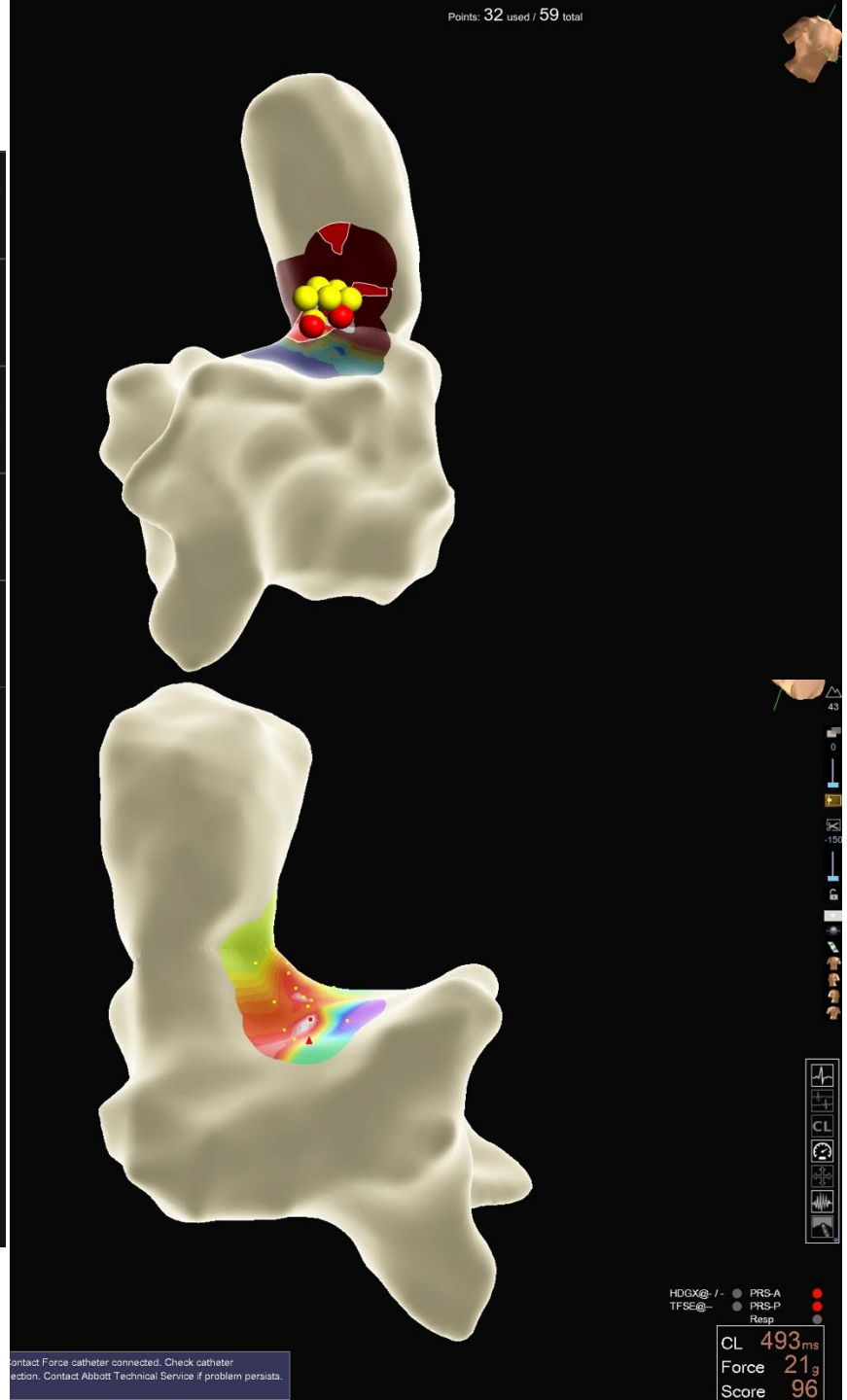

II
1 mV
EASI
Resp
1 Ohm
Filtre ECG: 0,5-20 Hz
14/05/2022 12:17:31
12:17:40
0,2s
14/05/2022 12:17:40
12:17:49
14/05/2022 12:17:49
12:17:58

PATIENT #19

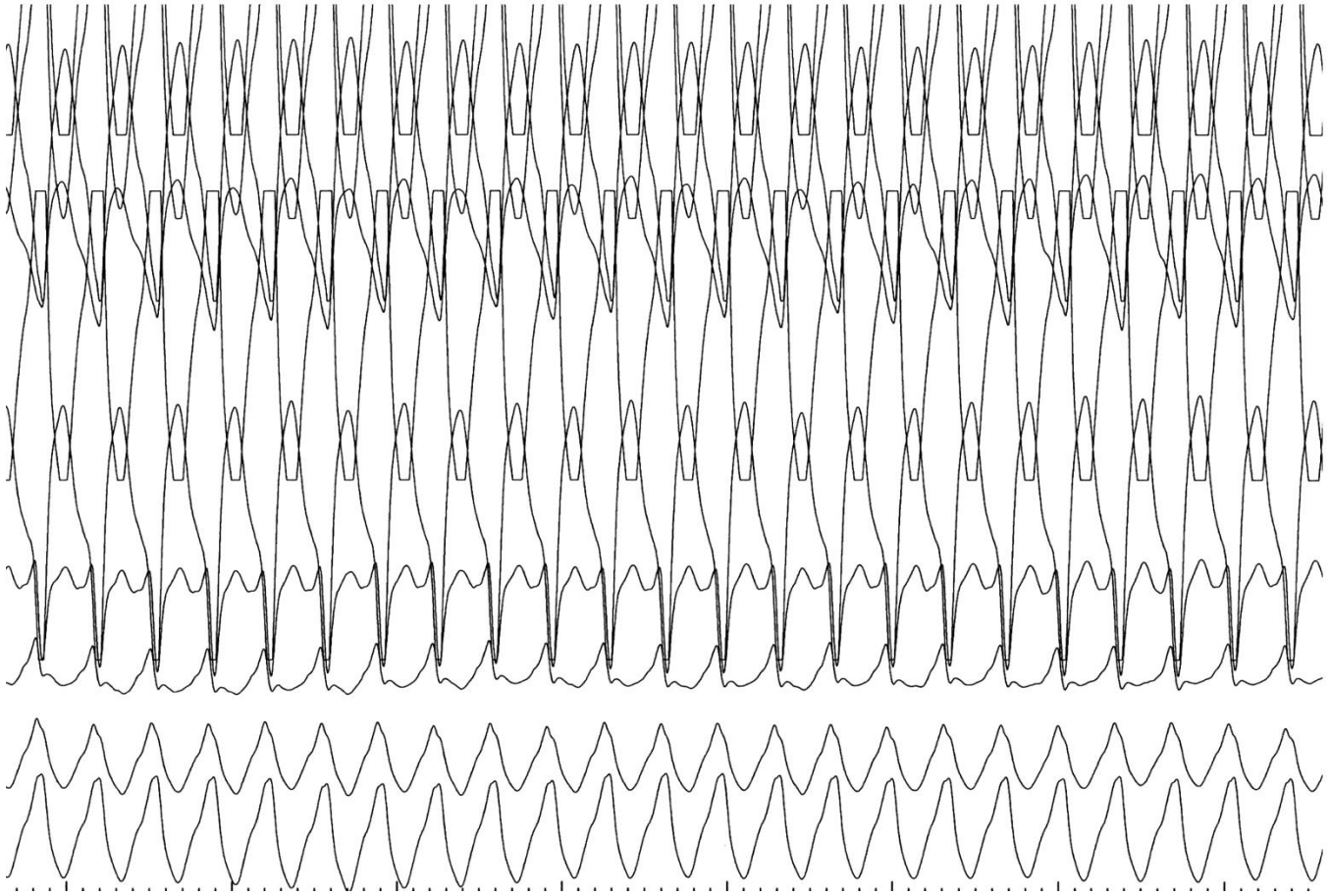

Source ECG: MON3
[03:29:54] FC 56 ESV 4 SpO2 -?- Pouls (SpO2) -?- Perf -?- FR 17
N
N
V
N
N
V
N
N
V
N
II
1 mV
EASI
V5
1 mV
EASI
Filtre ECG: 0,5-20 Hz
0,2s
15/05/2022 03:29:54 * ESV Polymorphes

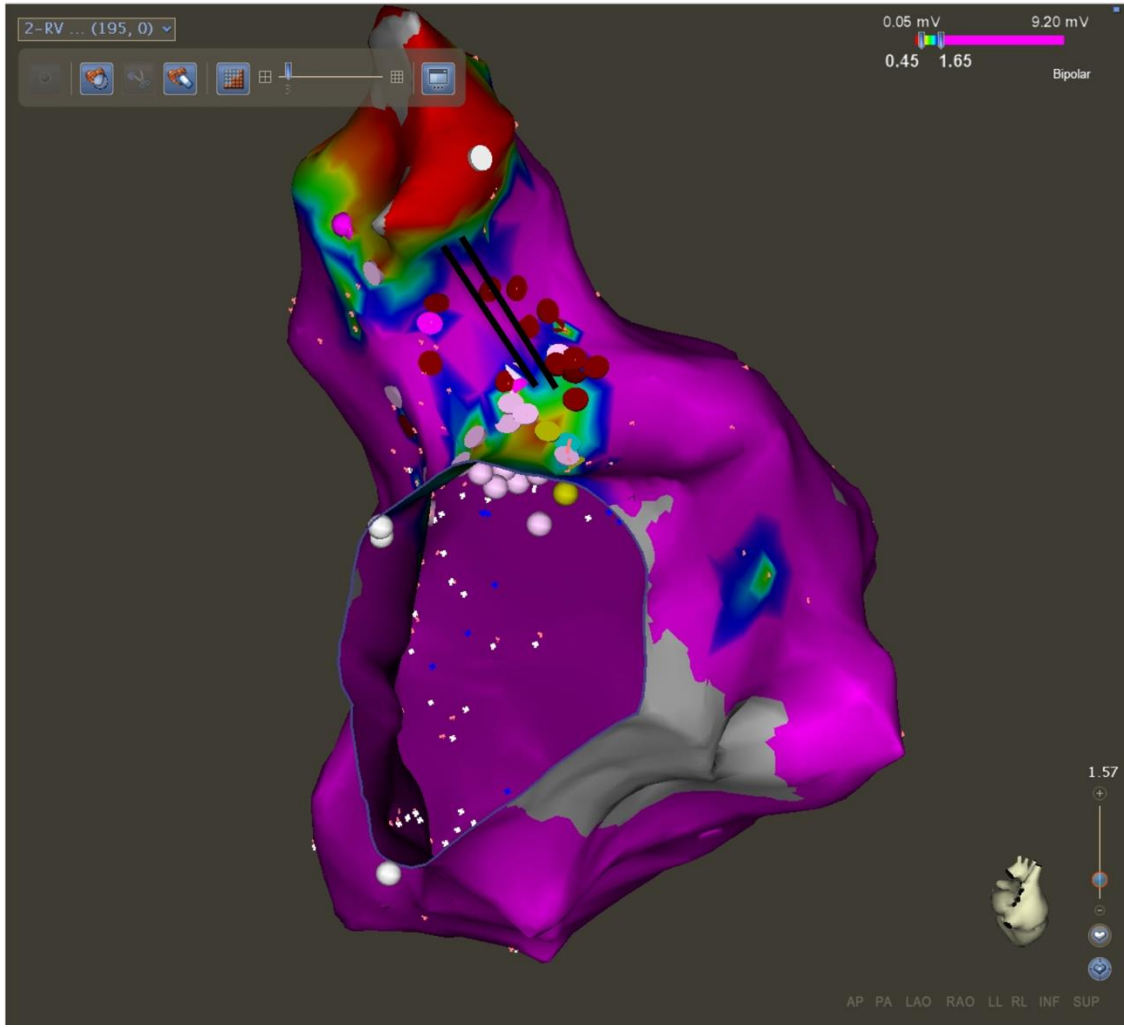
ESV FALLOT


Power (W)
Temp (C)
Avgd Imp (Ω)
RF Session Time (s)
AID(%)
3
Points: 32 used / 59 total
VoXel CARTE ACTIV
LAT Isochronal (bi)
Emphasis - PFreq
100 mm/s
-400
-200
20 ms
0
118 ms
200
Model
Map
Points
Lesions
Review
ECG I (55)
ECG II (55)
ECG III (55)
ECG aVR (55)
ECG aVL (55)
ECG aVF (55)
ECG V1 (55)
ECG V2 (55)
ECG V3 (55)
ECG V4 (55)
ECG V5 (55)
ECG V6 (55)
ROV TFSE D,2 (57)
ROV TFSE D (55)
ROV TFSE 2 (55)
SC D,2 (55)
SC 3,4 (55)
-256 ms
213 ms
Resume
HDGX@- / -
TFSE@--
PRS-A
PRS-P
Resp
Score 94
CL 682ms
Force 16g
LAT -53ms
No Contact Force catheter connected. Check catheter connection. Contact Abbott Technical Service if problem persists.


Points: 32 used / 59 total
HDGX@- / -
TFSE@--
PRS-A
PRS-P
Resp
CL 493ms
Force 21g
Score 96

TV FALLOT




2-RV ... (195, 0)
0.05 mV
9.20 mV
0.45
1.65
Bipolar
1.57
AP PA LAO RAO LL RL INF SUP

P > QRS : tachycardie atriale

Flutter :
-rythme régulier
-fréquence A : 300/min
-fréquence V :220-230/min
-P' en dent de scie

Tachy atriale ectopique :
-rythme régulier
-fréquence A : 150-250/min
-fréquence V :150-200/min
-P' d'aspect non sinusal

FA:
-rythme irrégulier
-fréquence A : 180-500/min
-fréquence V :50-250/min
-P' ≥3 morphologies

Traitement

En cas de mauvaise tolérance : cardioversion 1-2 joules / kg

Cordarone dose de charge ou overdriving atrial ectopique :
Entretien : cordarone ou rien

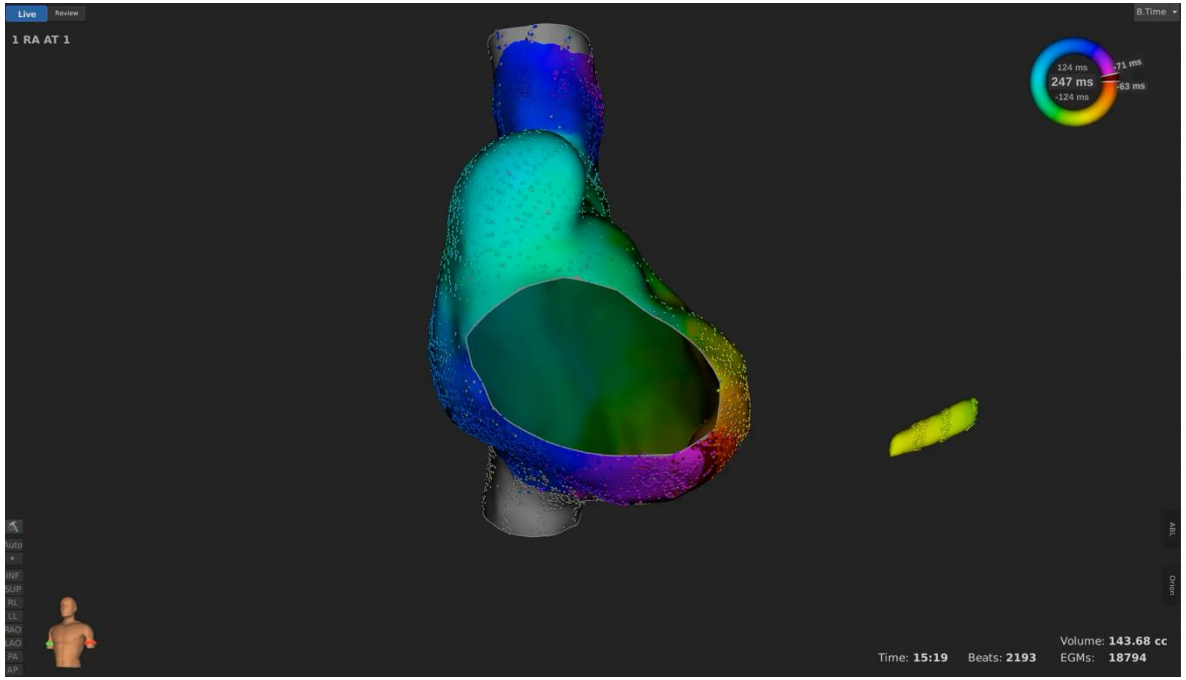
EVITER FLECAINE

sotalex / flécaine.
Cordarone si échec
Entretien=TTT efficace pour la réduction

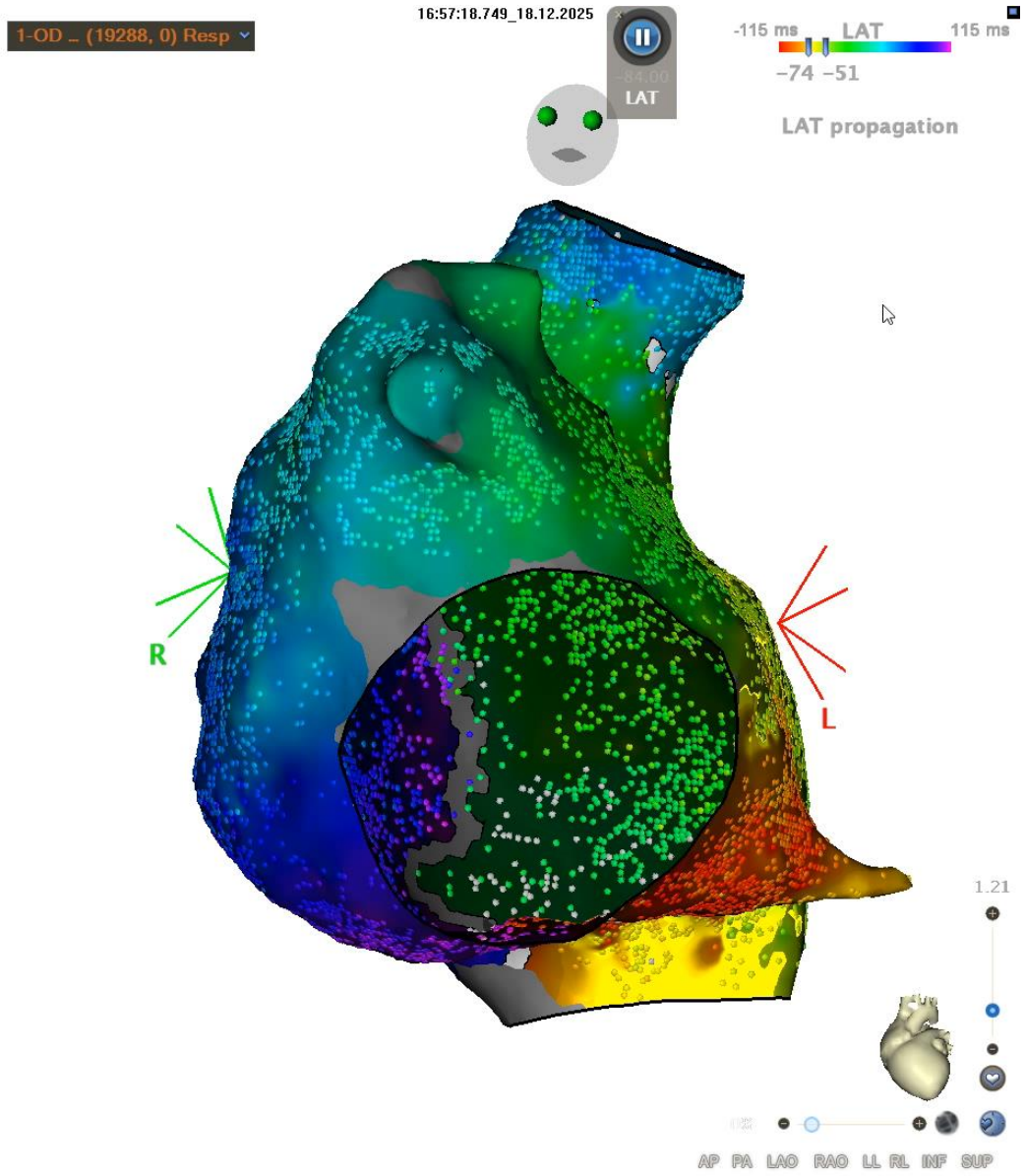
- sotalex / flécaine.
-Cordarone si échec
Entretien=TTT efficace pour la réduction

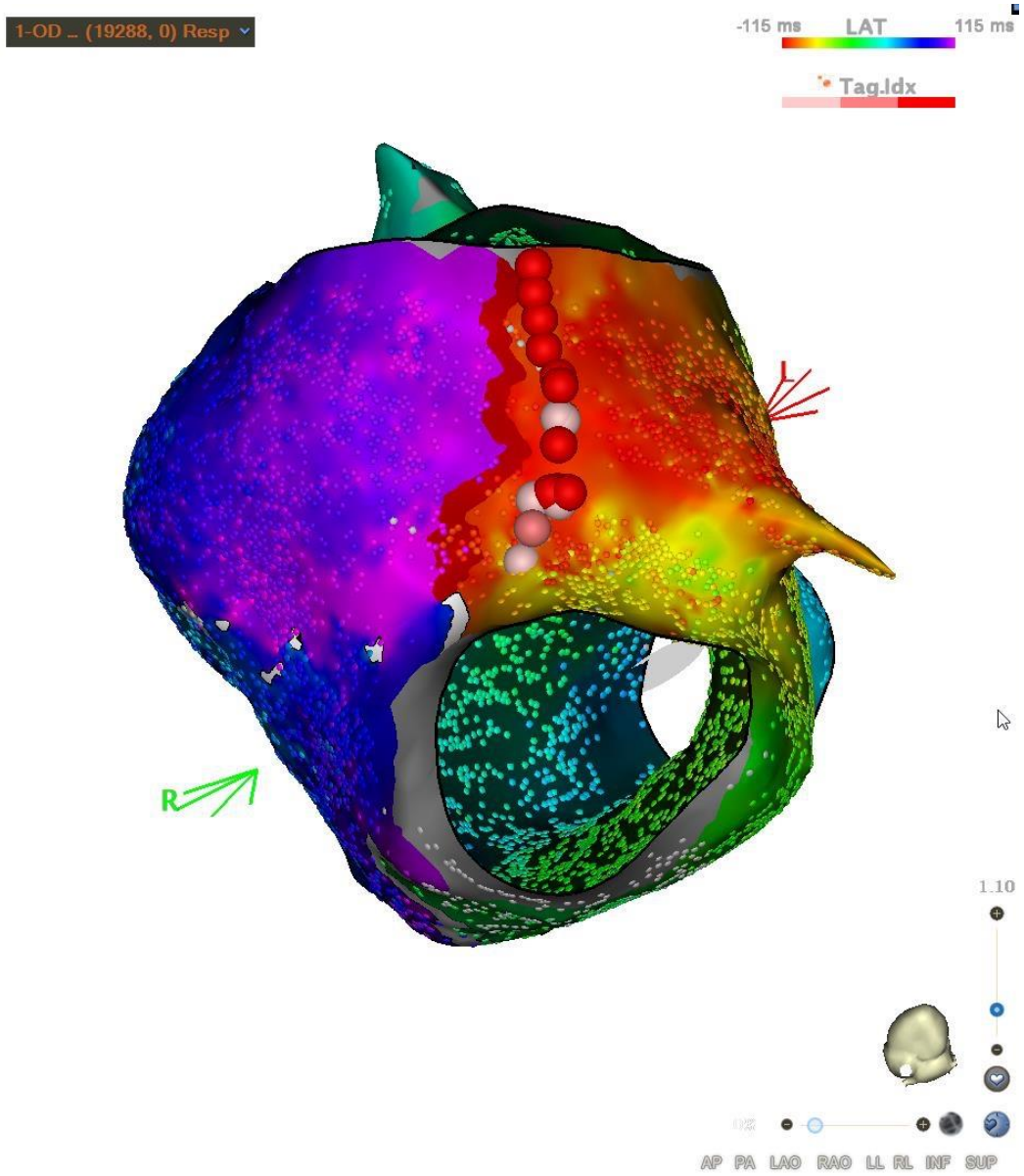
FLUTTER COMMUN

Flutter commun : circuit autour de l'anneau tricuspide dans l'oreillette droite

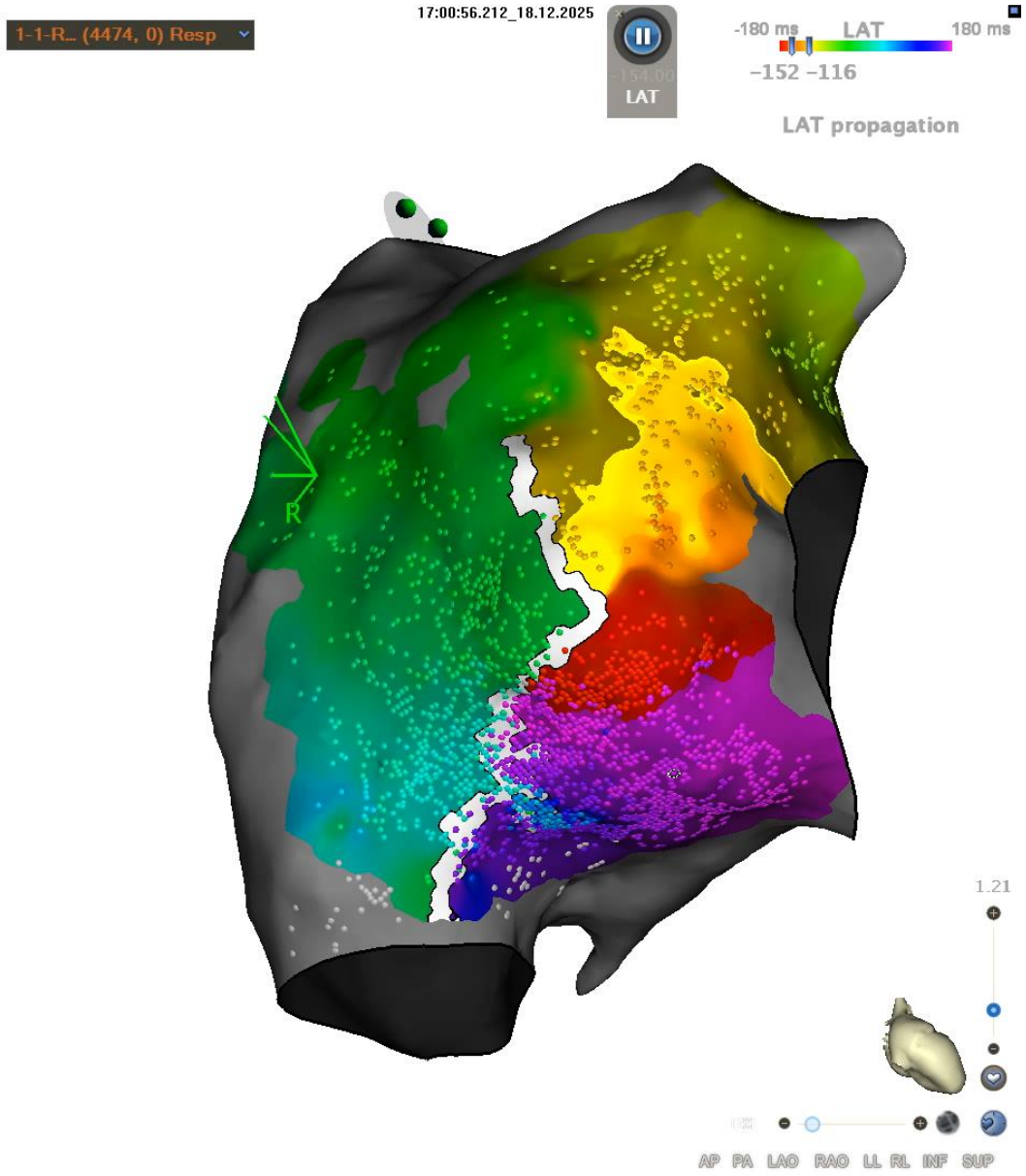


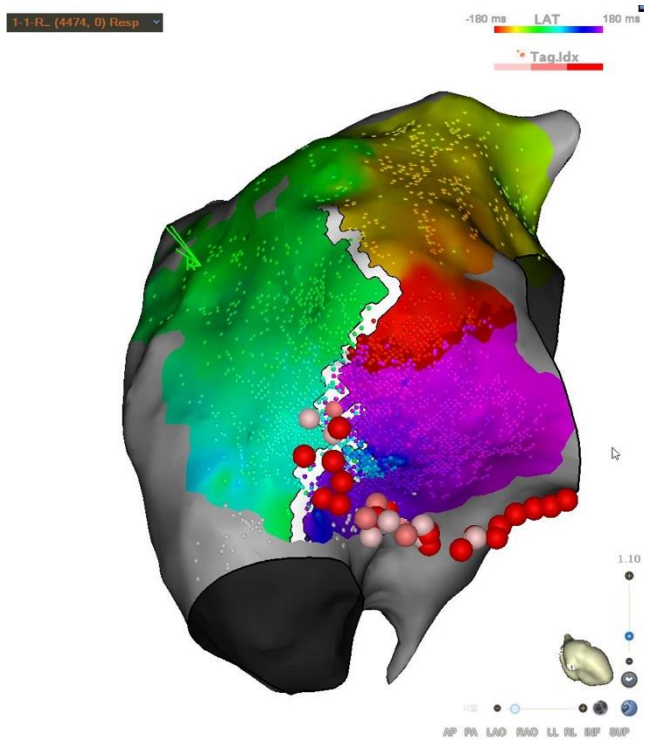
FLUTTER COMMUN

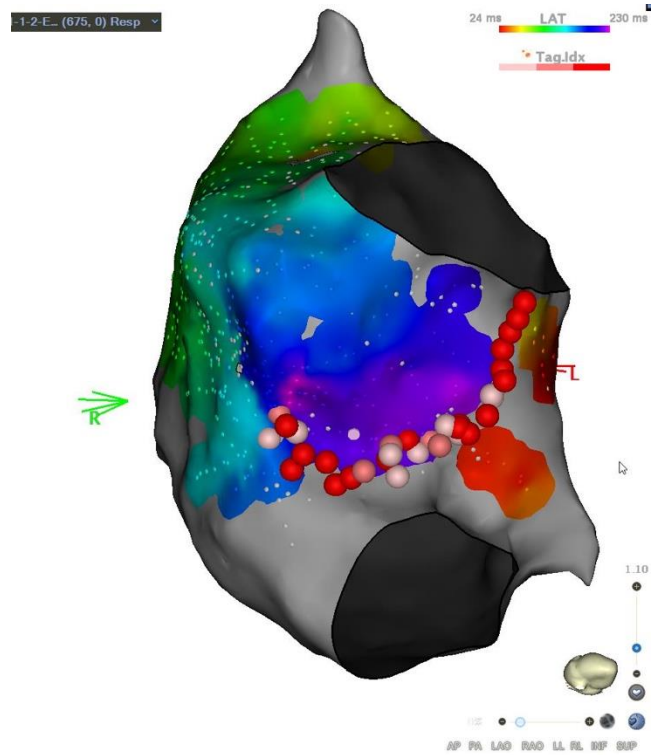




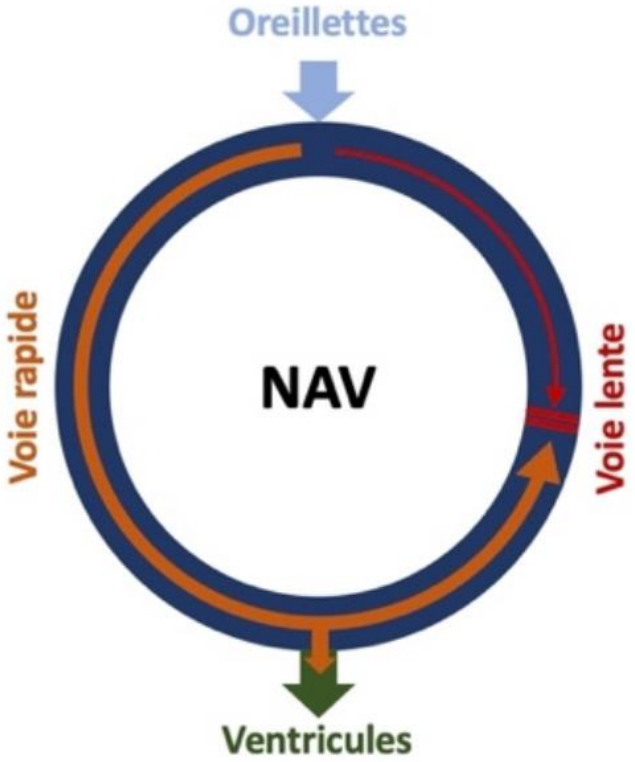
FLUTTER COMMUN + CICATRICE D'ATRIOTOMIE



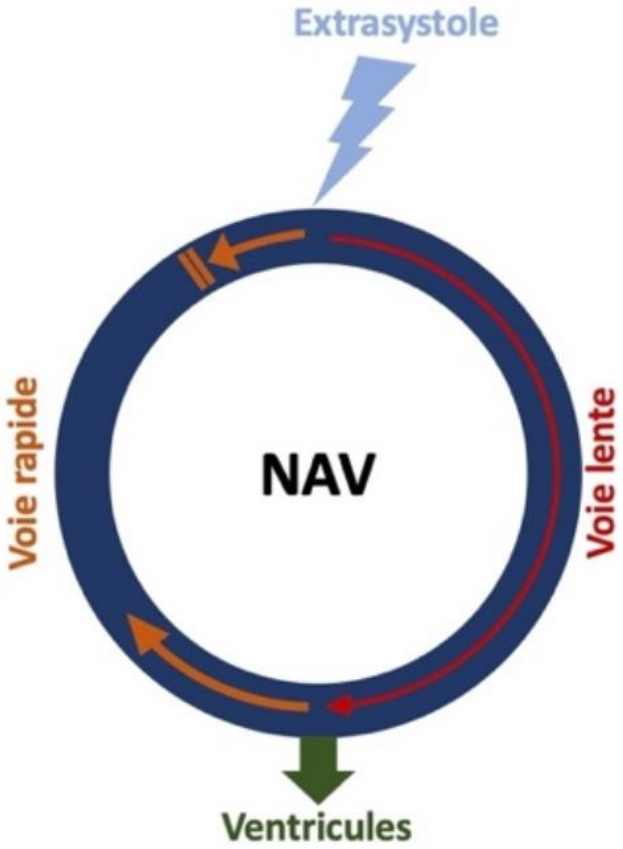




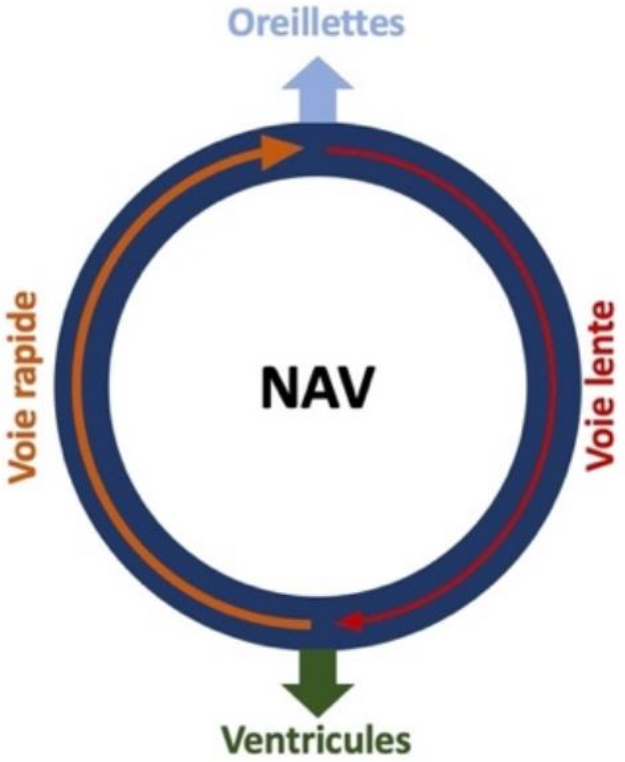
REENTREE INTRA NODALE



RYTHME SINUSAL

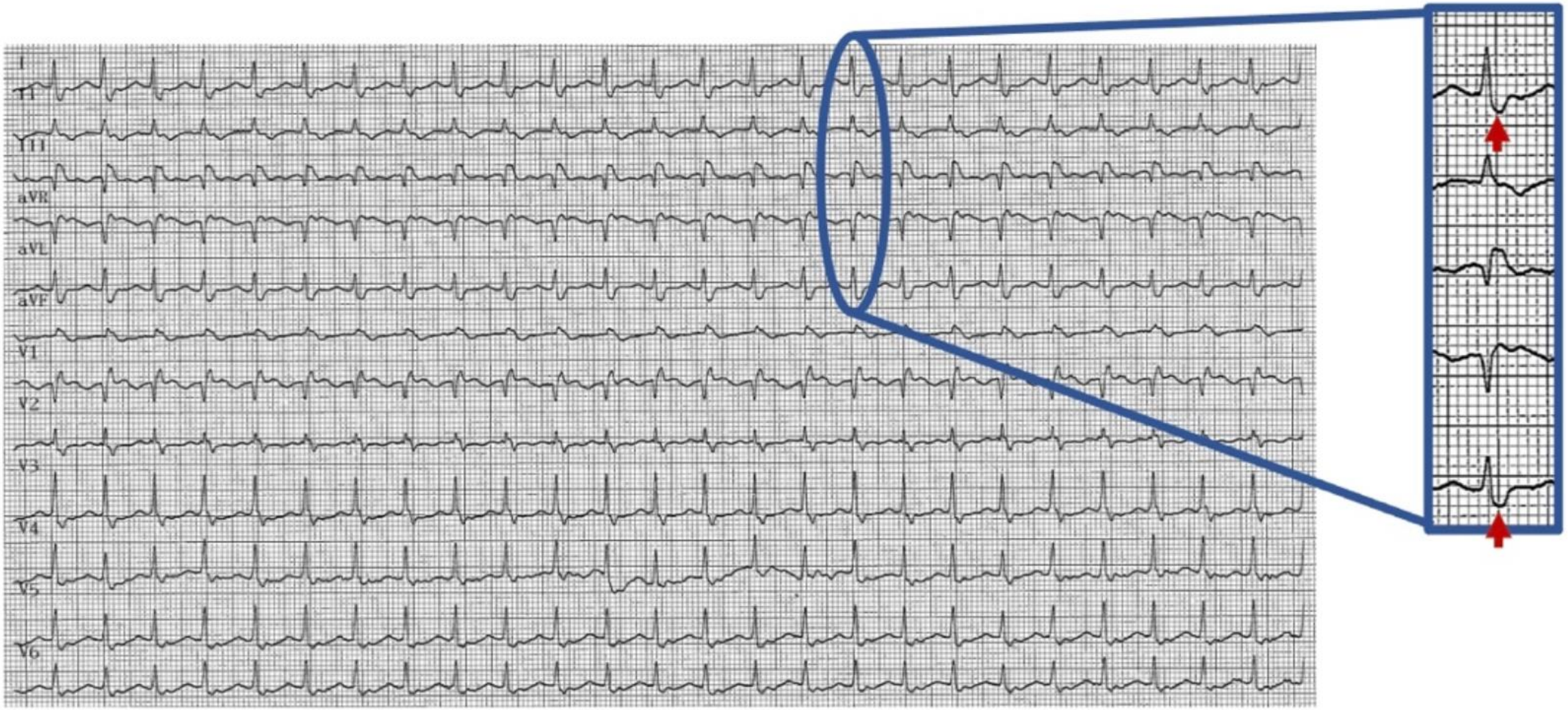


INITIATION D'UNE RIN
(extrasystole atriale)



CIRCUIT D'UNE RIN TYPIQUE

REENTREE INTRA NODALE

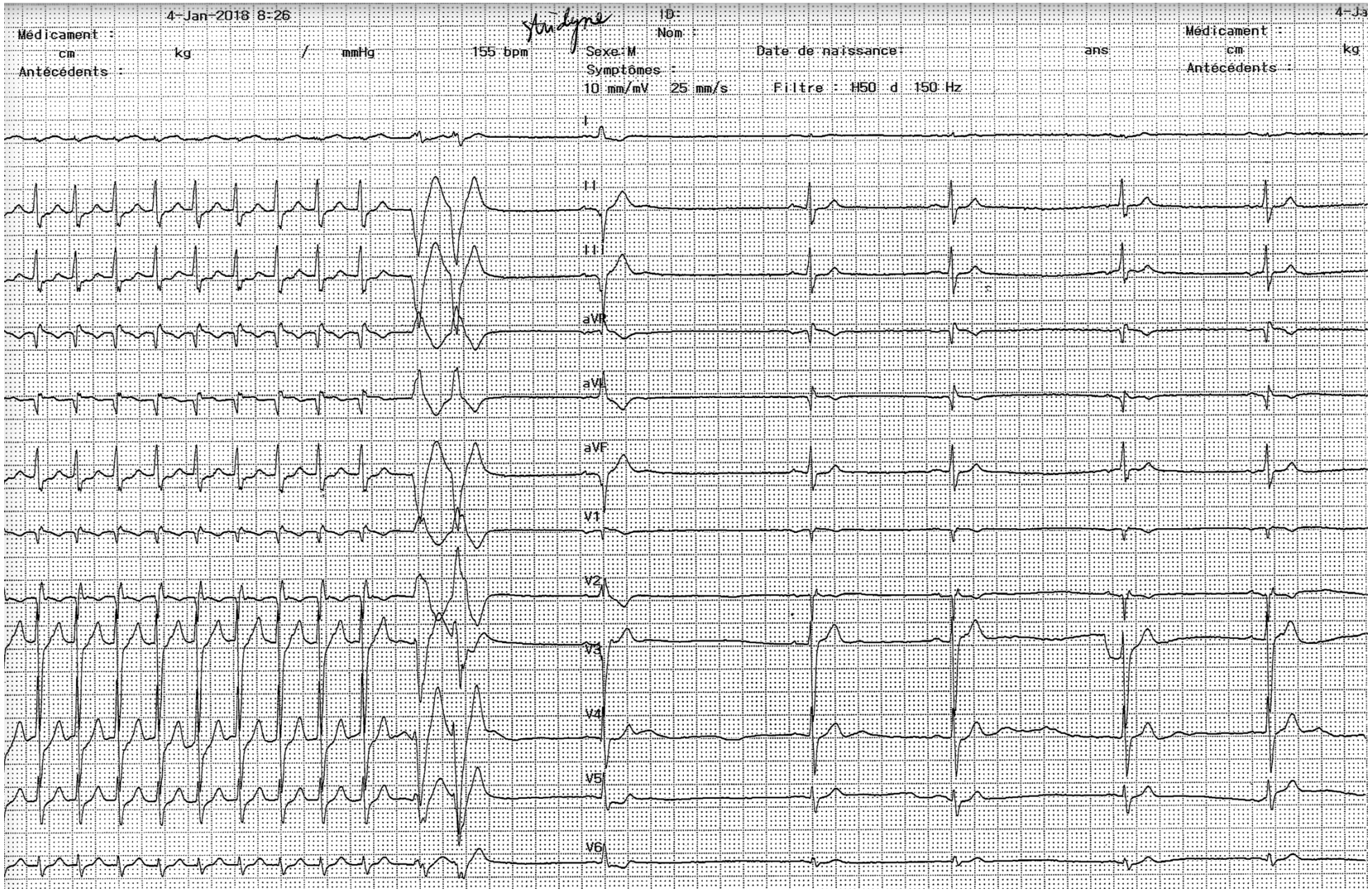


Réentrée intranodale

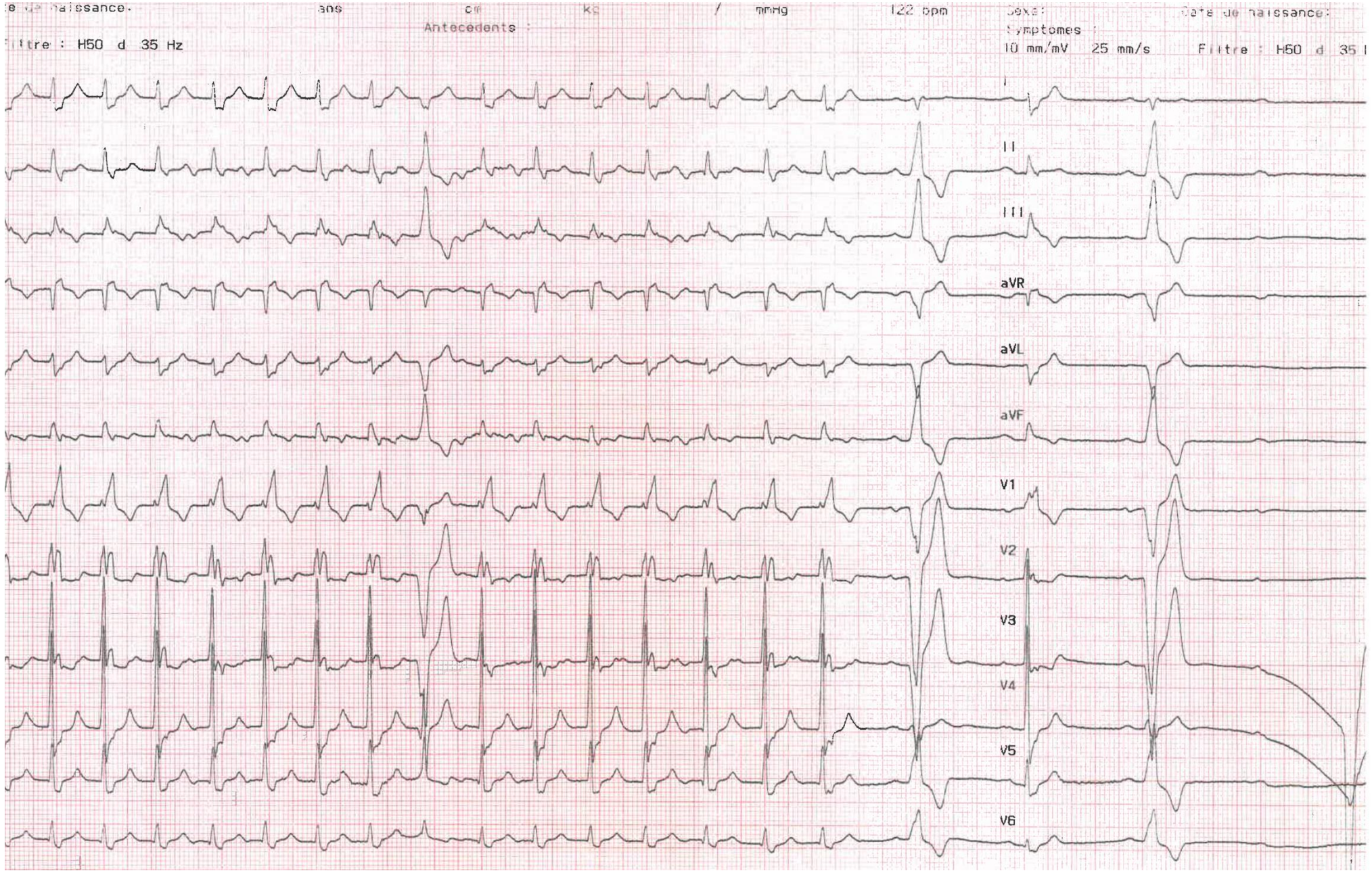
(activité atriale rétrograde négative en inférieur bien visible juste après le QRS cf. flèches rouges)

REENTREE INTRA NODALE

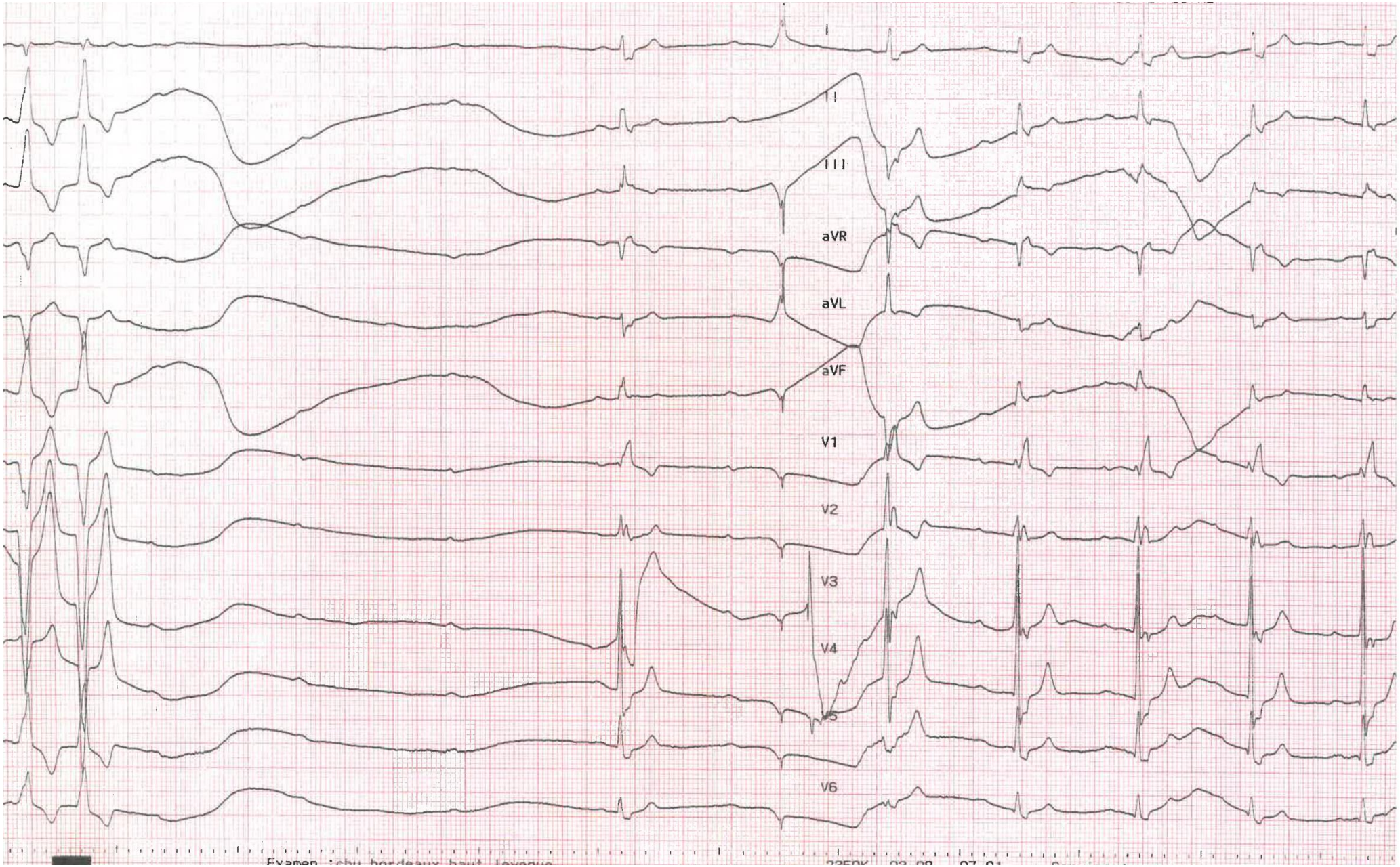
REENTREE INTRA NODALE



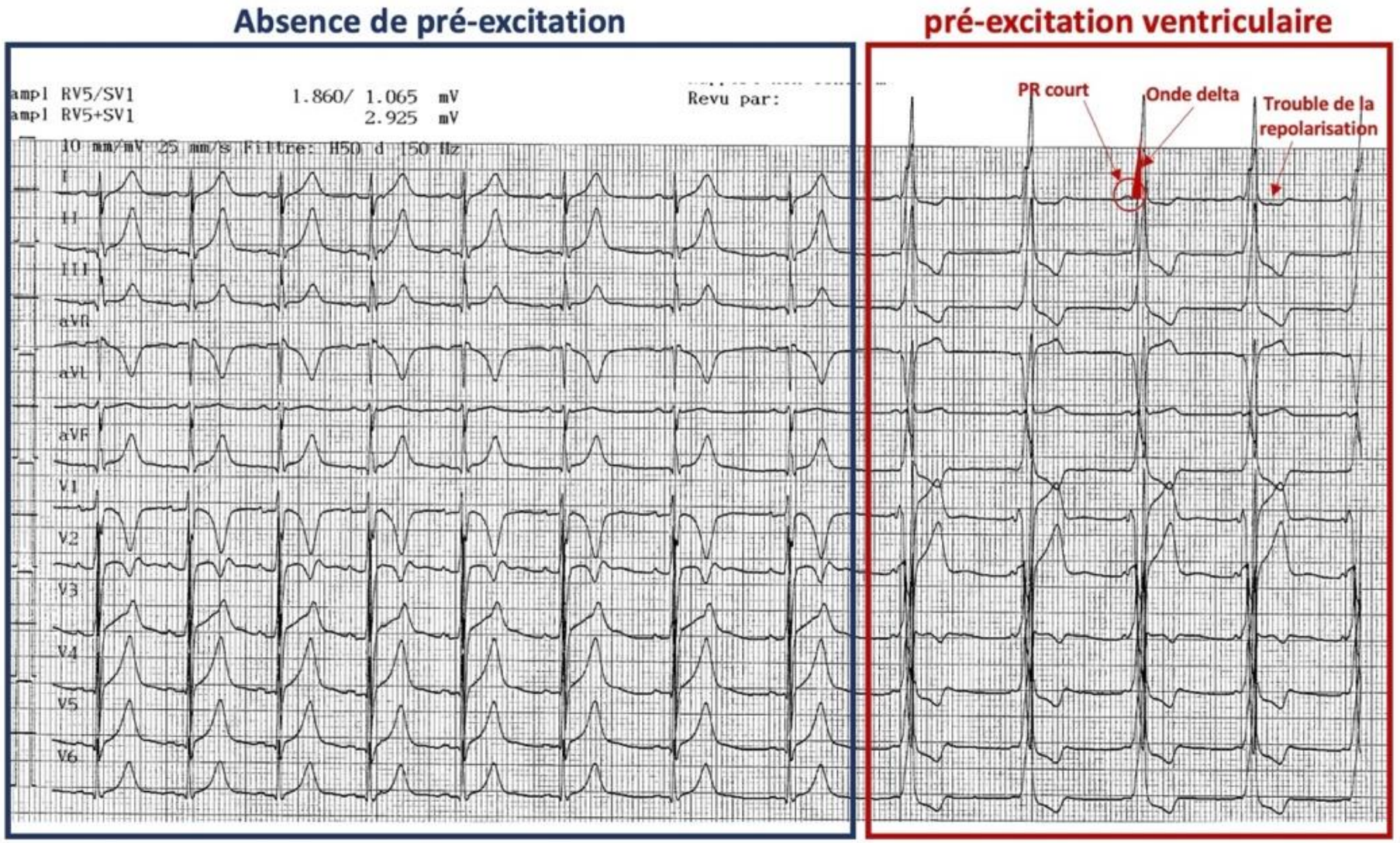
REENTREE INTRA NODALE



REENTREE INTRA NODALE



VOIES ACCESSOIRES

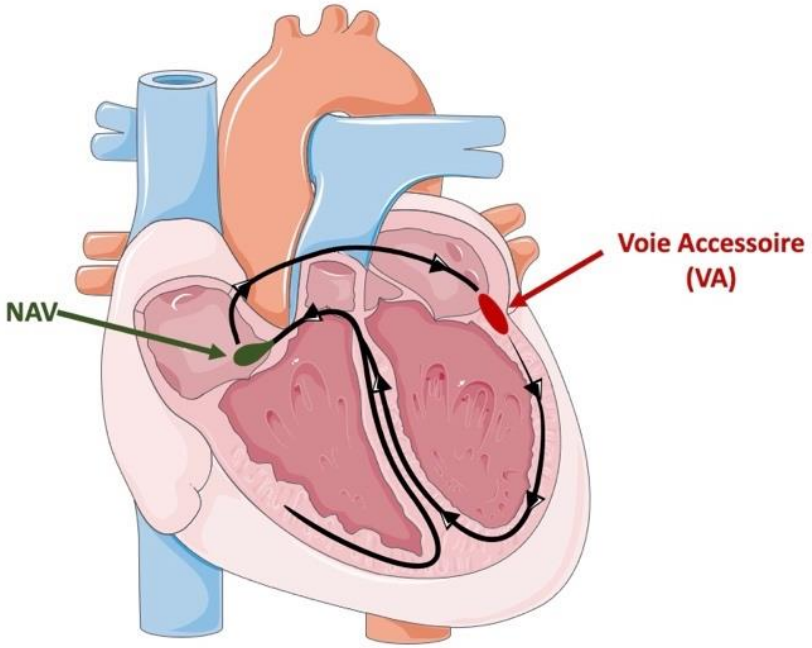


Pré-excitation ventriculaire intermittente sur un même tracé ECG (rythme sinusal)

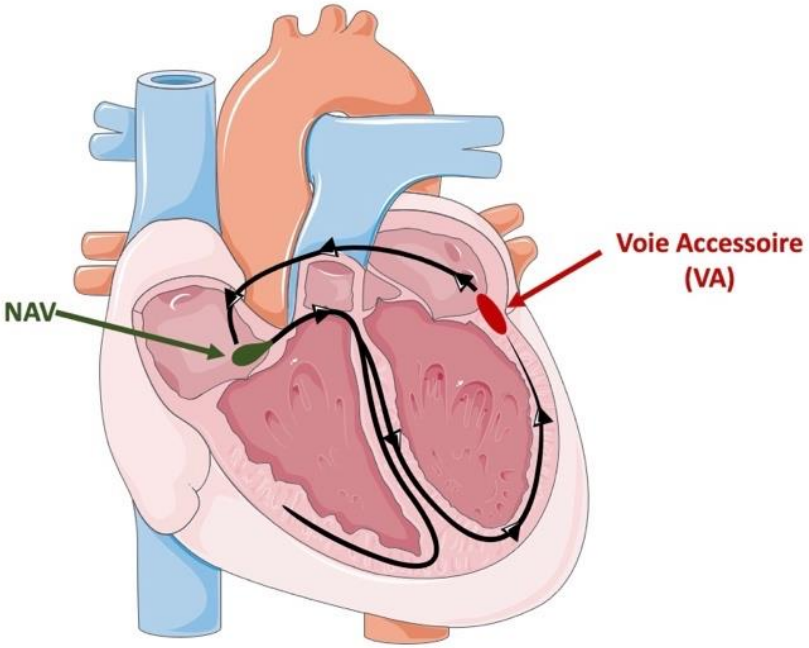
VOIES ACCESSOIRES

- **VISIBLE**
  - Différents degrés de pré-excitation
  - Intermittence ?
- **MASQUÉE**
  = conduction antérograde présente mais non visible
- **CACHÉE**
  = pas de conduction antérograde

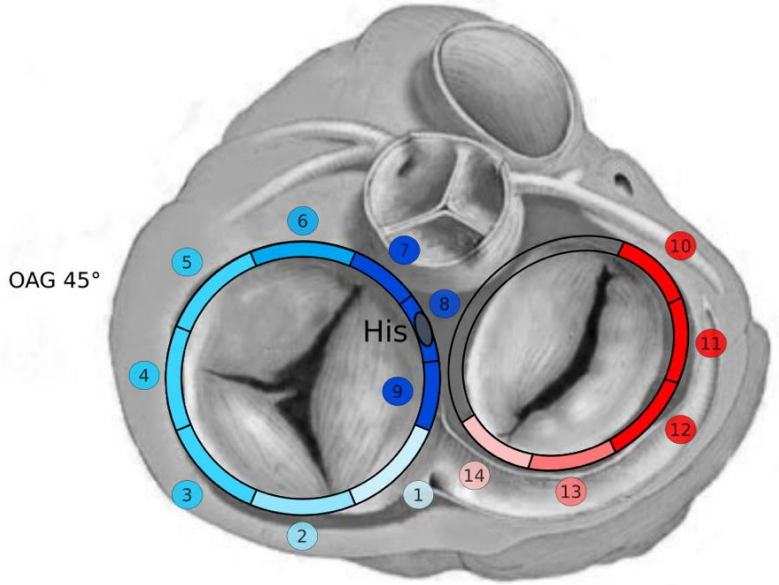
VOIES ACCESSOIRES



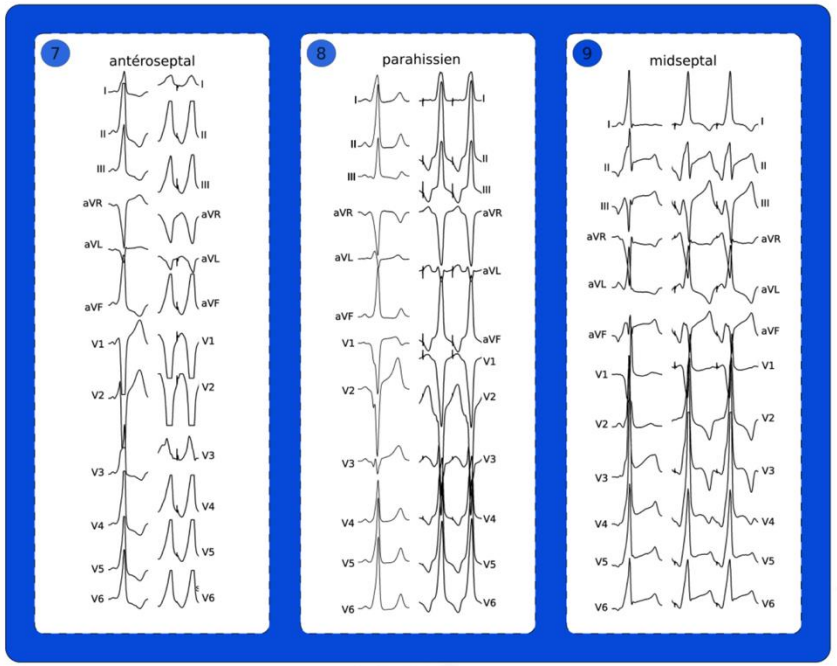
TJ sur VA **ANTIDROMIQUE (5%)**

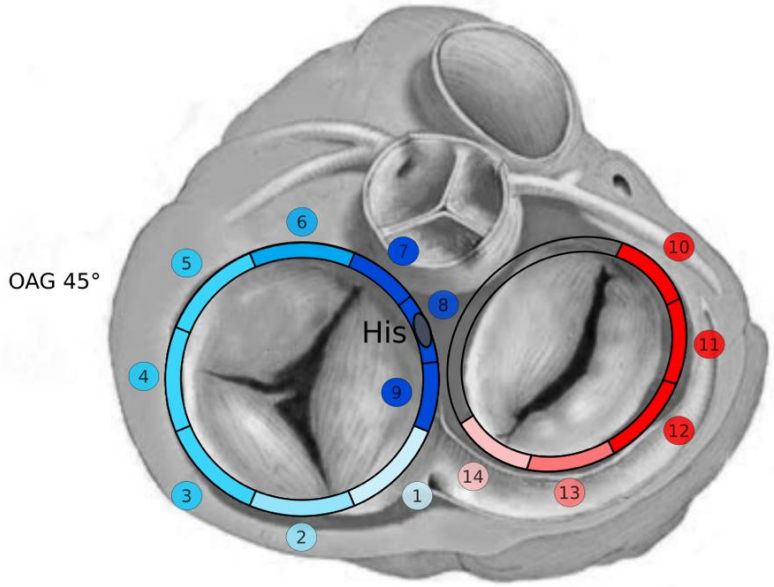


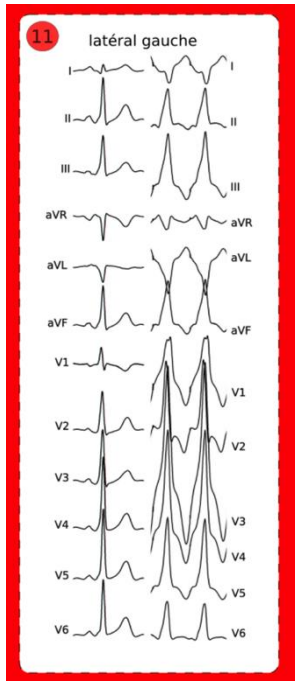
TJ sur VA **ORTHODROMIQUE (95%)**

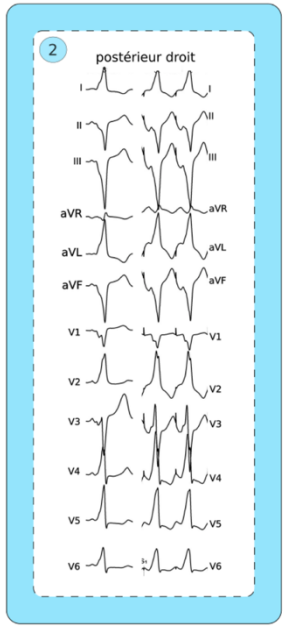


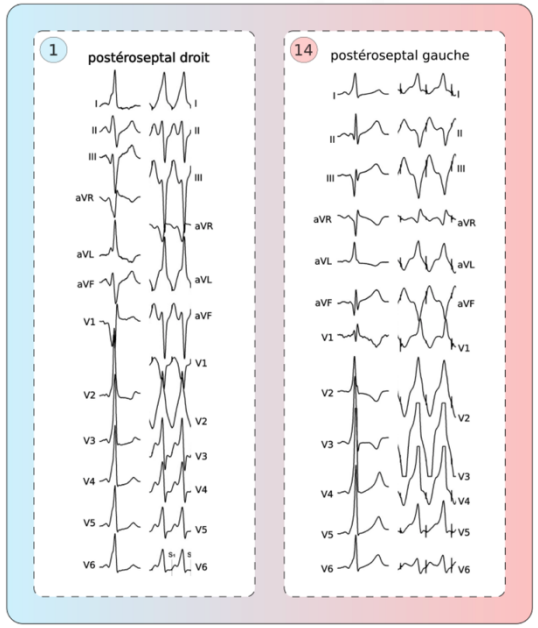
VOIES ACCESSOIRES : LOCALISATIONS

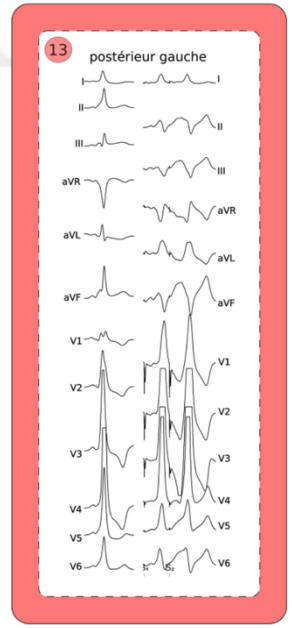




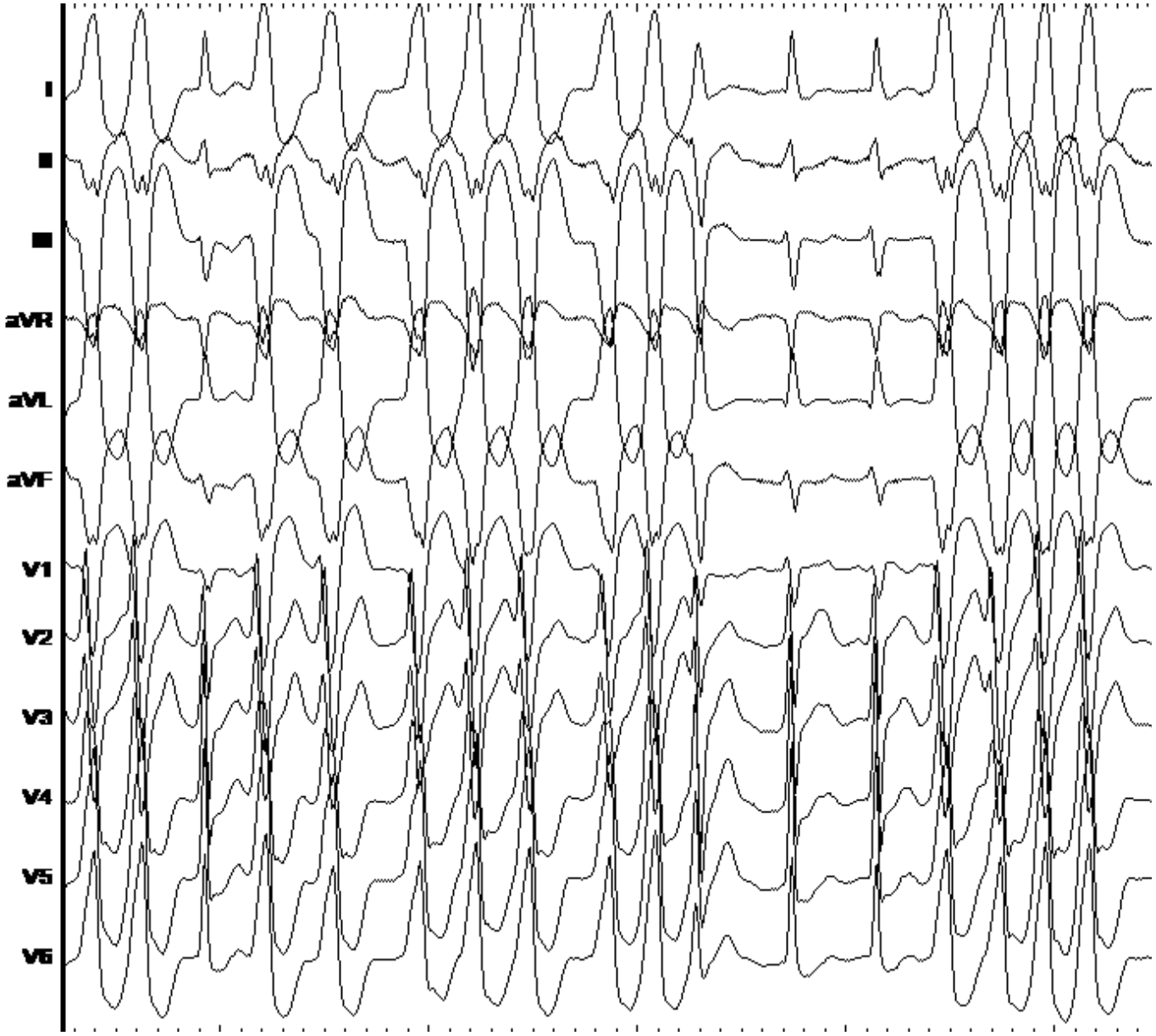




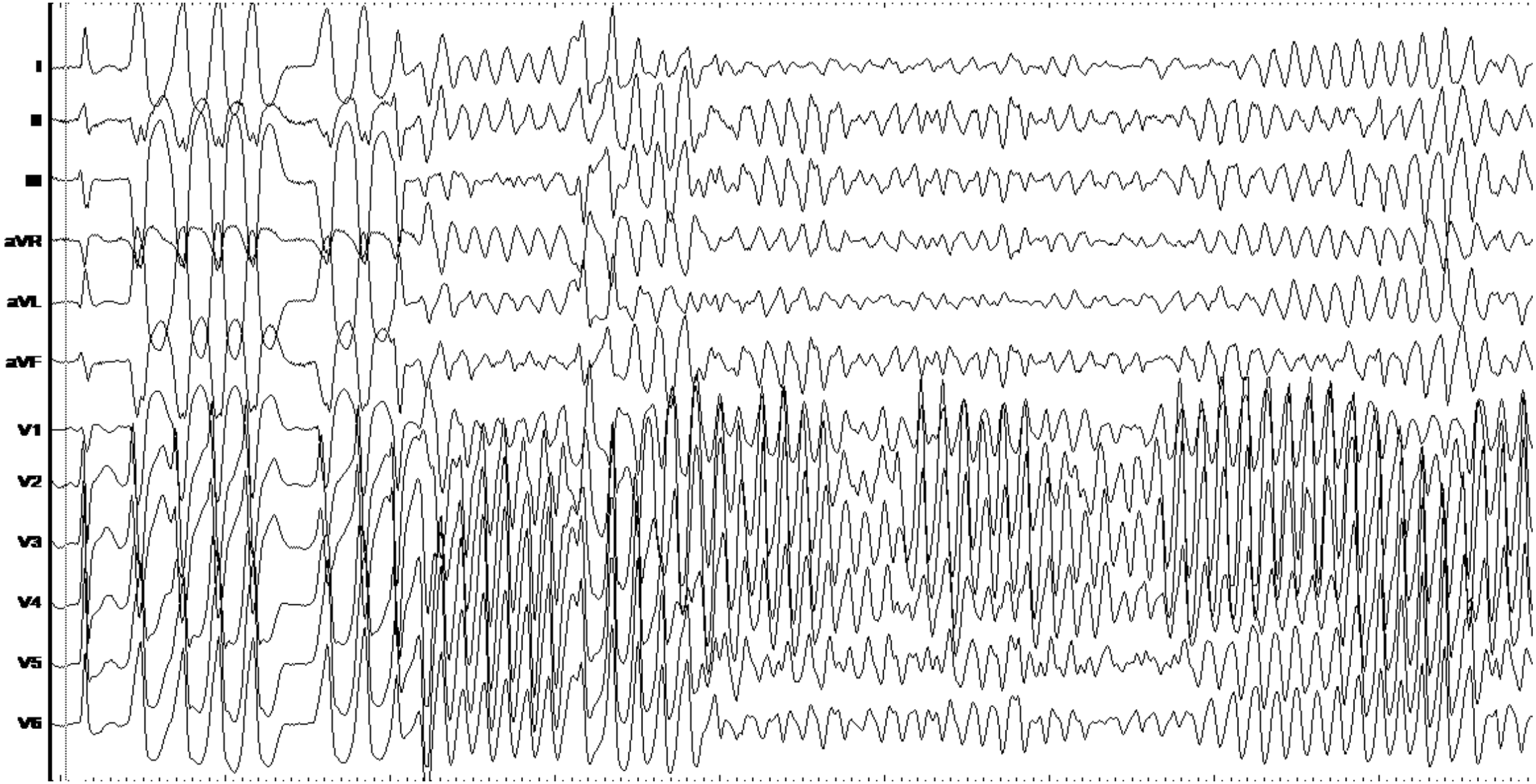




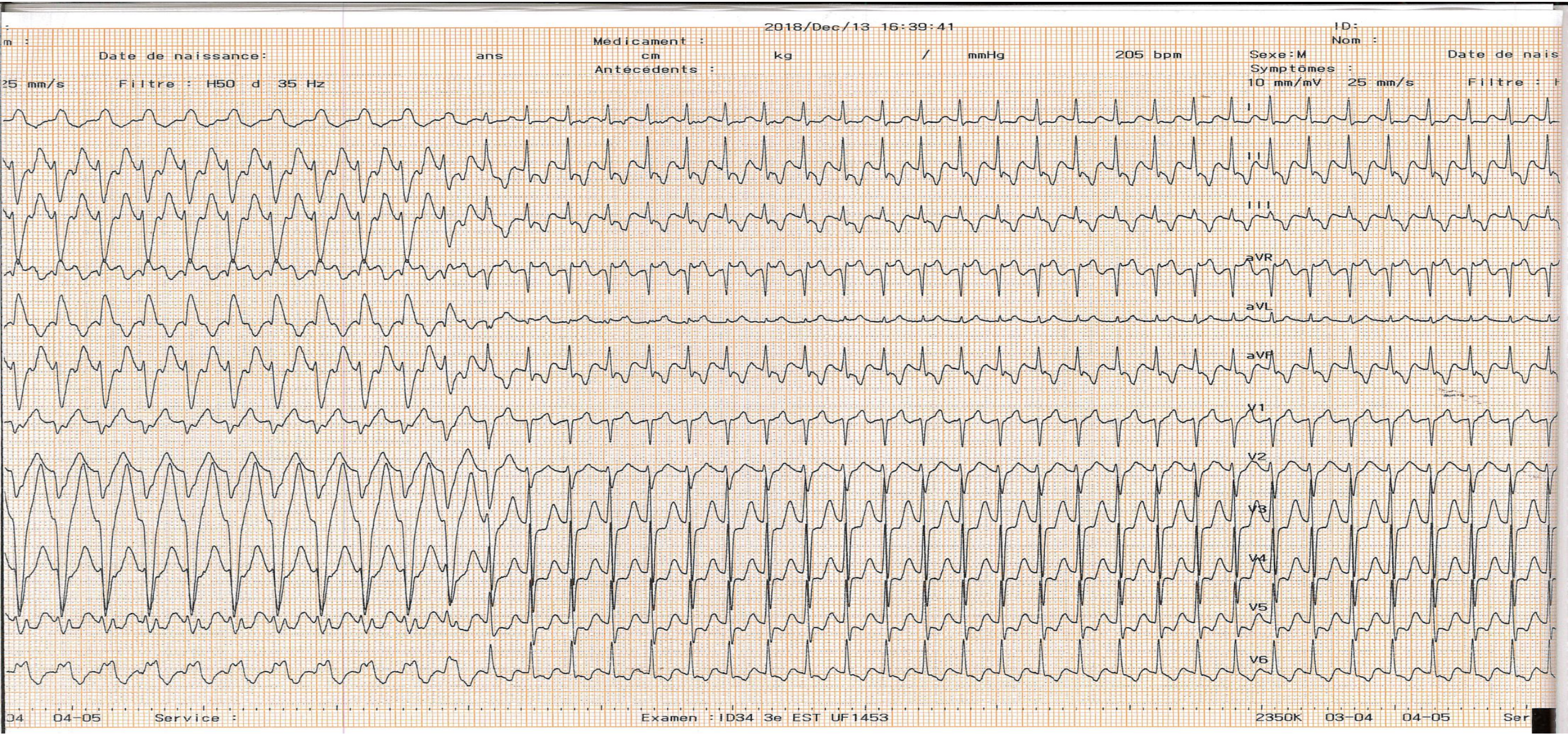
MANŒUVRES EP : Evaluation de la PRA des VA



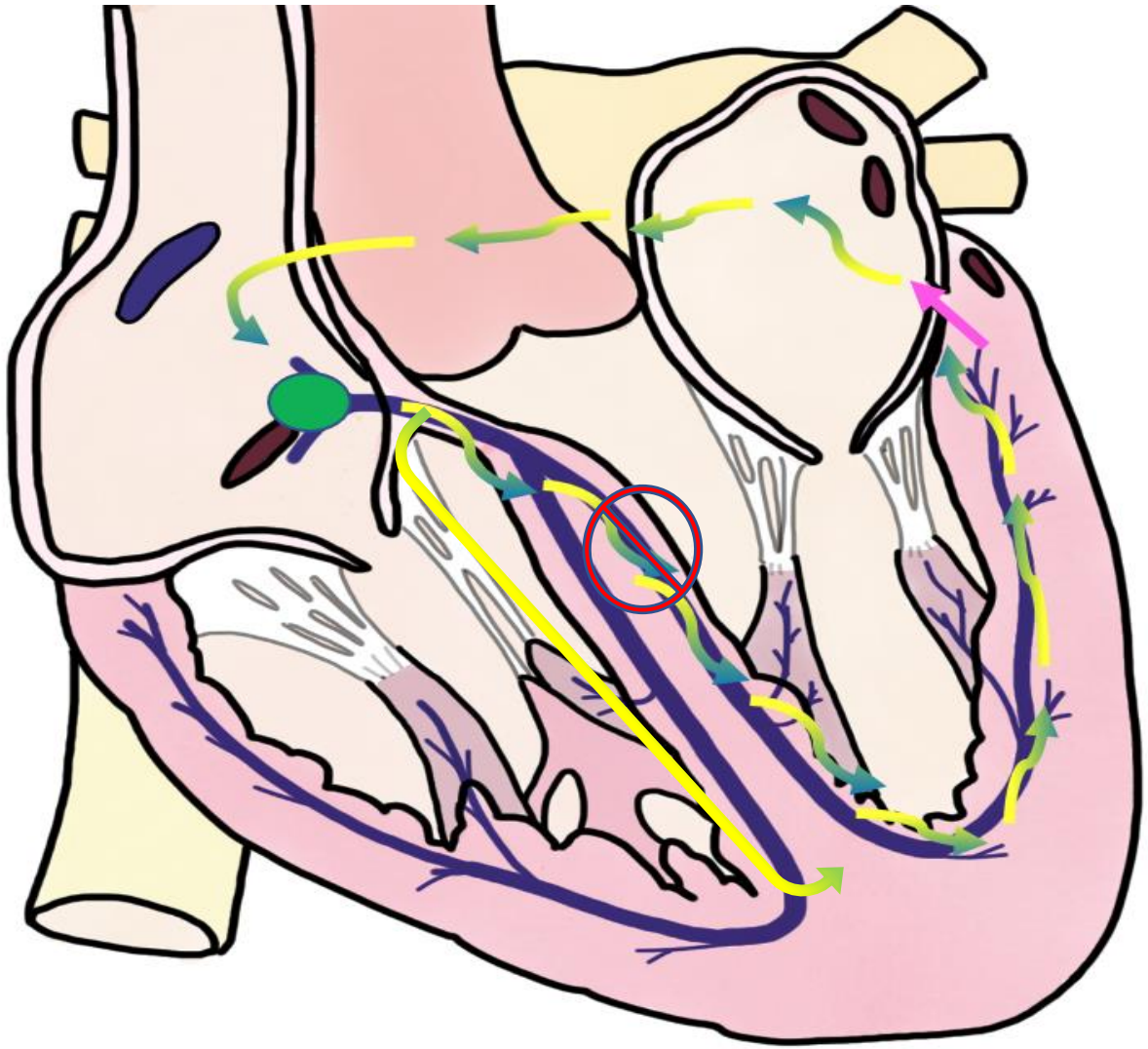
MANŒUVRES EP : Evaluation de la PRA des VA



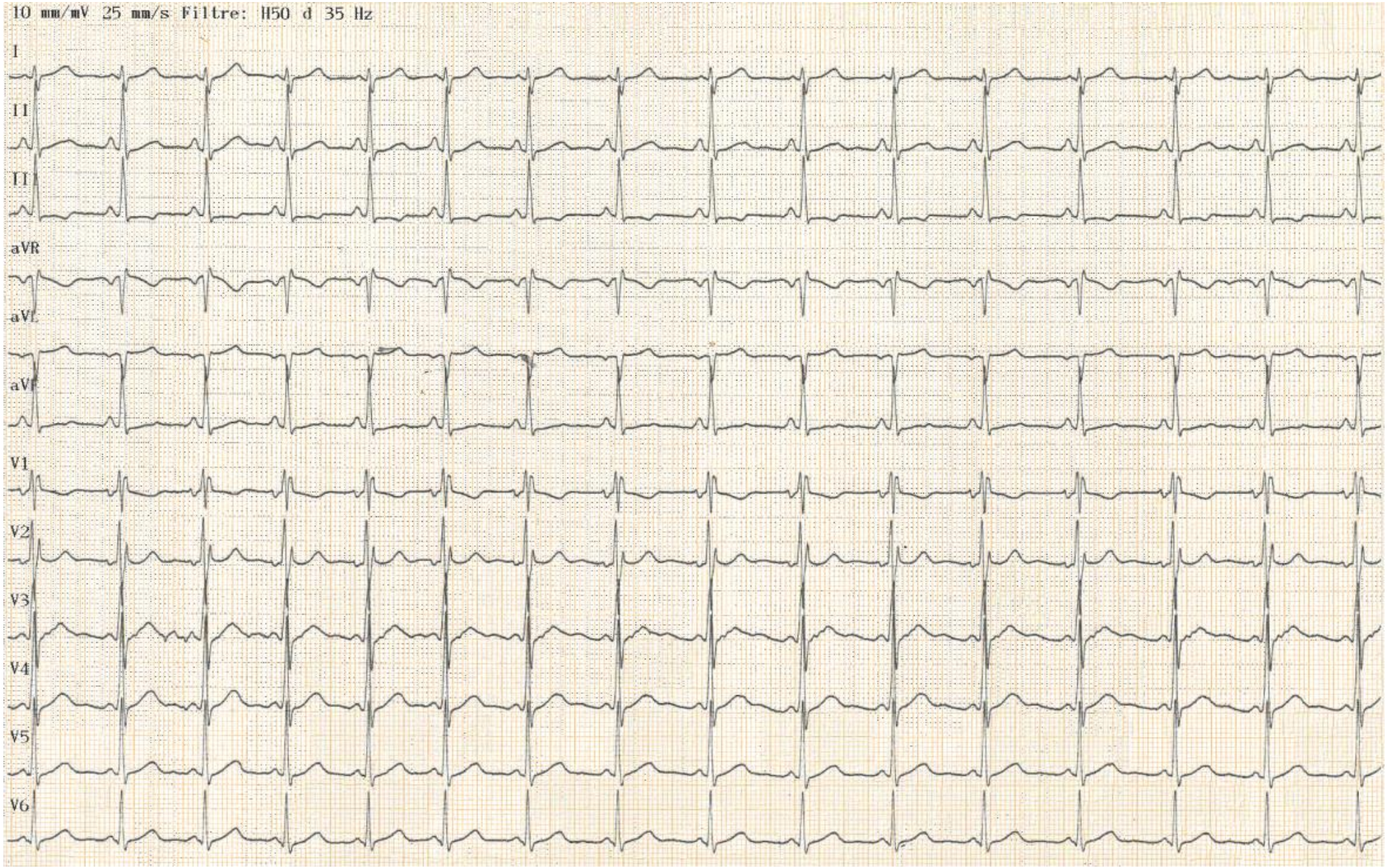
MANŒUVRES EP : Bloc de branche ralentisseur



MANŒUVRES EP : Bloc de branche ralentisseur

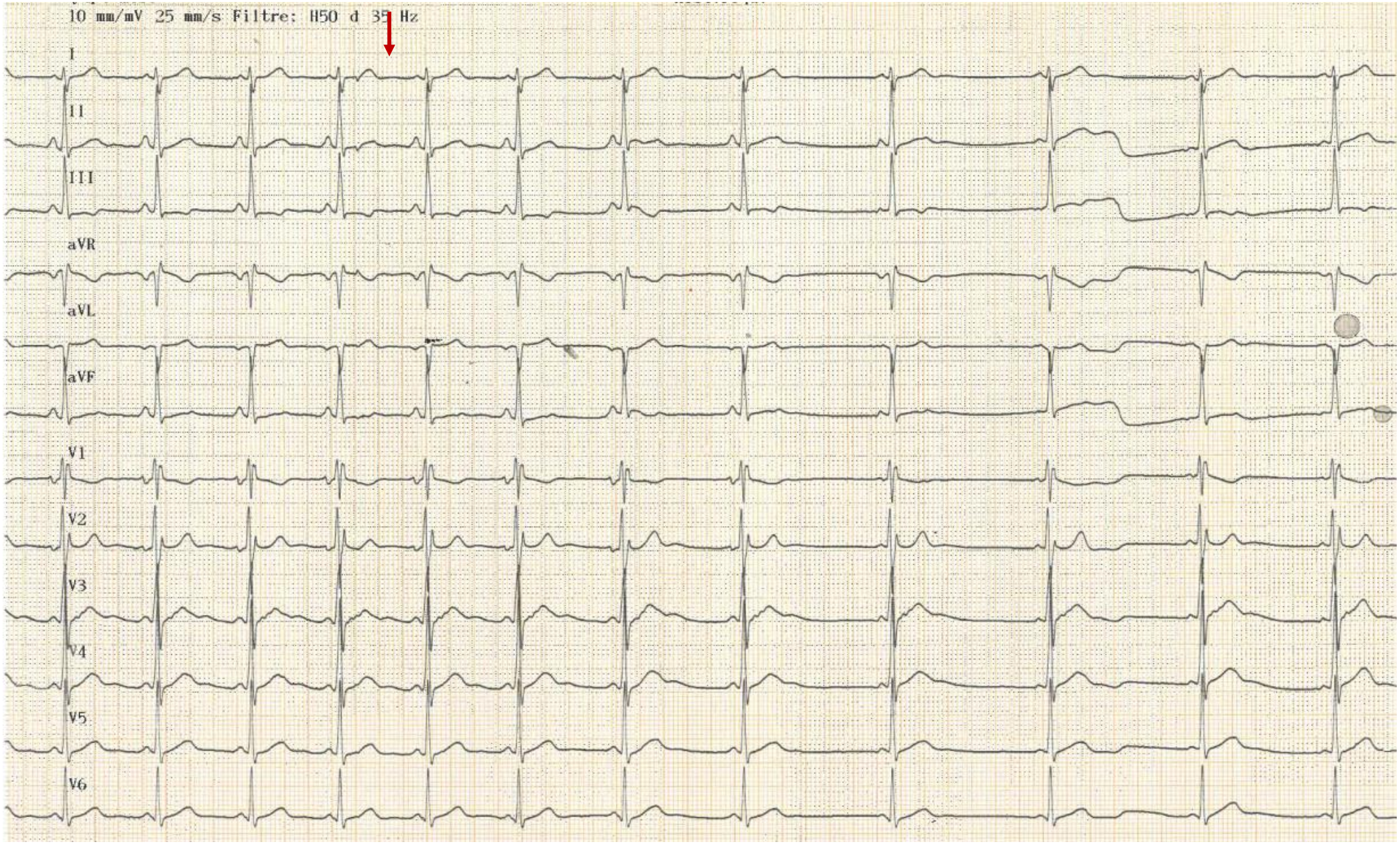


PATIENT #13 ter

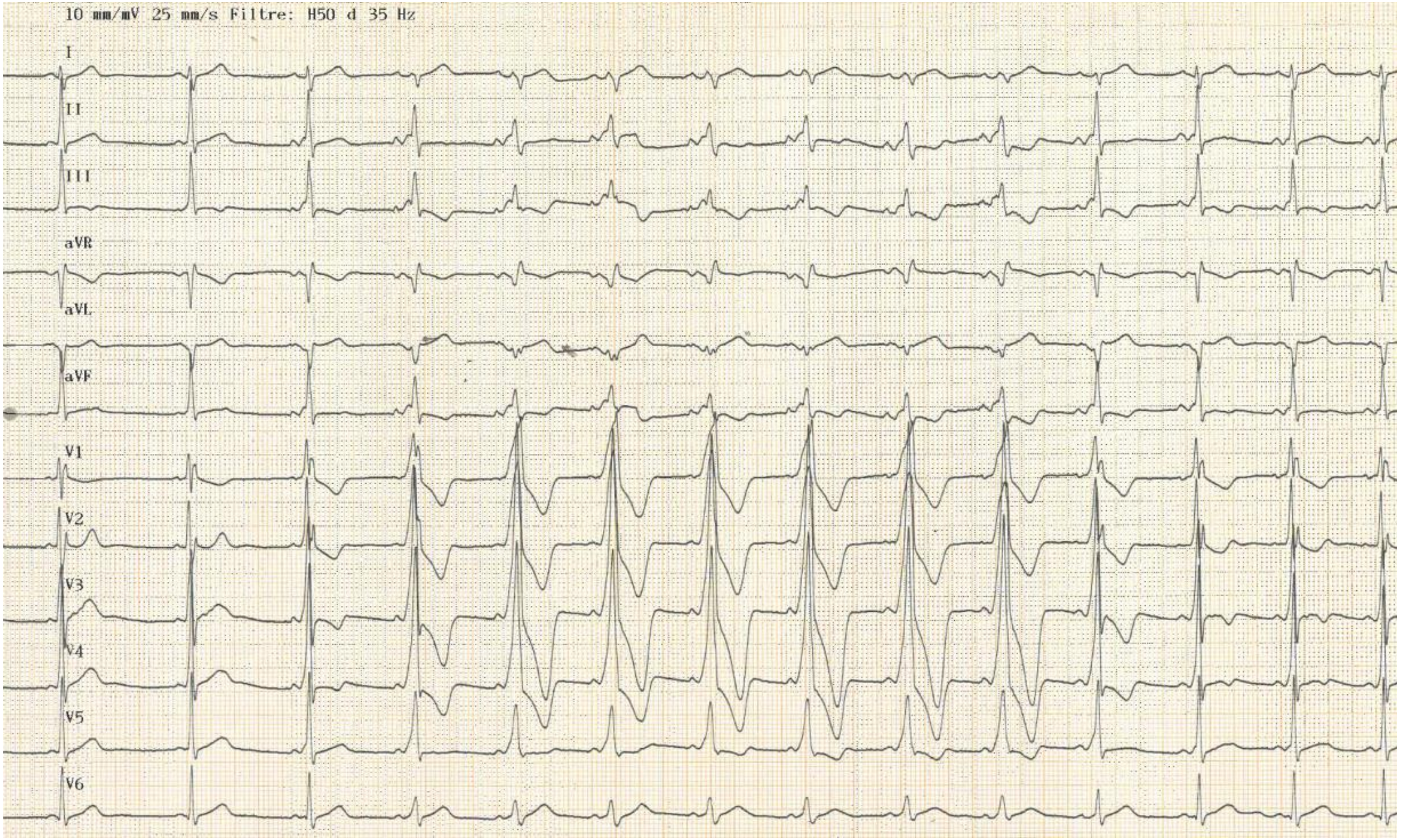


PATIENT #13 ter

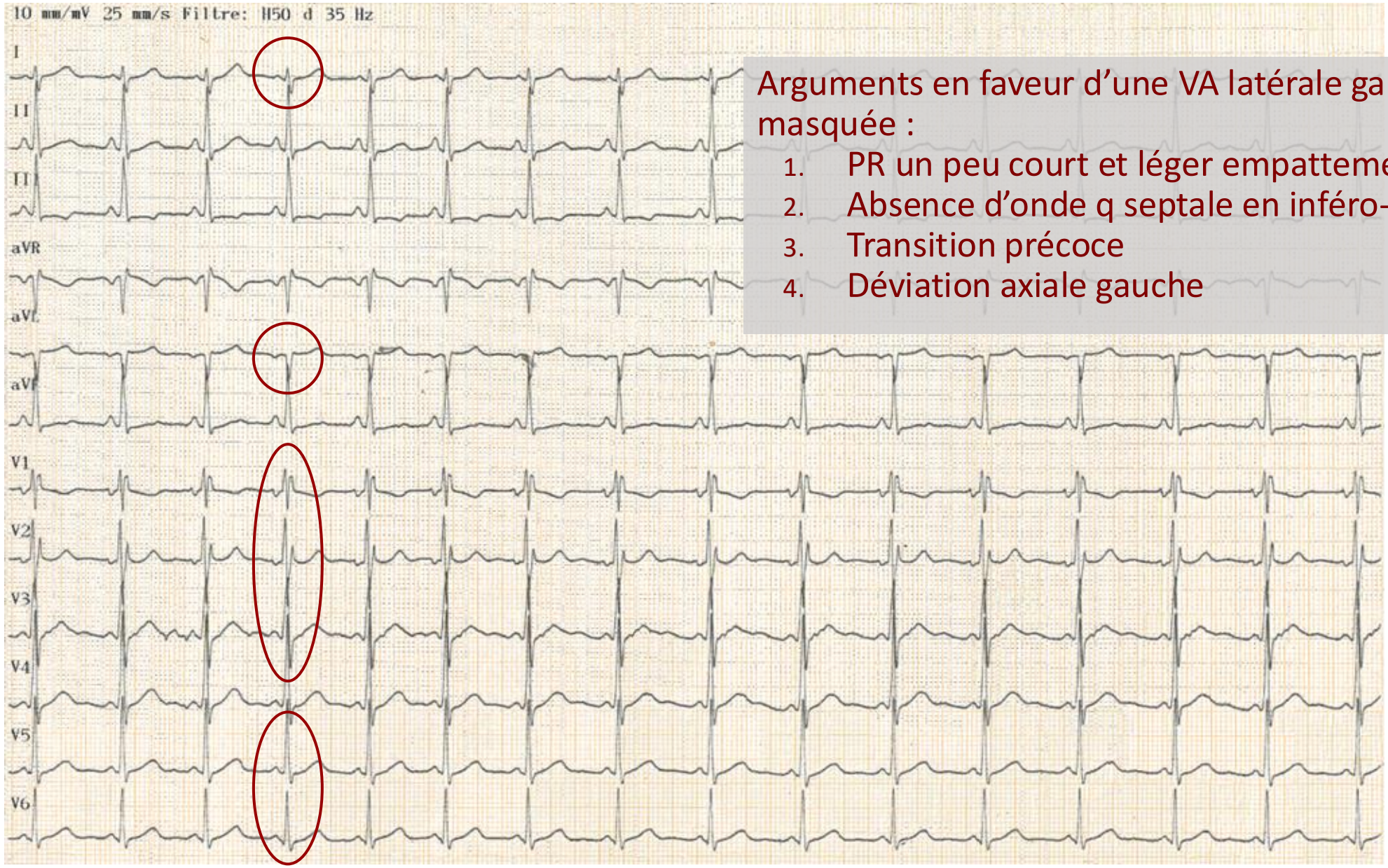
STRIADYNE



PATIENT #13 ter



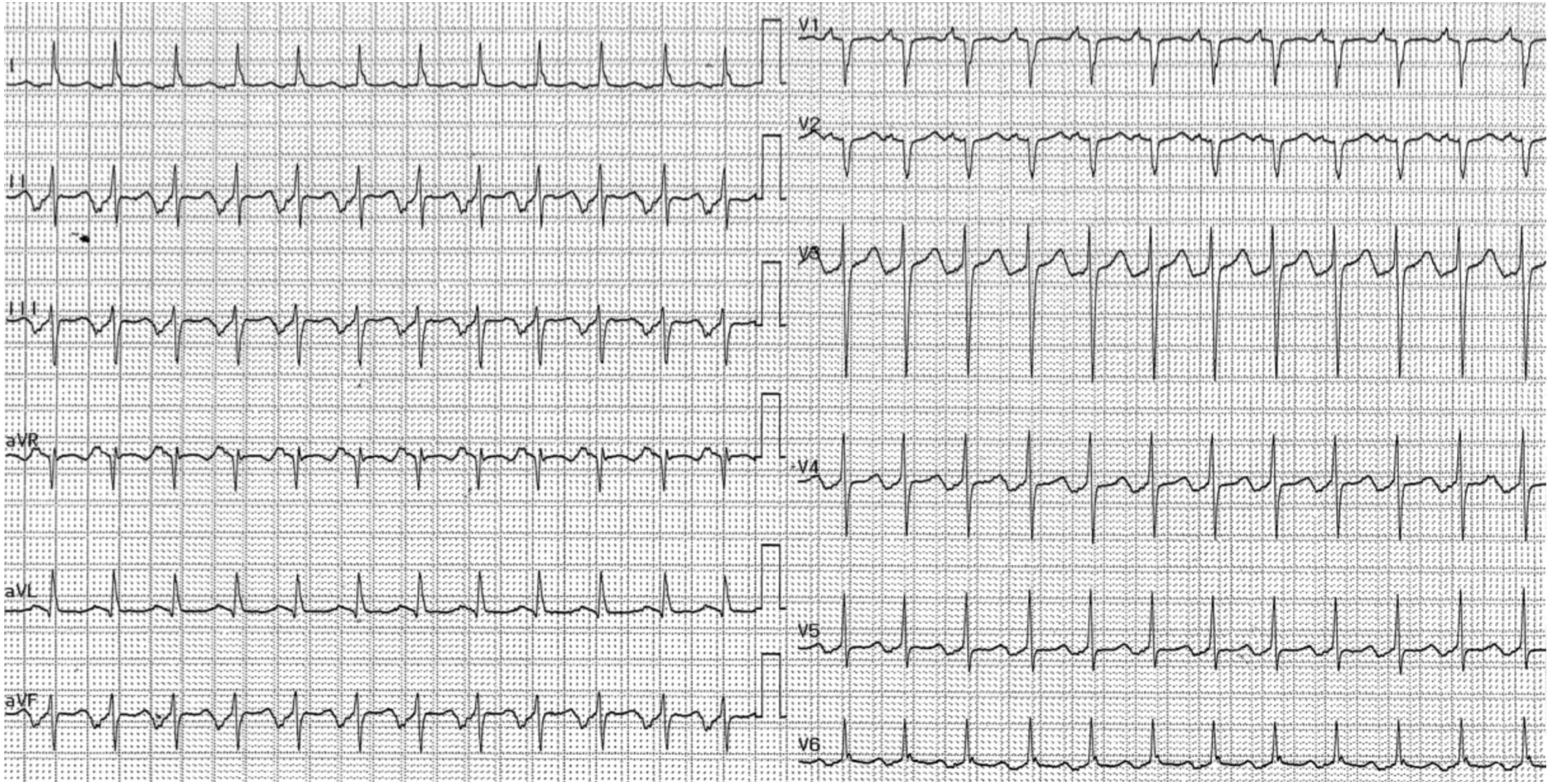
PATIENT #13 ter



Arguments en faveur d'une VA latérale gauche masquée :

1. PR un peu court et léger empattement du QRS
2. Absence d'onde q septale en inféro-latéral
3. Transition précoce
4. Déviation axiale gauche

PJRT / Coumel = VA décrémentielle rétrograde exclusive

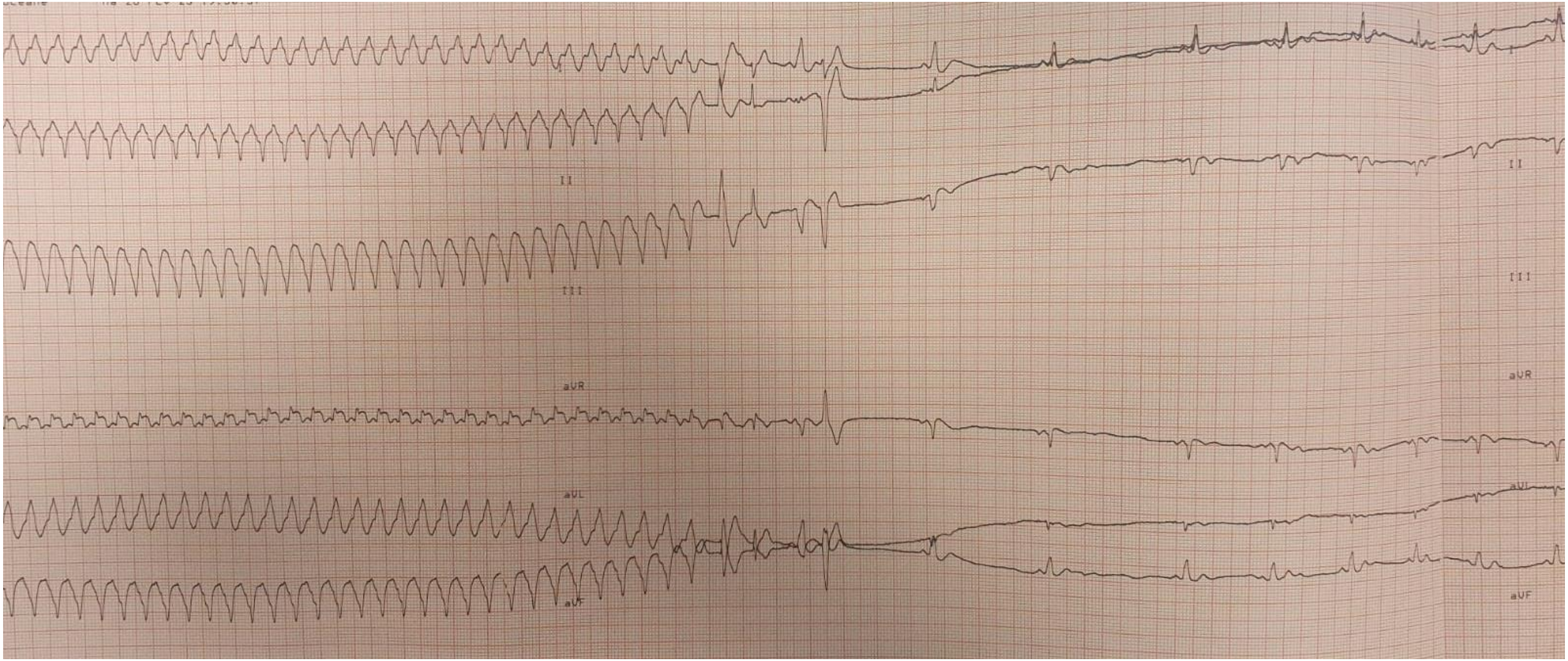


PJRT / Coumel = VA décrémentielle rétrograde exclusive

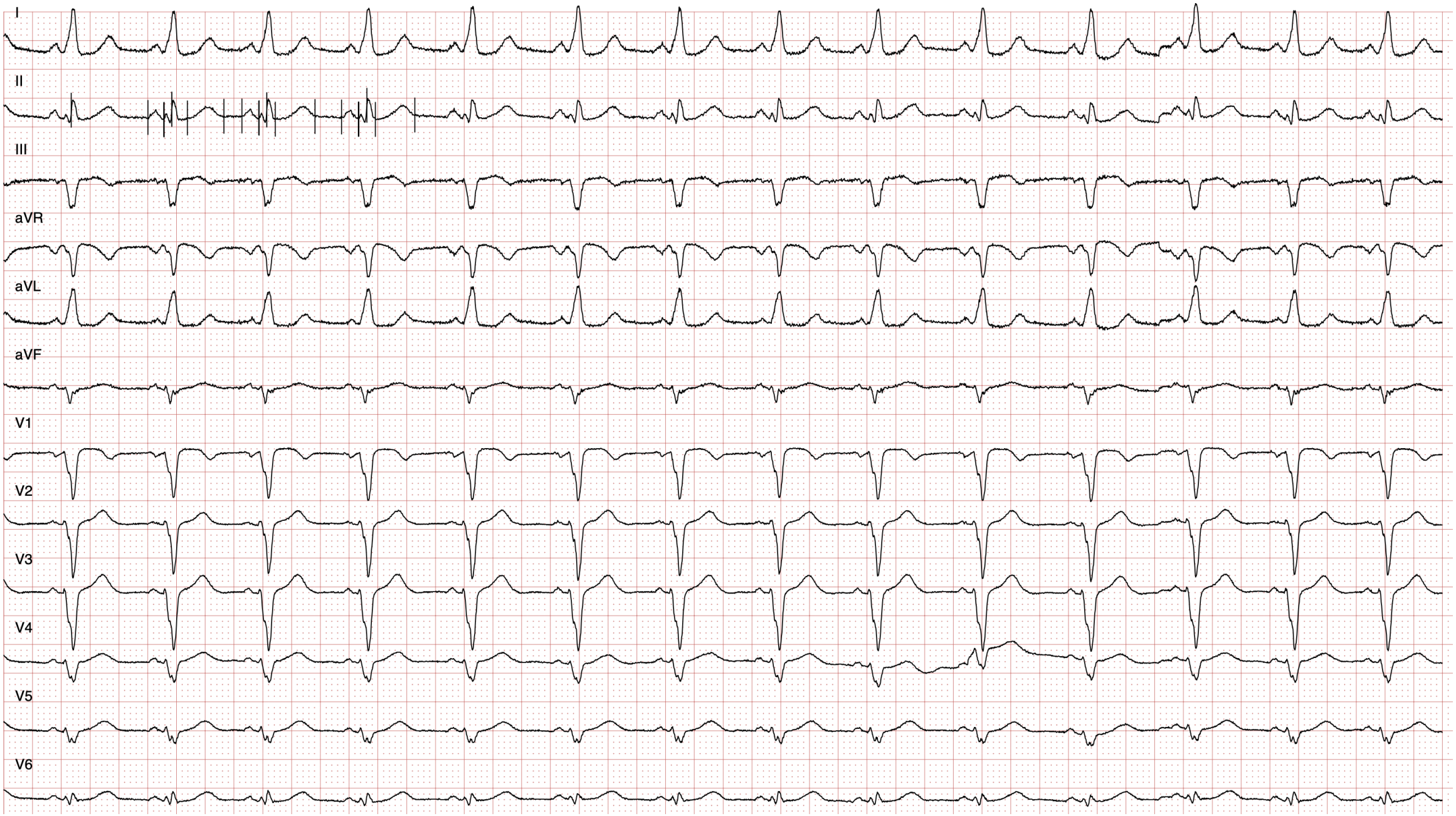
PJRT / Coumel = VA décrémentielle rétrograde exclusive

ENCORE UNE VA ?

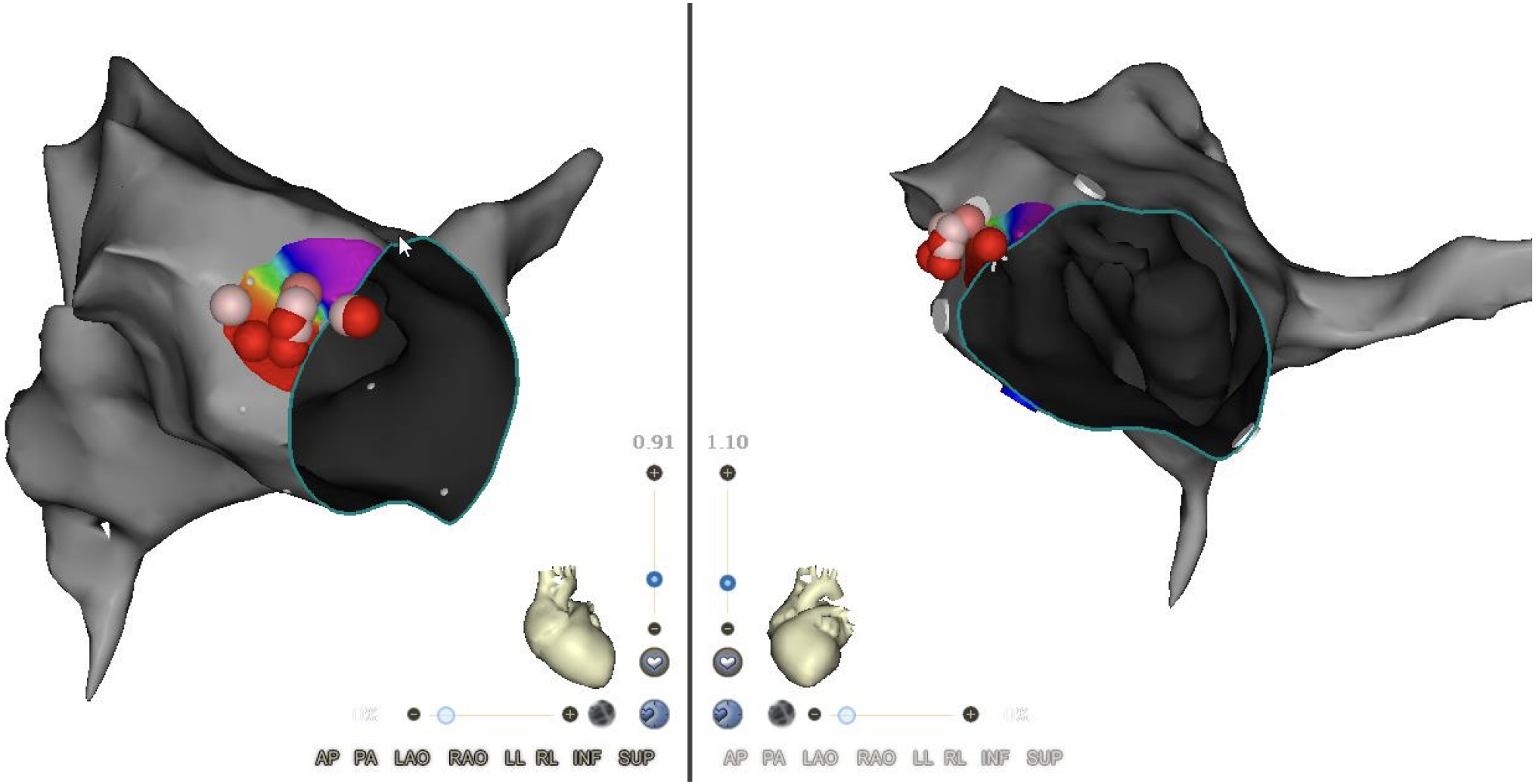
ENCORE UNE VA ?



ENCORE UNE VA ?

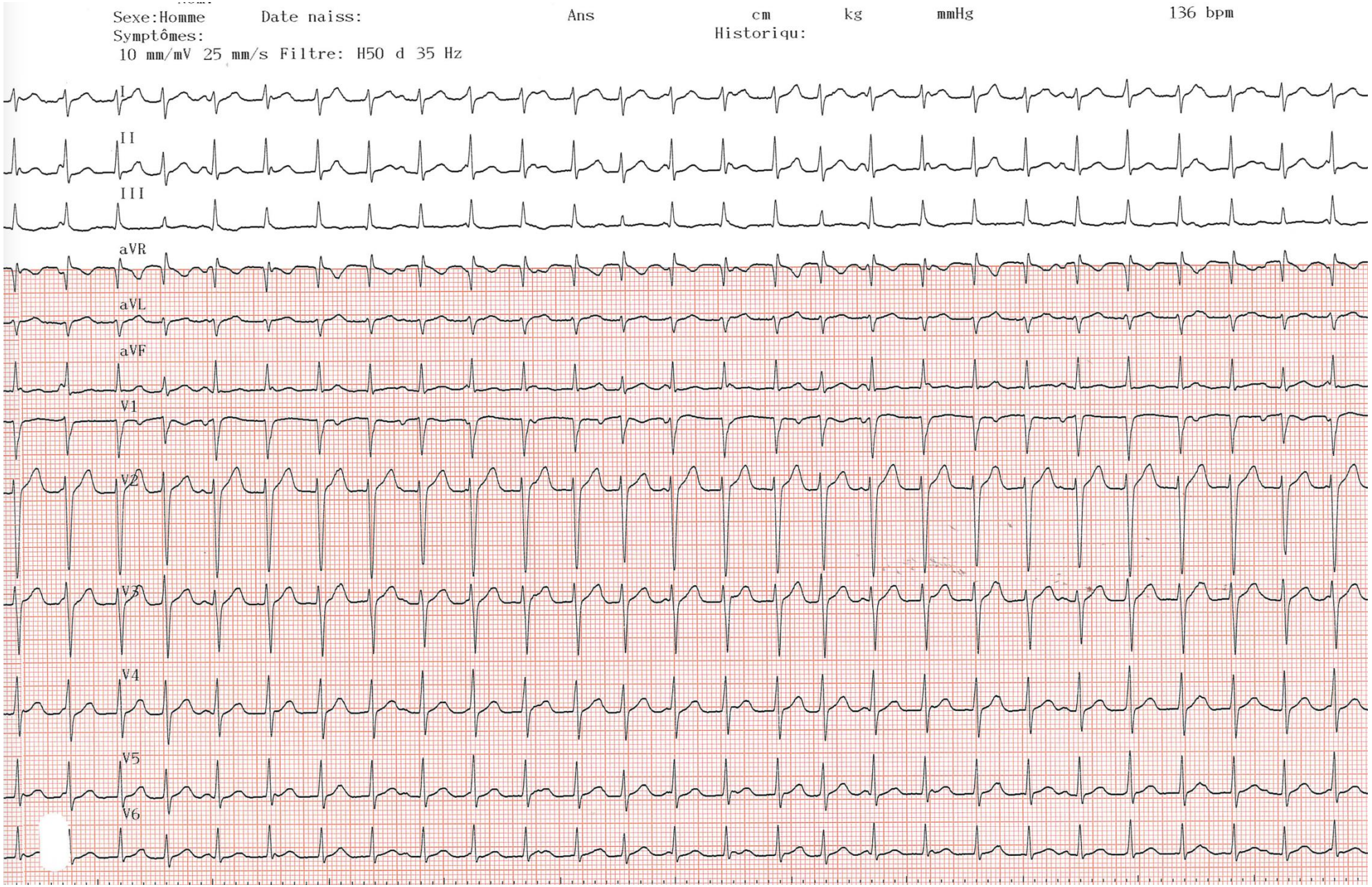


ENCORE UNE VA ?

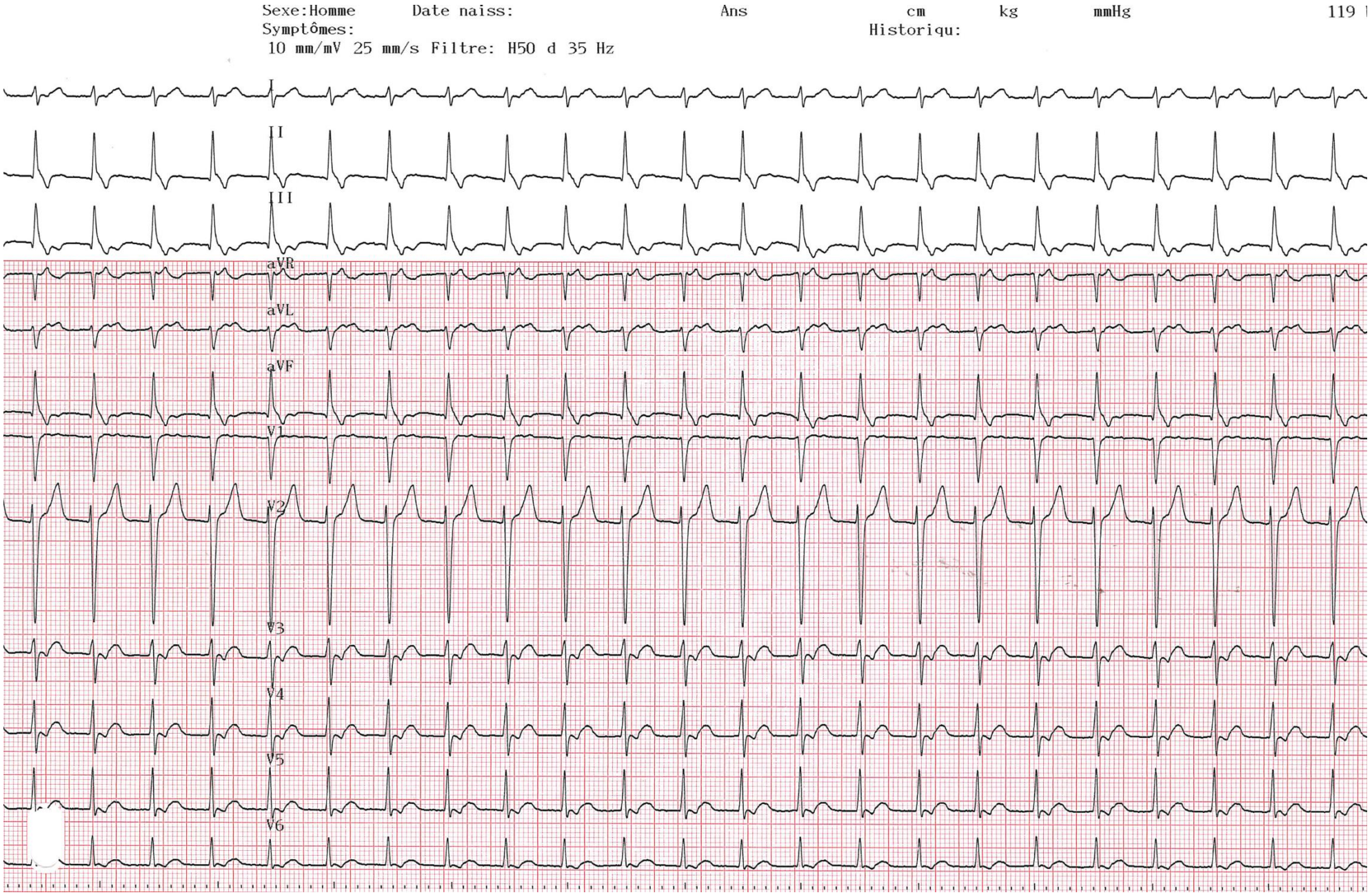


ENCORE UNE VA ?

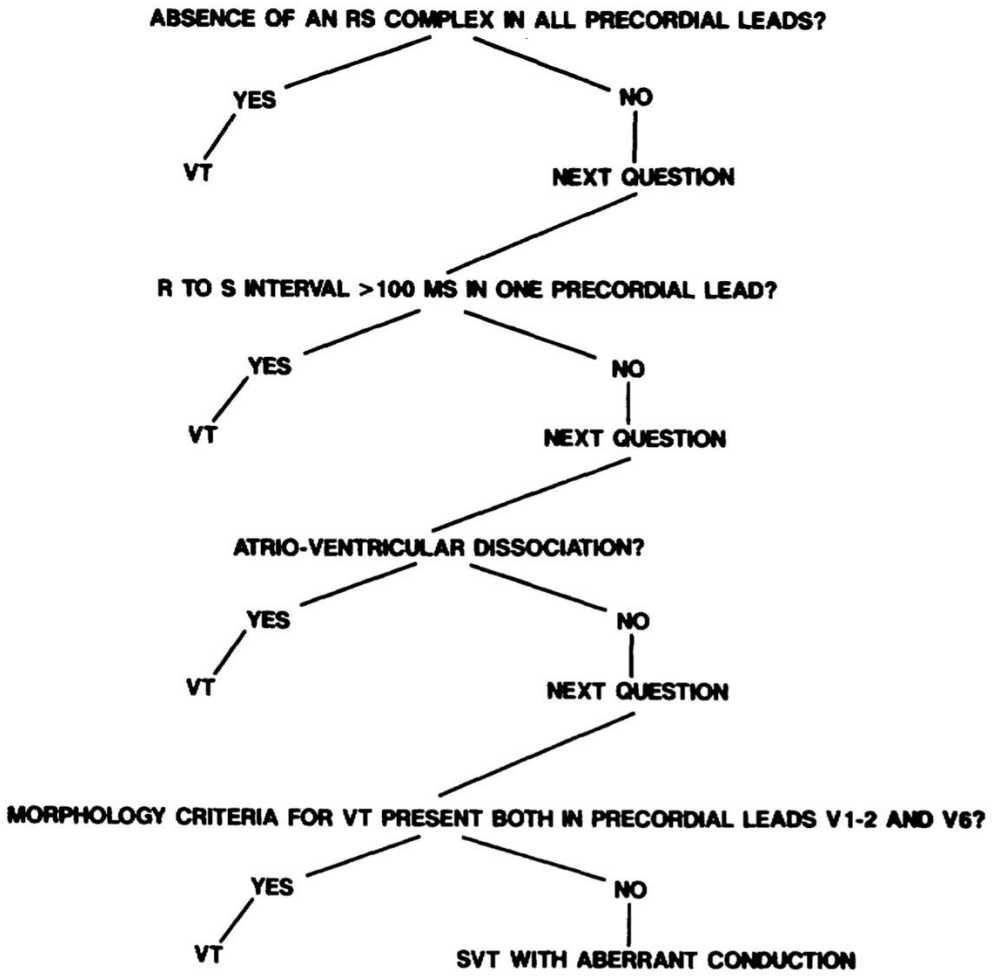
JET : Junctional Ectopic Tachycardia



JET : Junctional Ectopic Tachycardia



TV vs. TSV : ALGORITHMES DE DISCRIMINATION



Brugada 1991

Table 9 Summary of key electrocardiographic criteria that suggest ventricular tachycardia rather than supraventricular tachycardia in wide complex tachycardia

AV dissociation	Ventricular rate > atrial rate
Fusion/capture beats	Different QRS morphology from that of tachycardia
Chest lead negative concordance	All precordial chest leads negative
RS in precordial leads	- Absence of RS in precordial leads - RS >100 ms in any lead[a]
QRS complex in aVR	• Initial R wave • Initial R or Q wave >40 ms • Presence of a notch of a predominantly negative complex
QRS axis −90 to ±180°	Both in the presence of RBBB and LBBB morphology
R wave peak time in lead II	R wave peak time ≥50 ms
RBBB morphology	***Lead V1:*** Monophasic R, Rsr', biphasic qR complex, broad R (>40 ms), and a double-peaked R wave with the left peak taller than the right (the so-called 'rabbit ear' sign) ***Lead V6:*** R:S ratio <1 (rS, QS patterns)
LBBB morphology	***Lead V1:*** Broad R wave, slurred or notched-down stroke of the S wave, and delayed nadir of S wave ***Lead V6:*** Q or QS wave

ESC 2019

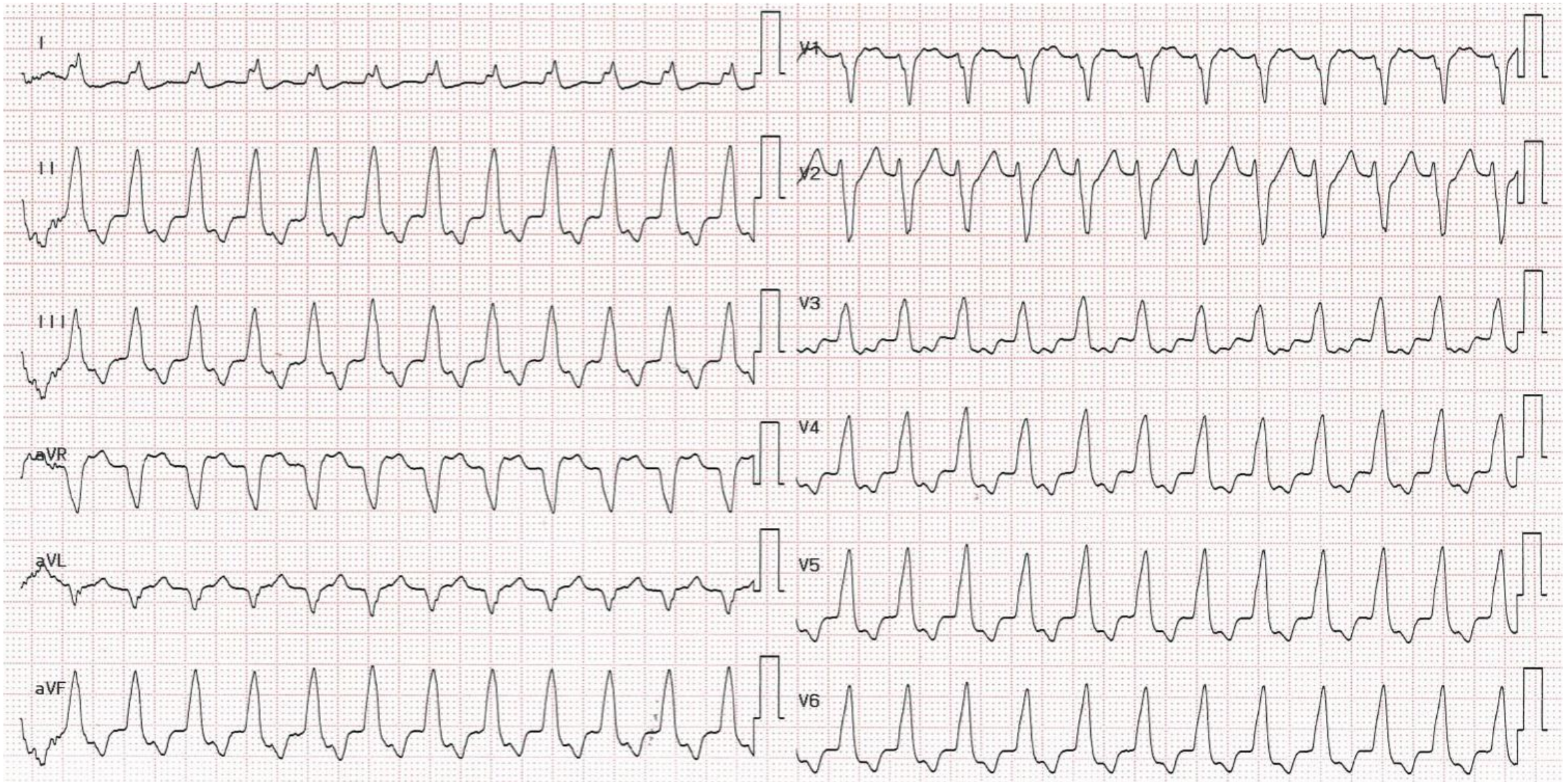
PATIENT #1

CLINIQUE

- Homme de 65 ans
- Consulte aux urgences pour palpitations
- Depuis 3 heures
- Premier épisode
- Pas d’ATCD particulier.

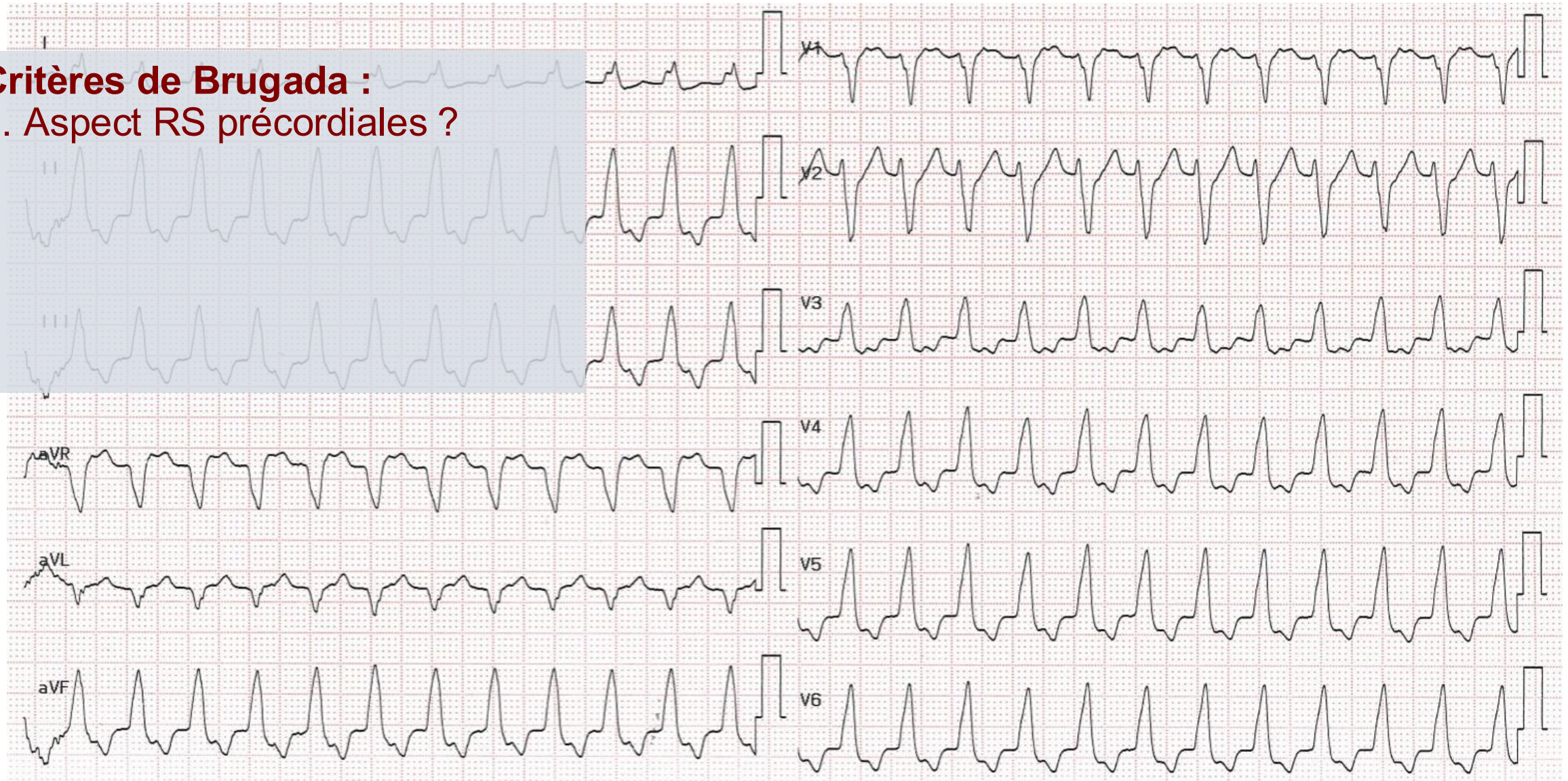
PATIENT #1

ECG ENTREE



PATIENT #1

ECG ENTREE



Critères de Brugada :

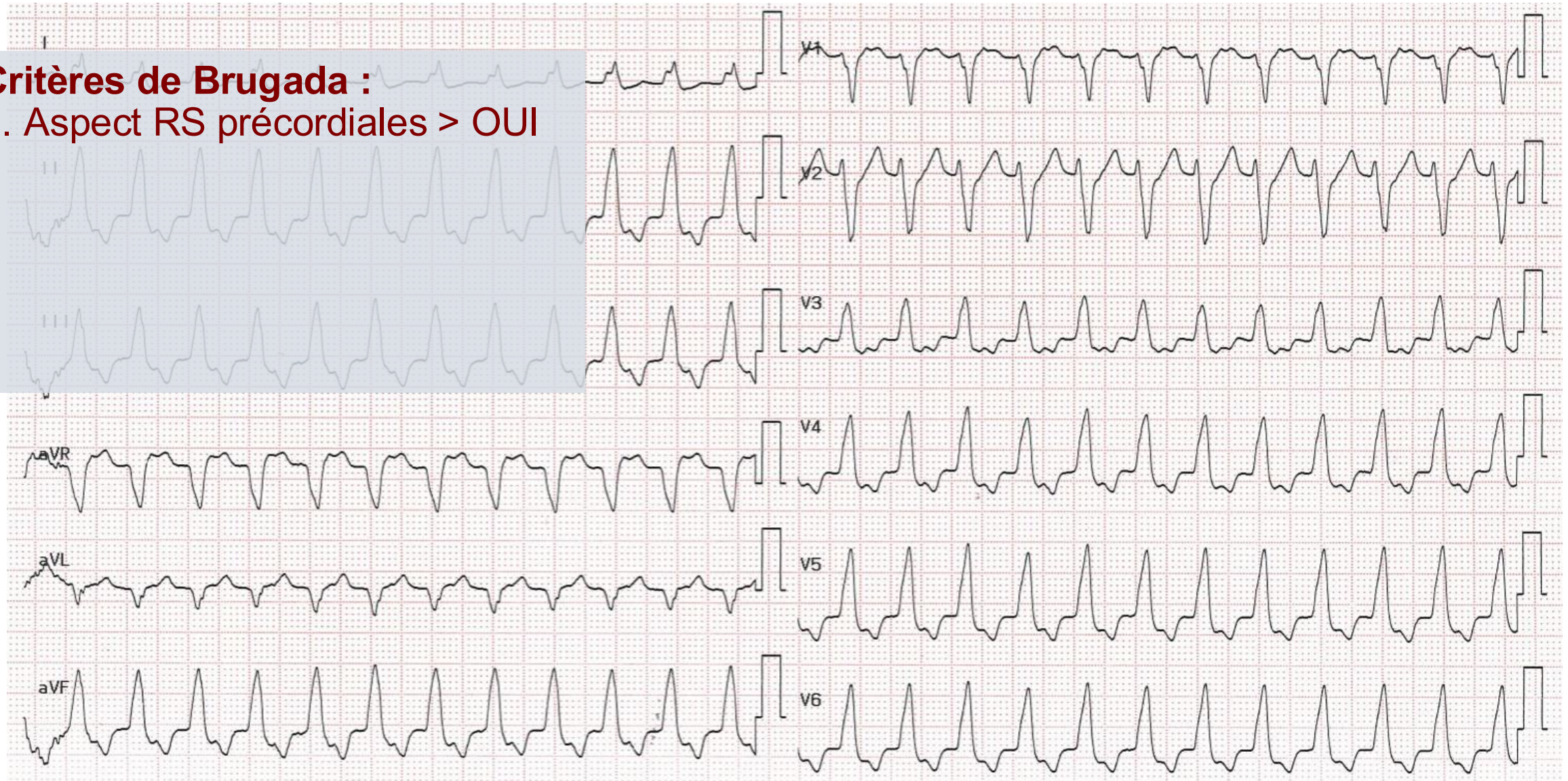
1. Aspect RS précordiales ?

PATIENT #1

ECG ENTREE

Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI

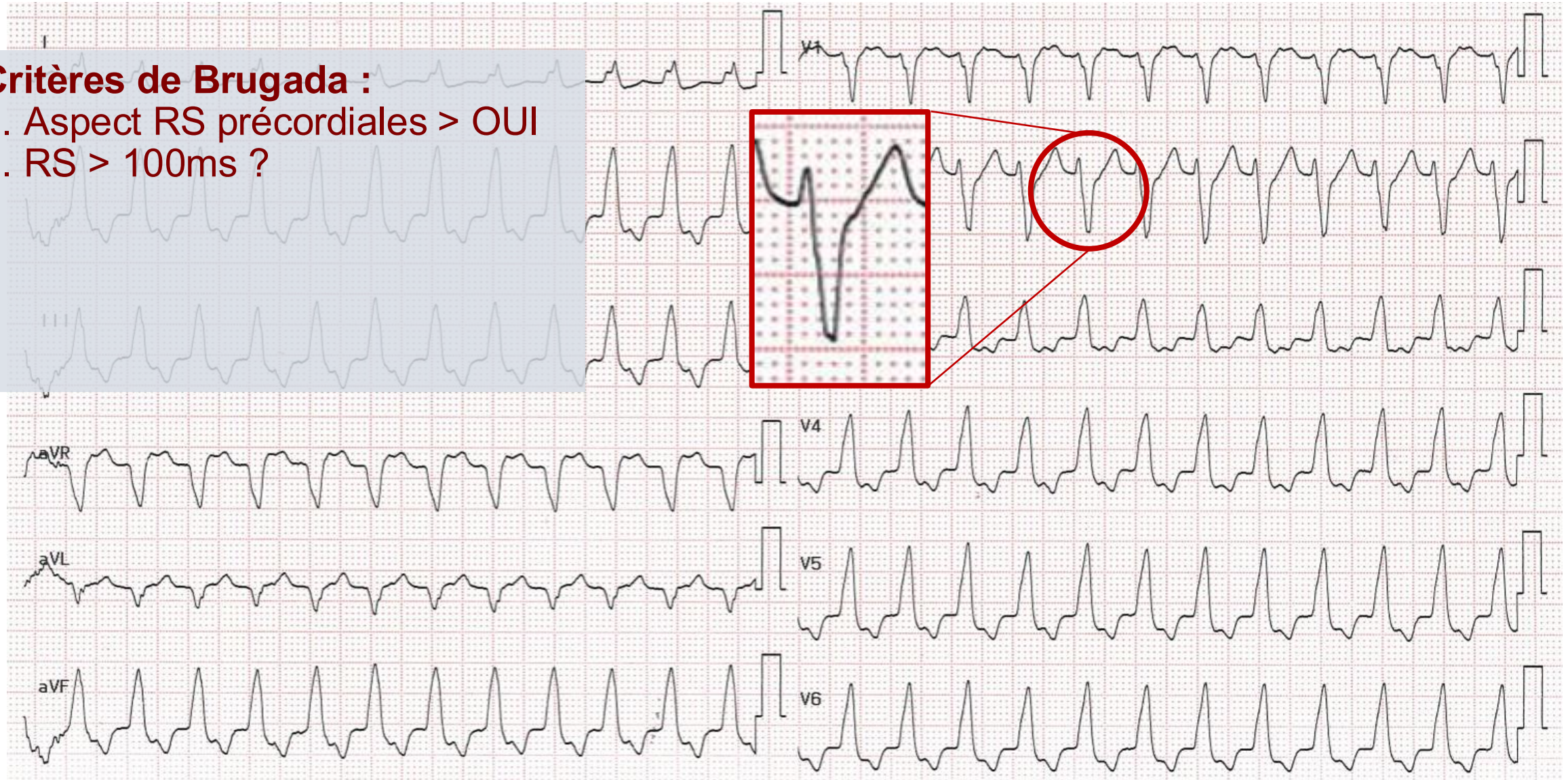


PATIENT #1

ECG ENTREE

Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms ?

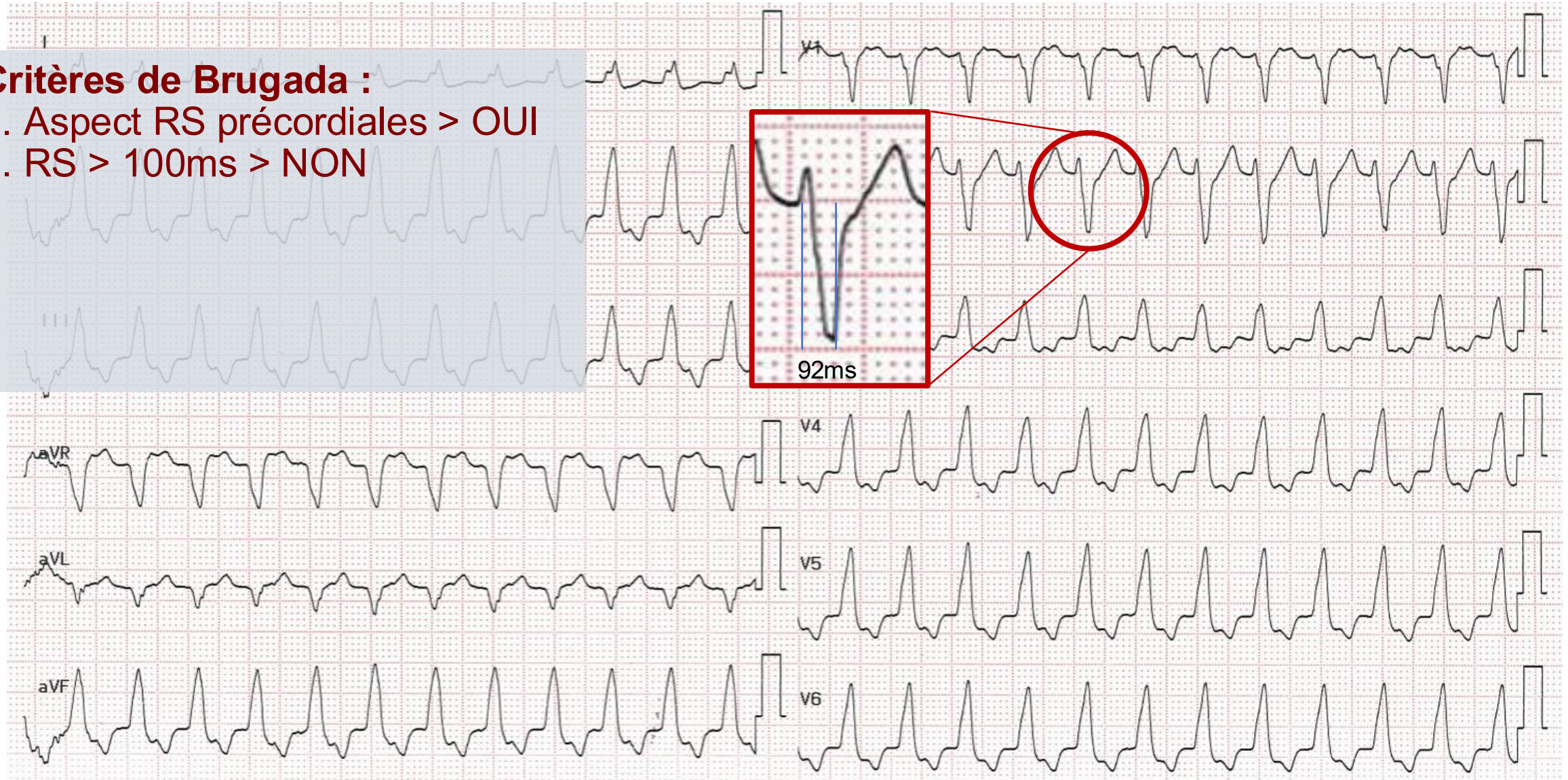


PATIENT #1

ECG ENTREE

Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON

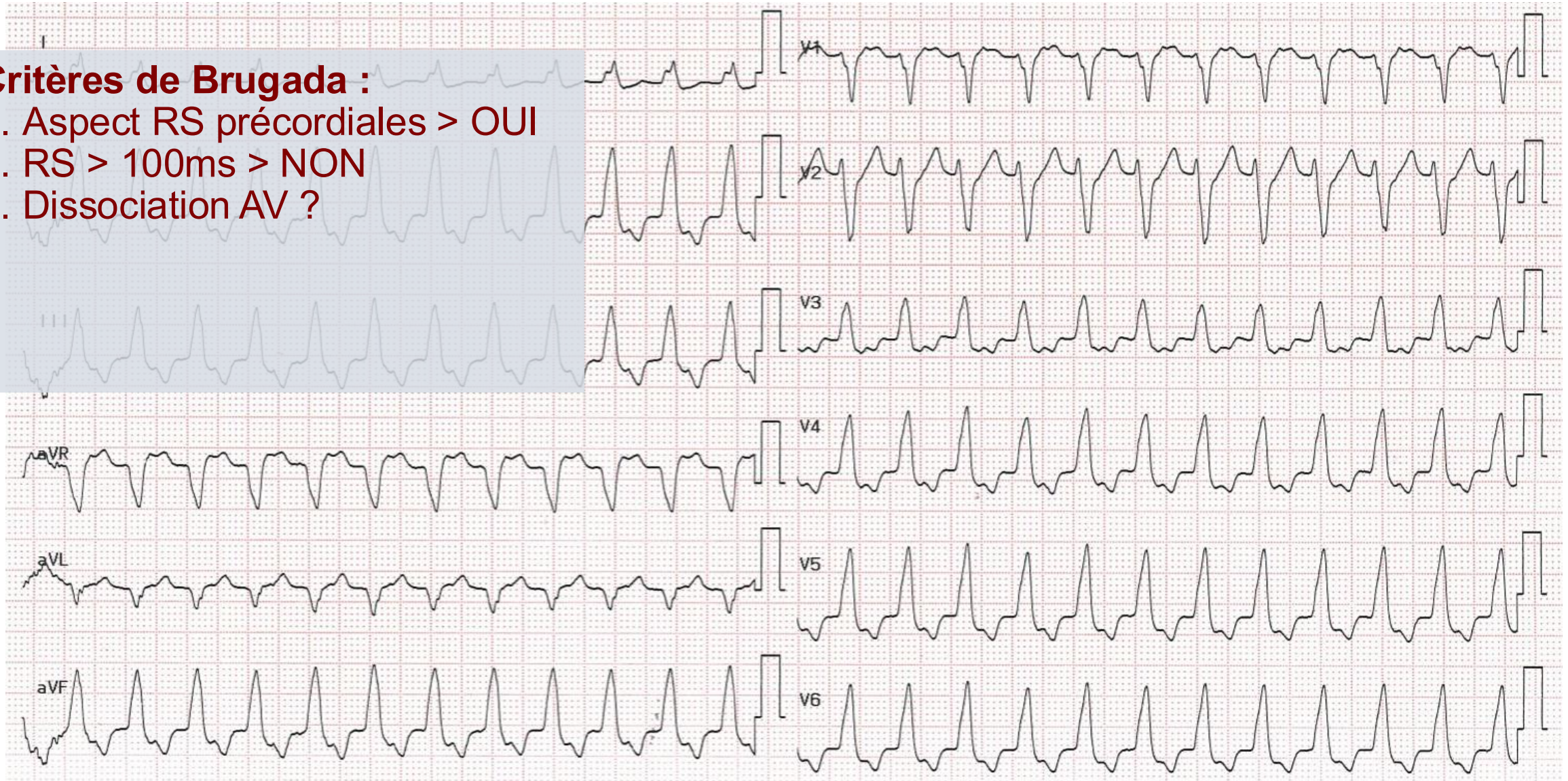


PATIENT #1

ECG ENTREE

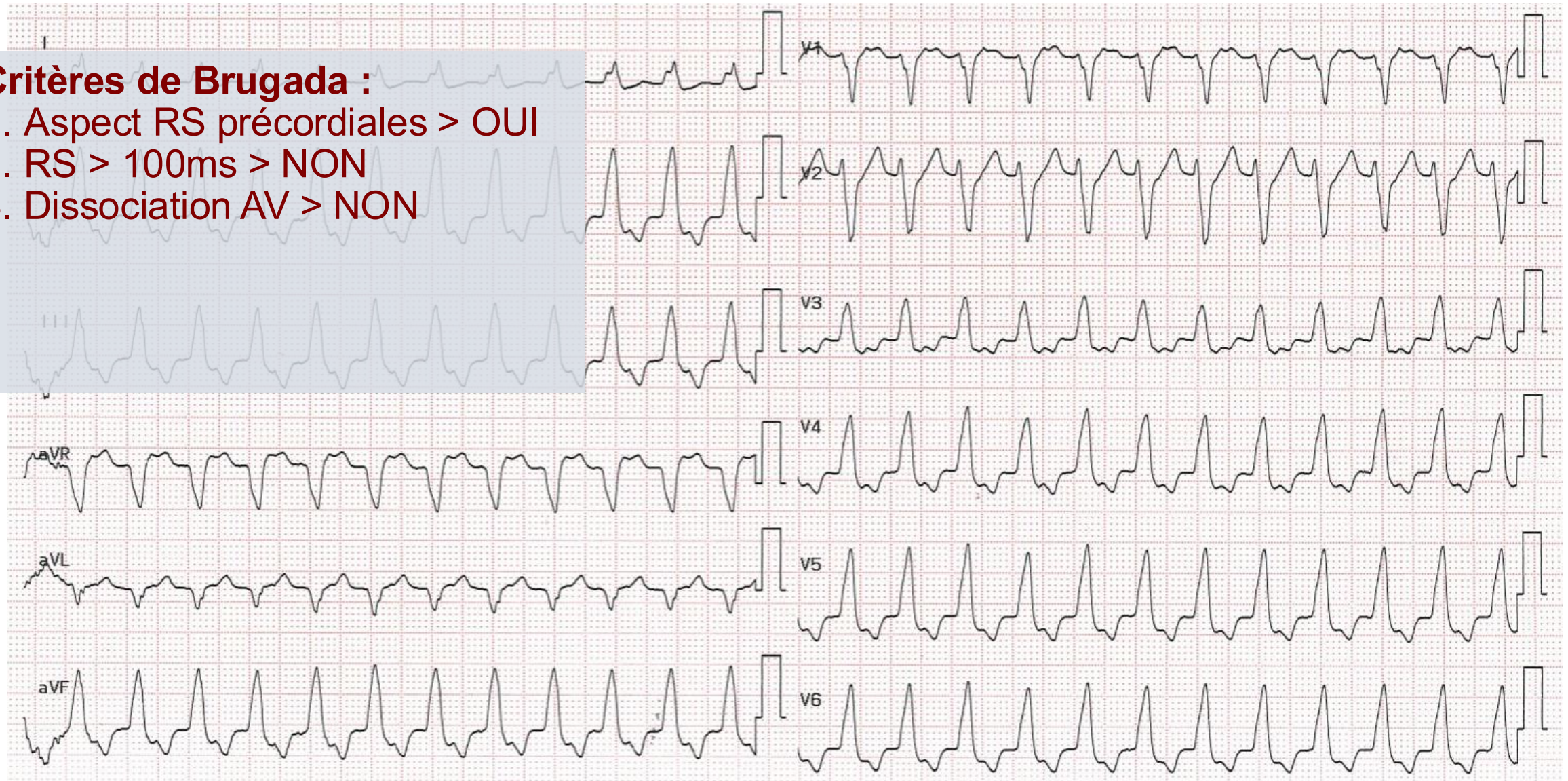
Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV ?



PATIENT #1

ECG ENTREE



Critères de Brugada :

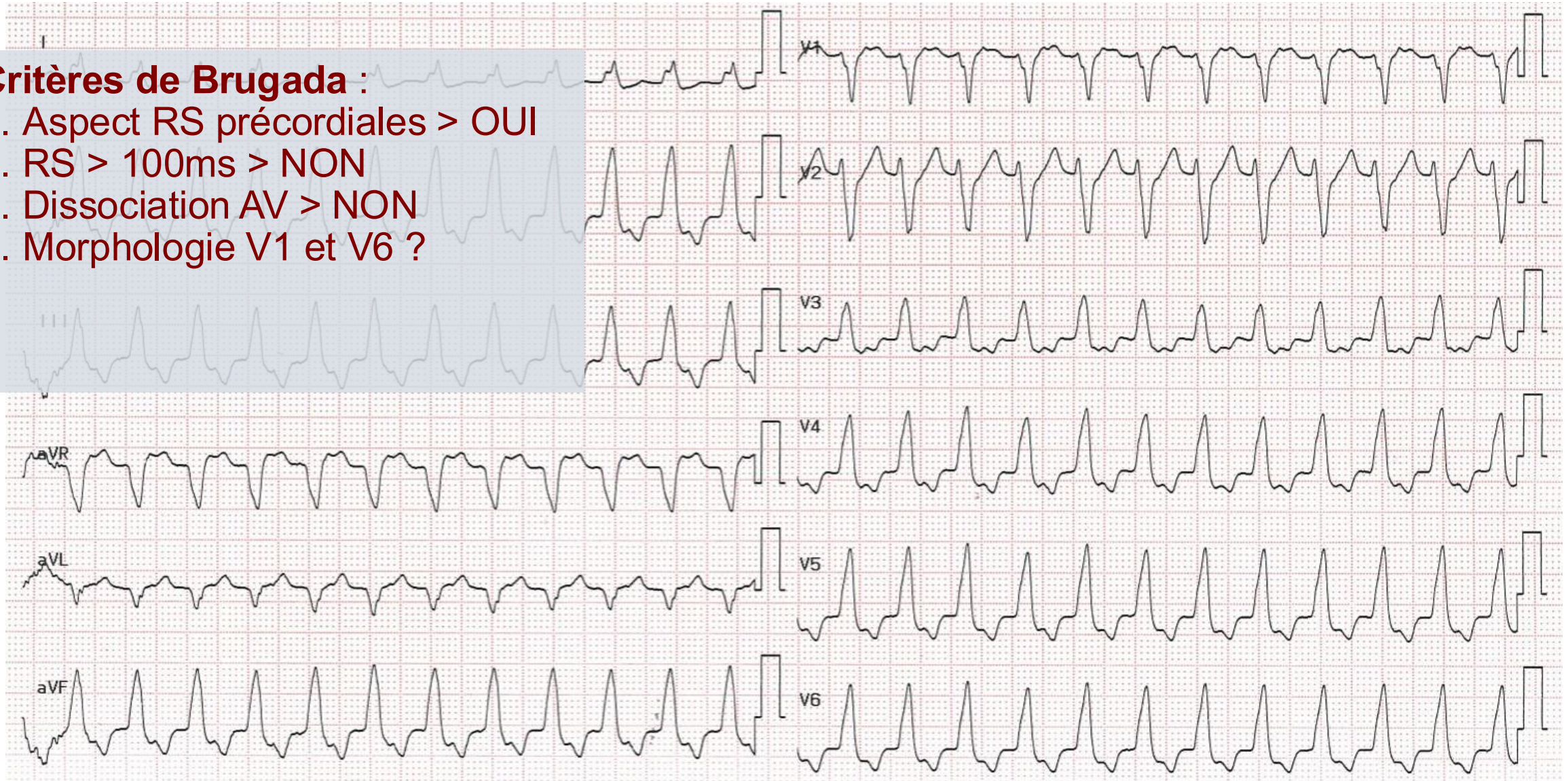
1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV > NON

PATIENT #1

ECG ENTREE

Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV > NON
4. Morphologie V1 et V6 ?

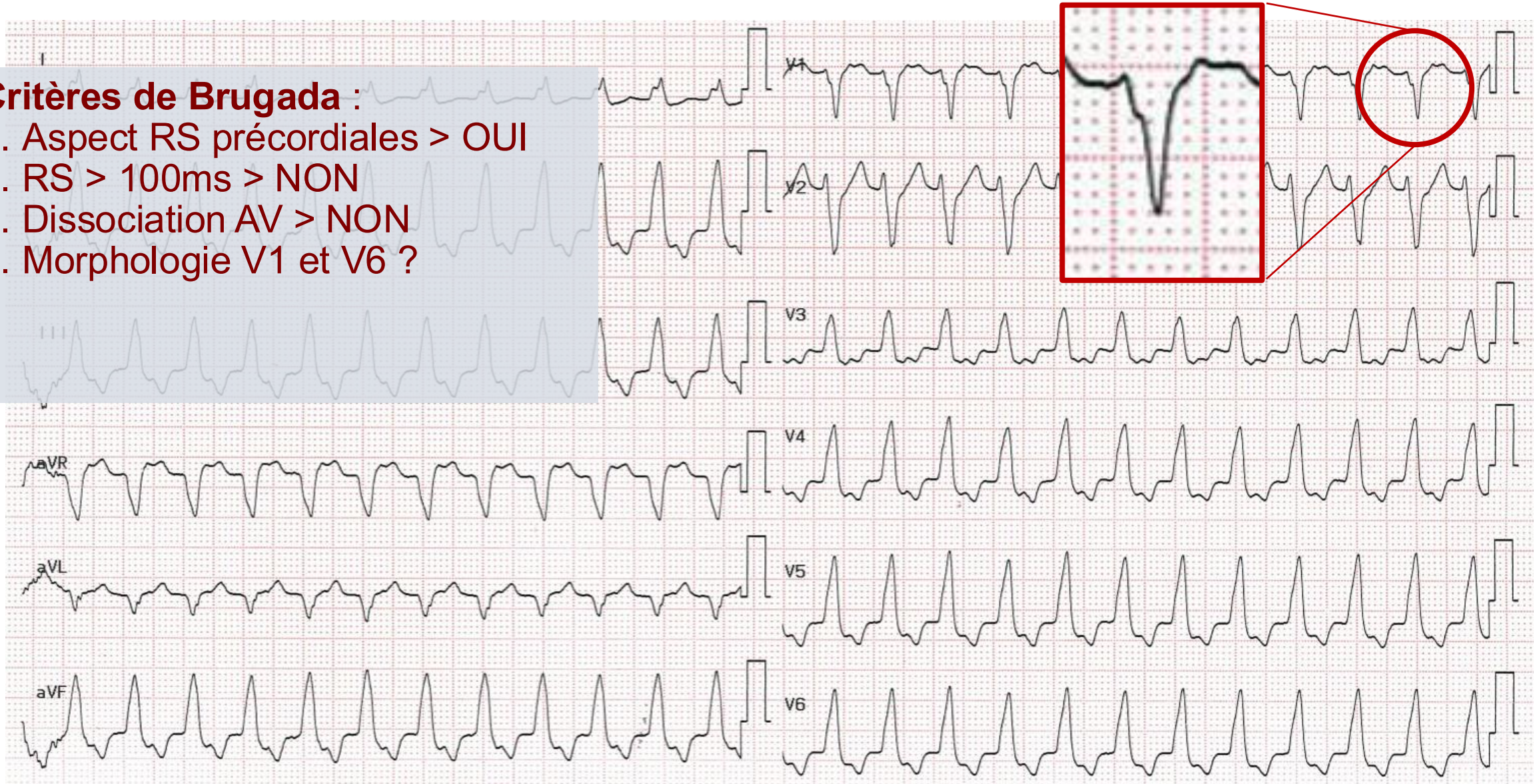


PATIENT #1

ECG ENTREE

Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV > NON
4. Morphologie V1 et V6 ?

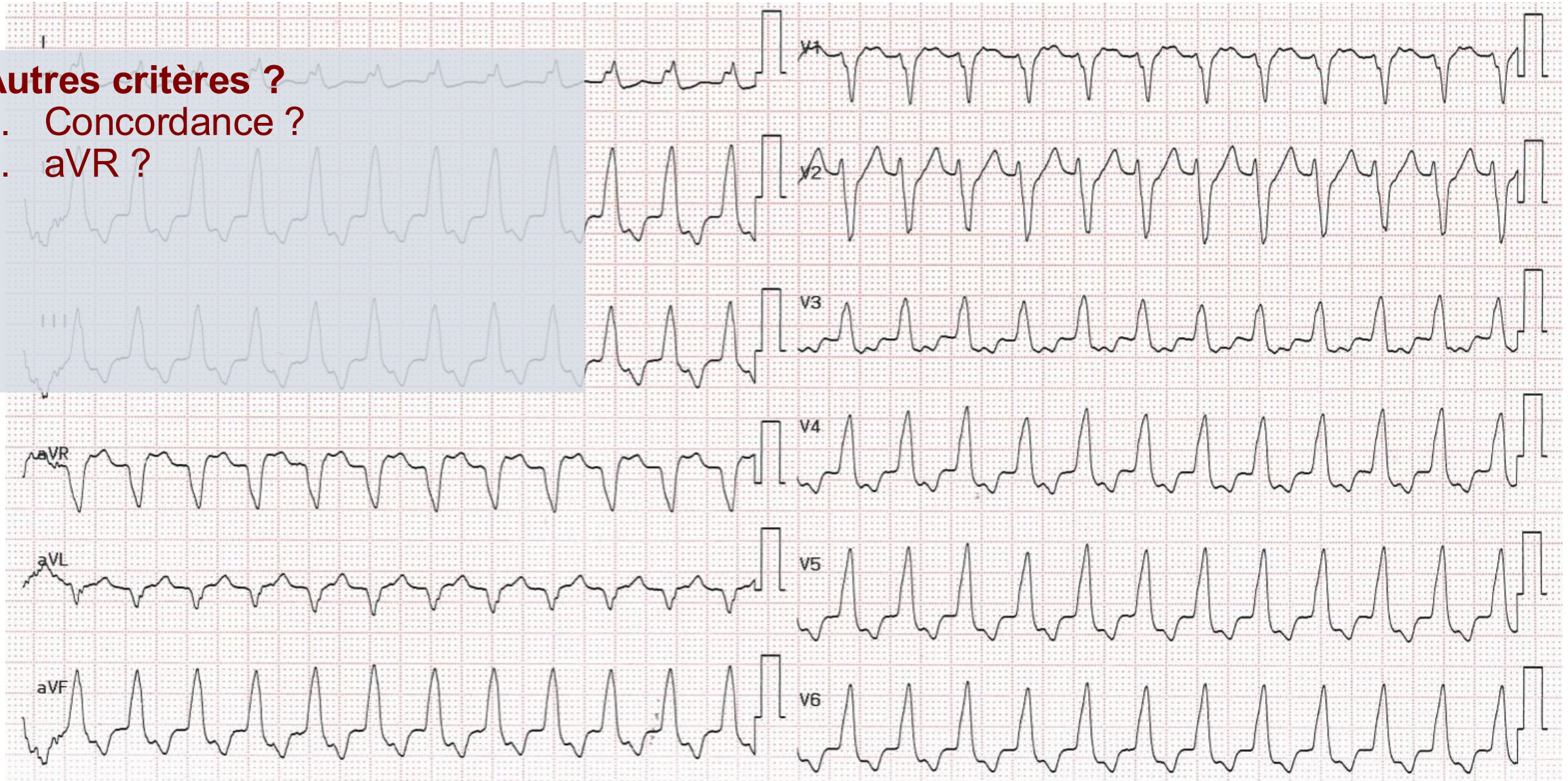


PATIENT #1

ECG ENTREE

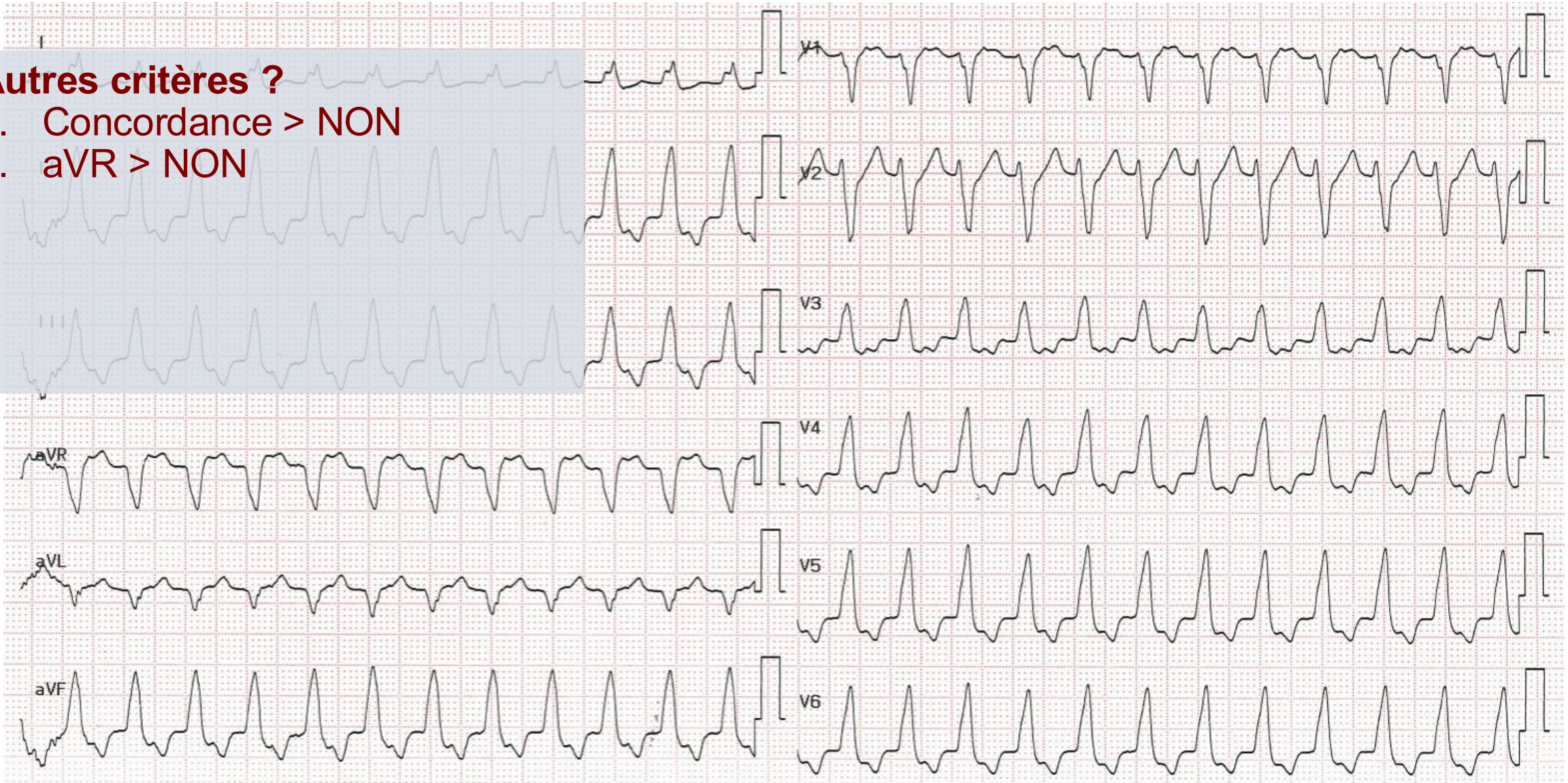
Autres critères ?

1. Concordance ?
2. aVR ?



PATIENT #1

ECG ENTREE

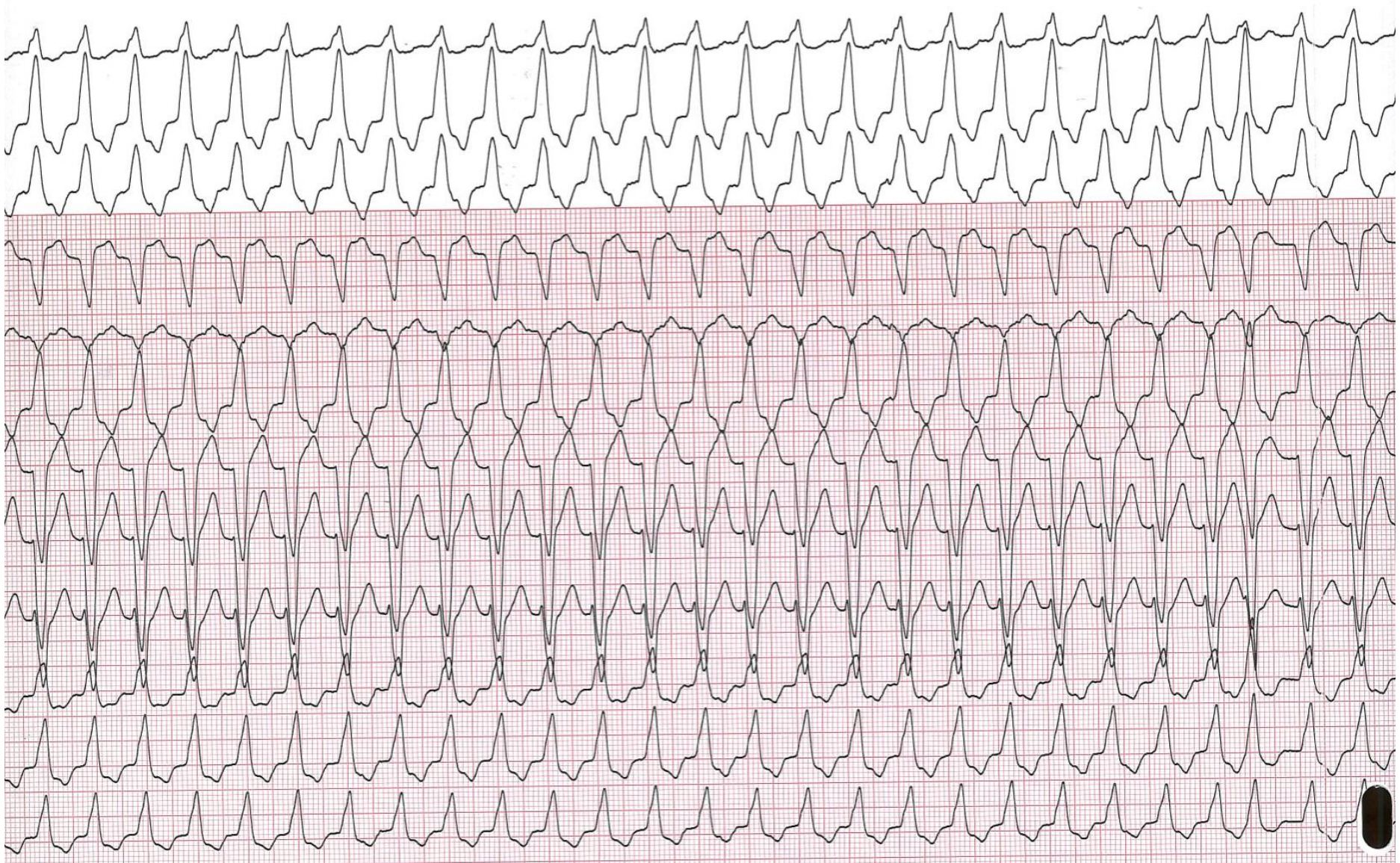


Autres critères ?

1. Concordance > NON
2. aVR > NON

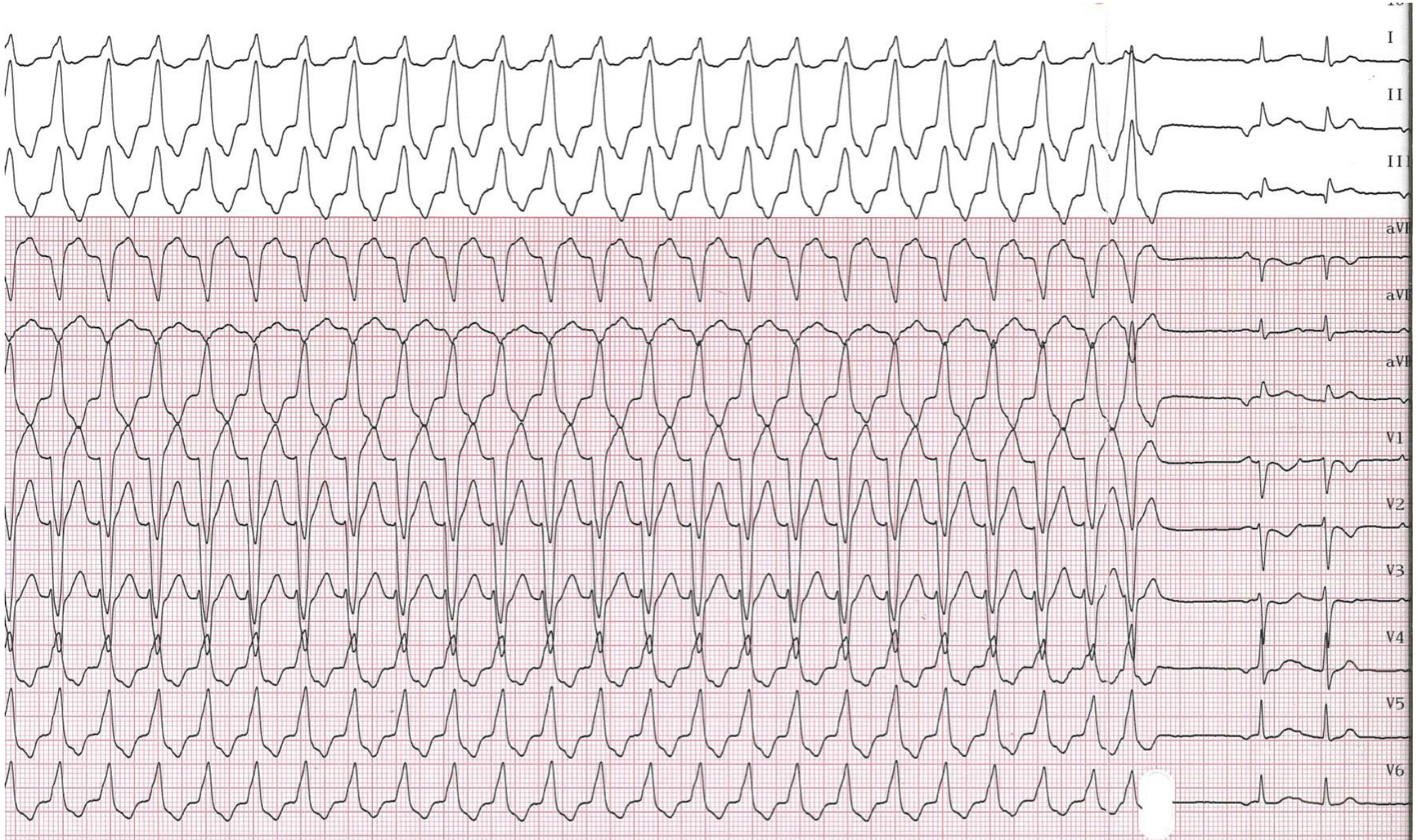
PATIENT #1

2 ampoules de STRIADYNE



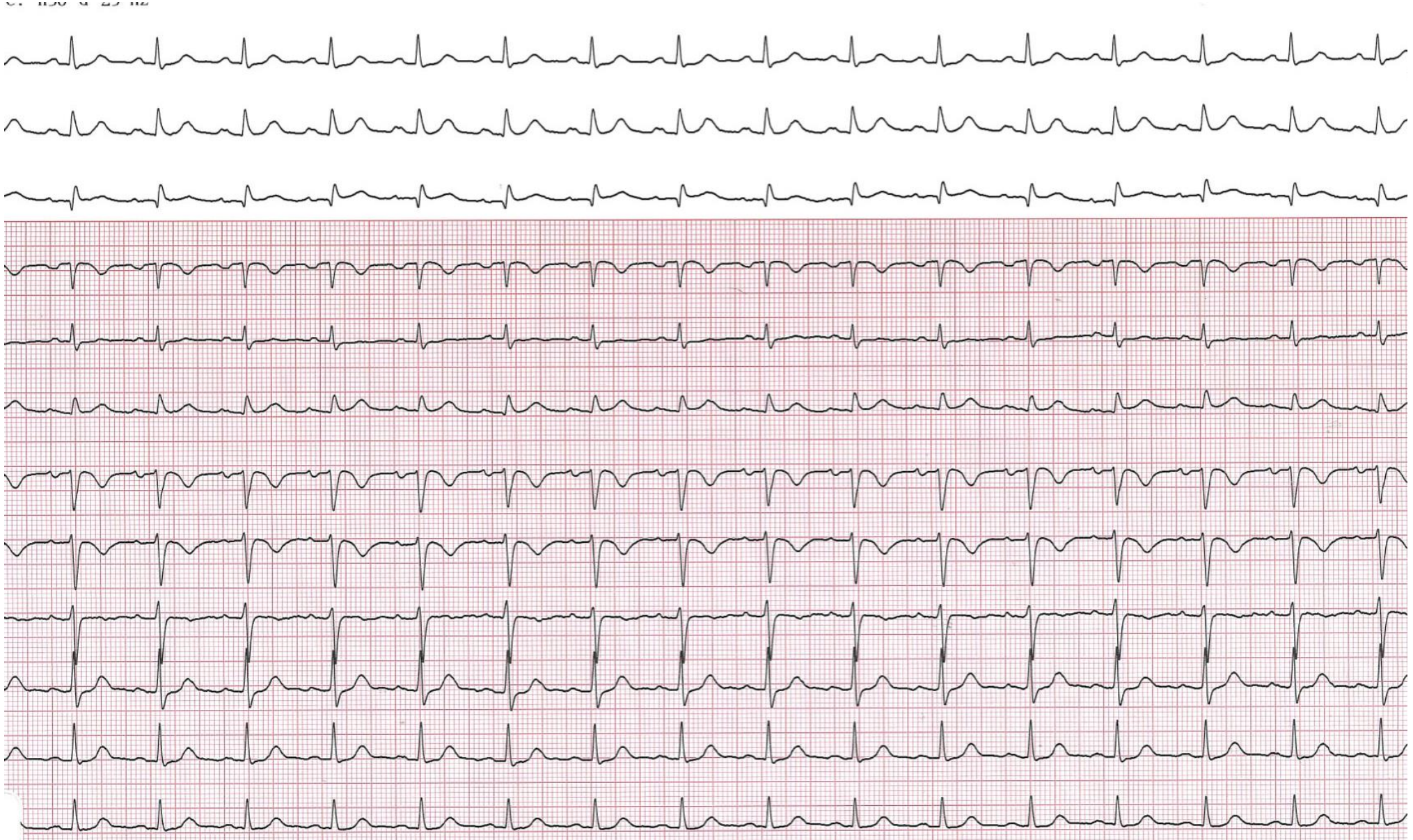
PATIENT #1

2 ampoules de VERAPAMIL

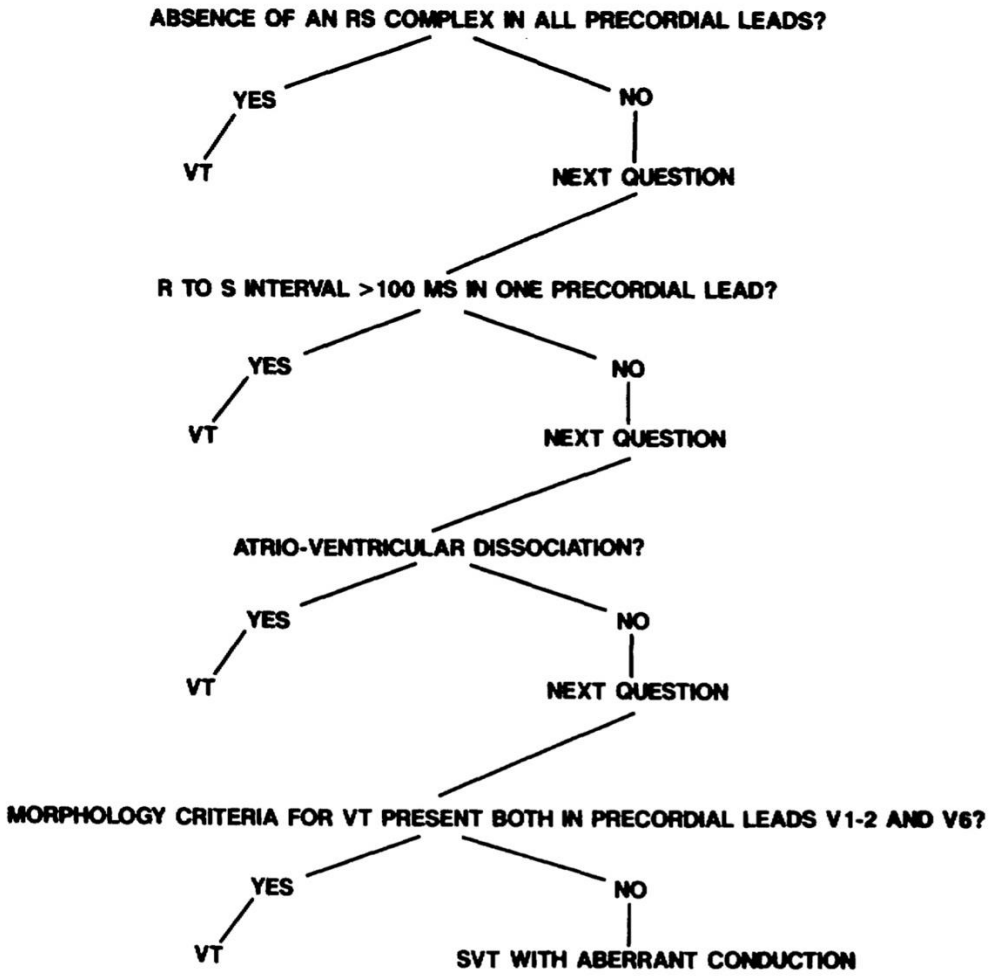


PATIENT #1

ECG POST REDUCTION



TV vs. TSV : ALGORITHMES DE DISCRIMINATION



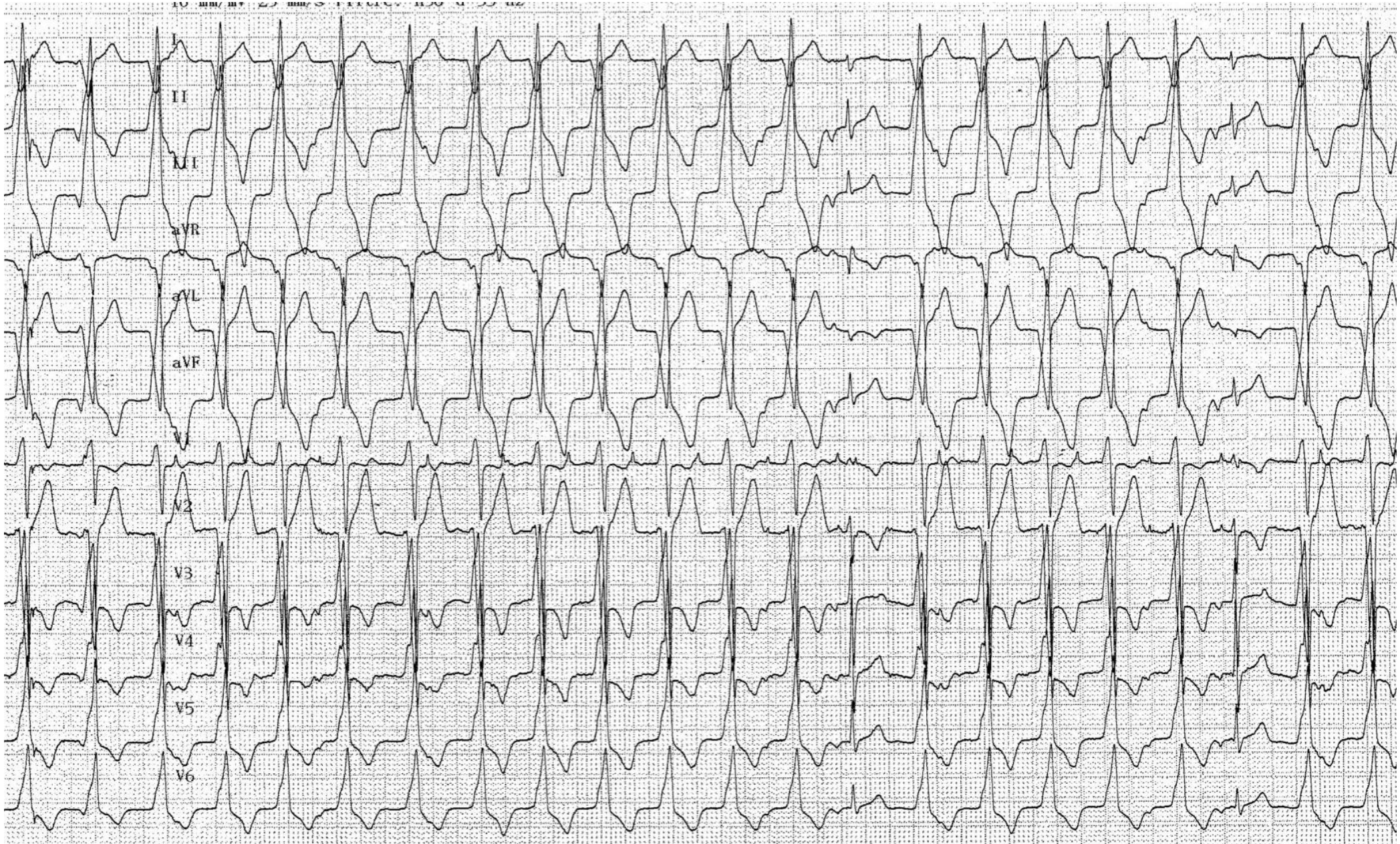
Brugada 1991

Table 9 Summary of key electrocardiographic criteria that suggest ventricular tachycardia rather than supraventricular tachycardia in wide complex tachycardia

AV dissociation	Ventricular rate > atrial rate
Fusion/capture beats	Different QRS morphology from that of tachycardia
Chest lead negative concordance	All precordial chest leads negative
RS in precordial leads	- Absence of RS in precordial leads - RS >100 ms in any lead[a]
QRS complex in aVR	• Initial R wave • Initial R or Q wave >40 ms • Presence of a notch of a predominantly negative complex
QRS axis −90 to ±180°	Both in the presence of RBBB and LBBB morphology
R wave peak time in lead II	R wave peak time ≥50 ms
RBBB morphology	***Lead V1:*** Monophasic R, Rsr', biphasic qR complex, broad R (>40 ms), and a double-peaked R wave with the left peak taller than the right (the so-called 'rabbit ear' sign) ***Lead V6:*** R:S ratio <1 (rS, QS patterns)
LBBB morphology	***Lead V1:*** Broad R wave, slurred or notched-down stroke of the S wave, and delayed nadir of S wave ***Lead V6:*** Q or QS wave

ESC 2019

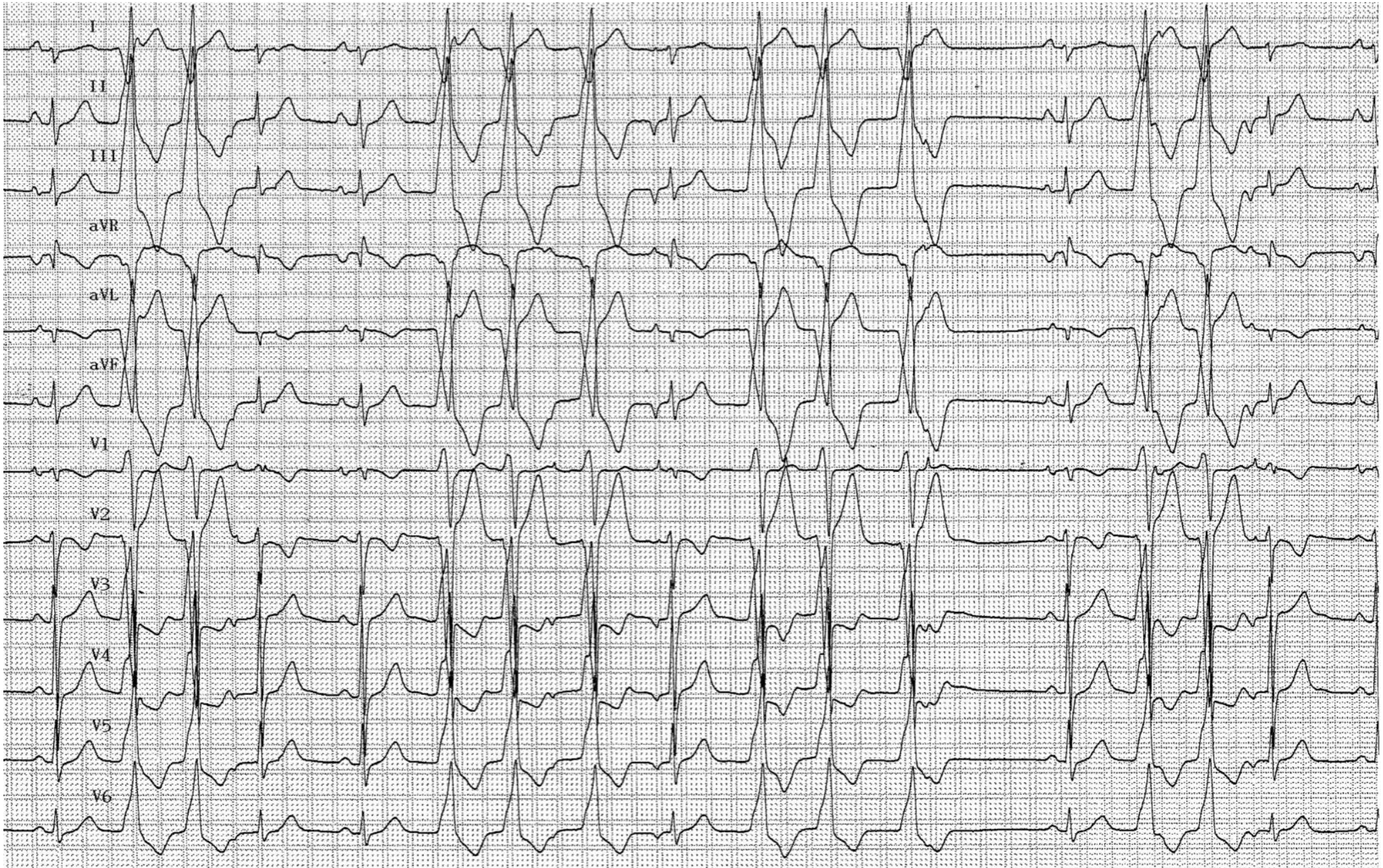
PATIENT #2 : ECG d'entrée



PATIENT #2 : Test ISUPREL

PATIENT #2 : Test ISUPREL

PATIENT #2 : Test FLECAINE



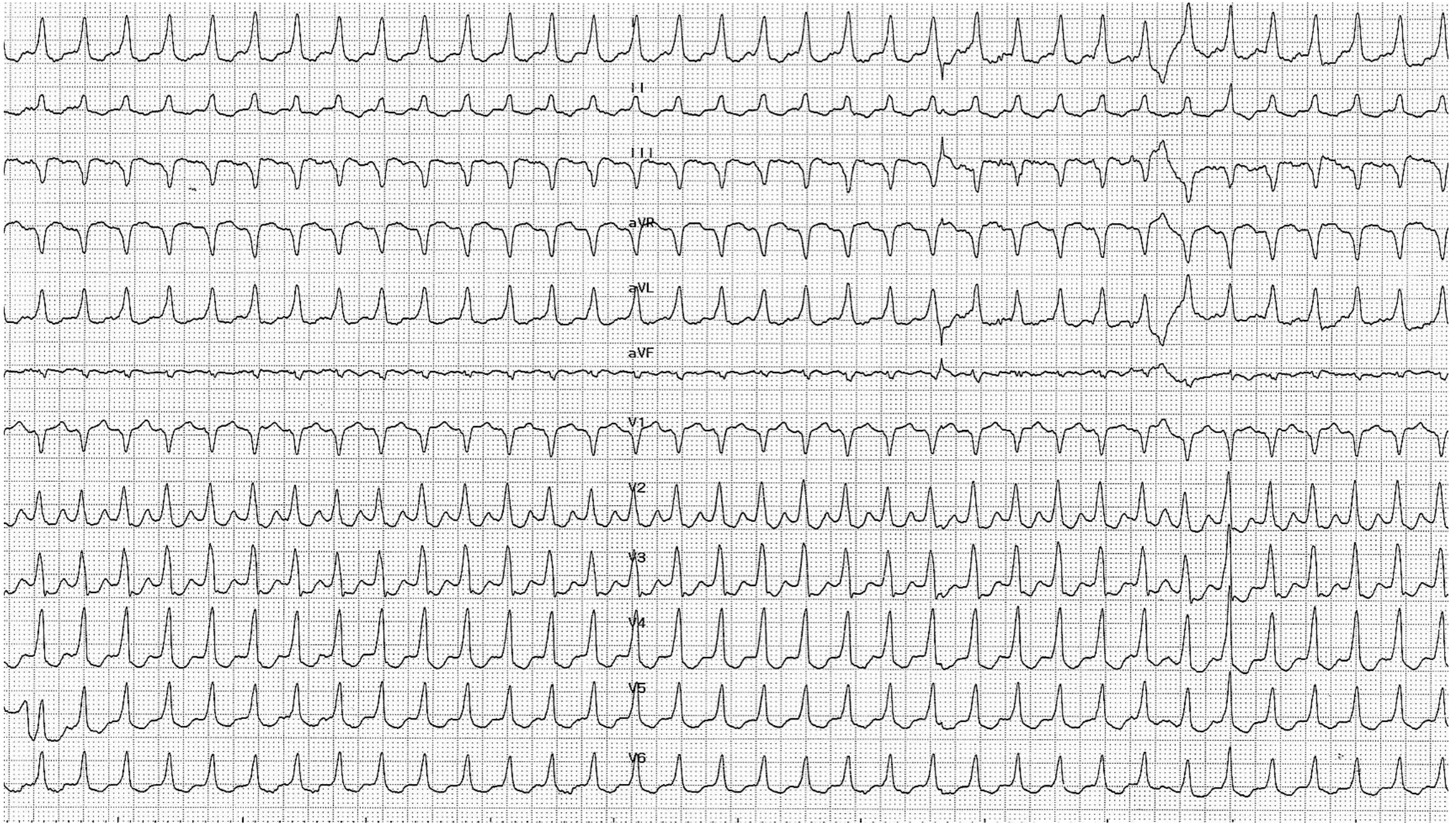
PATIENT #2 : Test FLECAINE

PATIENT #3

Monsieur A. 68 ans

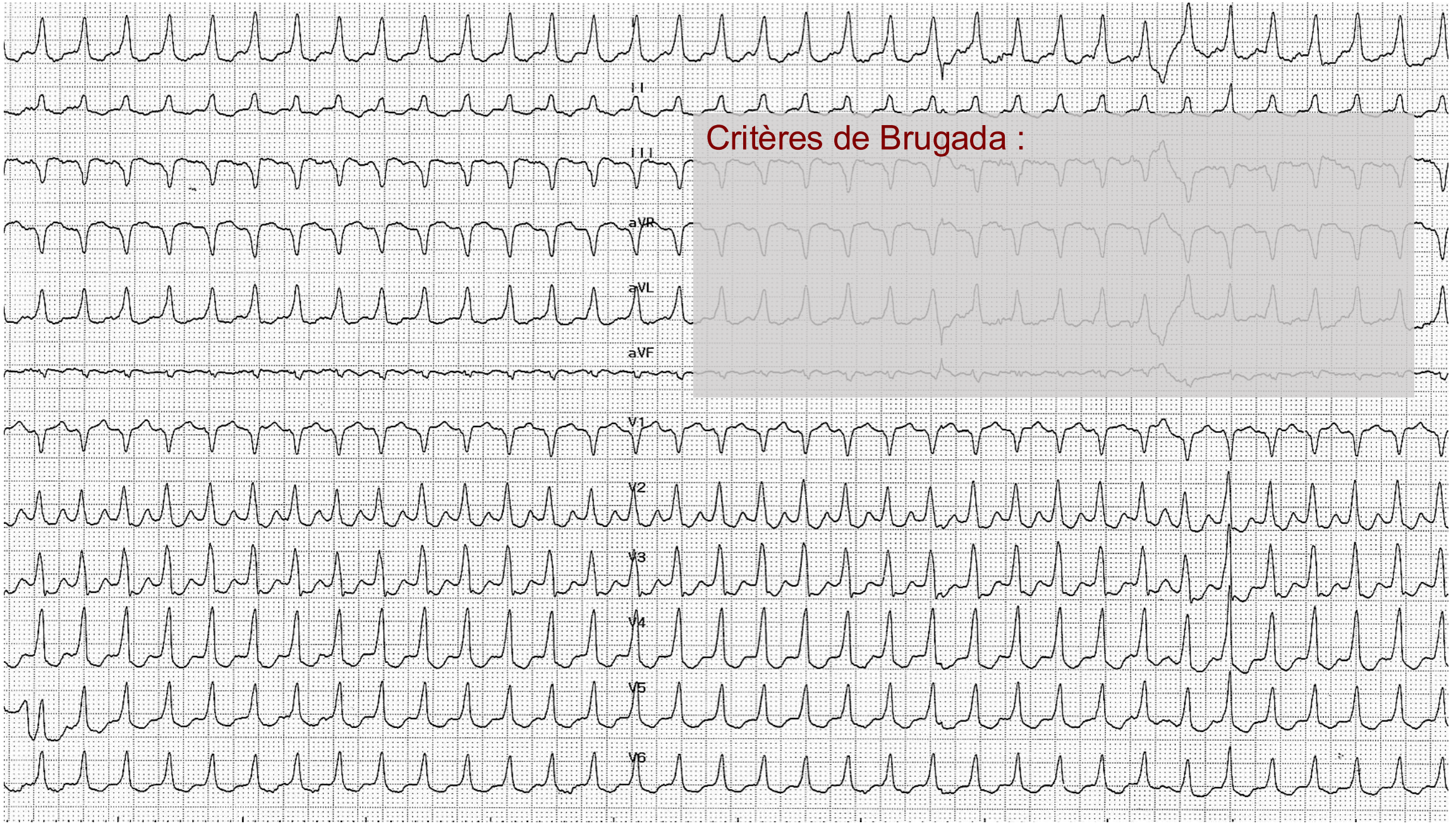
- Antécédents : STEMI inférieur avec stent actif CD il y a 1 mois, Fibrillation auriculaire persistante, insuffisance rénale chronique, diabète type 2
- Traitements : Xarelto 15, Plavix 75, Kardegic 75, Bisoce 7,5, Lercan 20, Januvia 50, Inexium 20.
- Anamnèse : nouvelle douleur thoracique depuis 48h, moins marquée que lors de l'infarctus
- Bilan réalisé : ETT: VG non dilaté, VG 35-40% avec hypokinésie inférieur, inféro septale et latérale. PRVG élevées

PATIENT #3 : ECG aux urgences



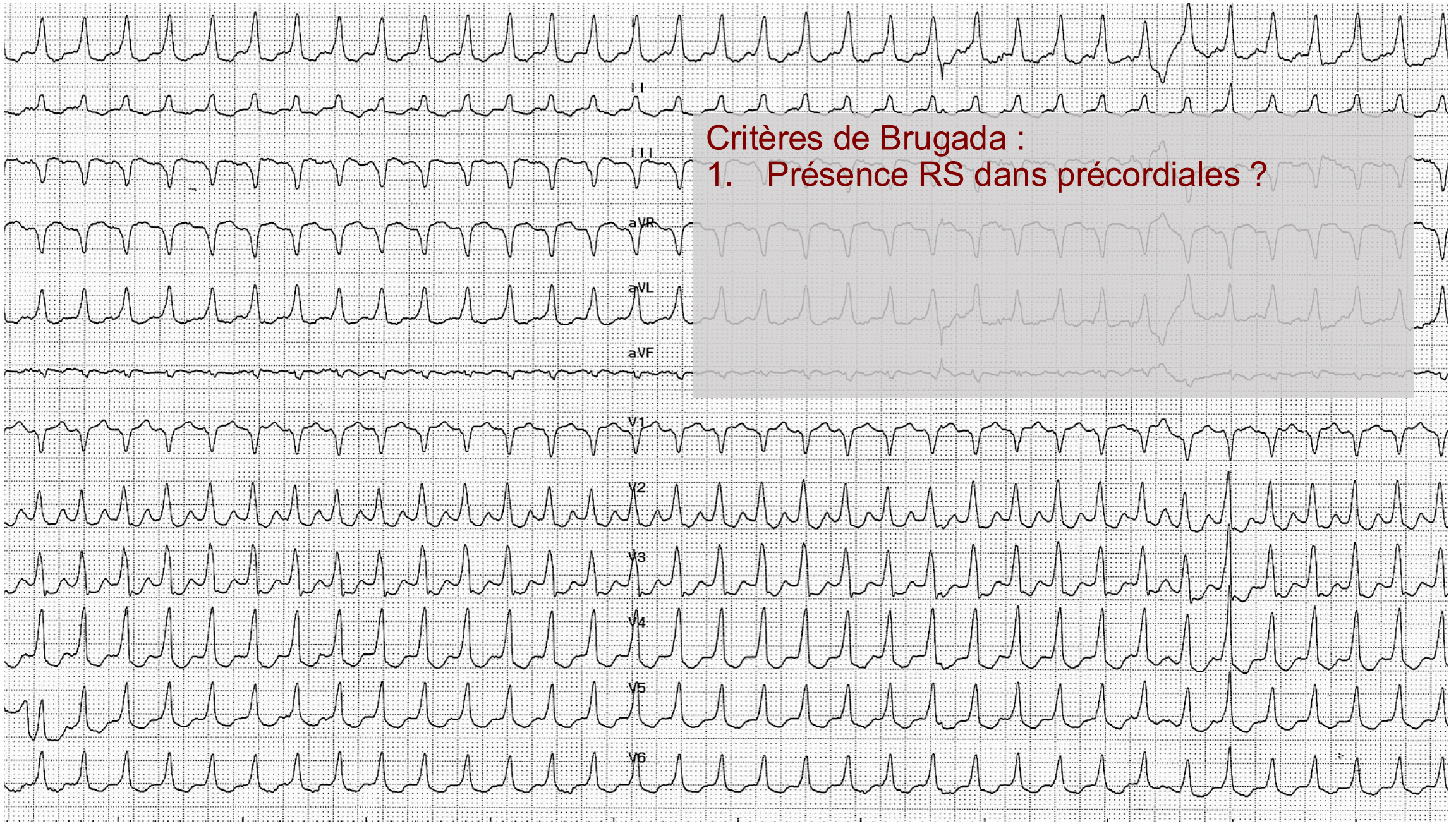
PATIENT #3

PATIENT #3



Critères de Brugada :

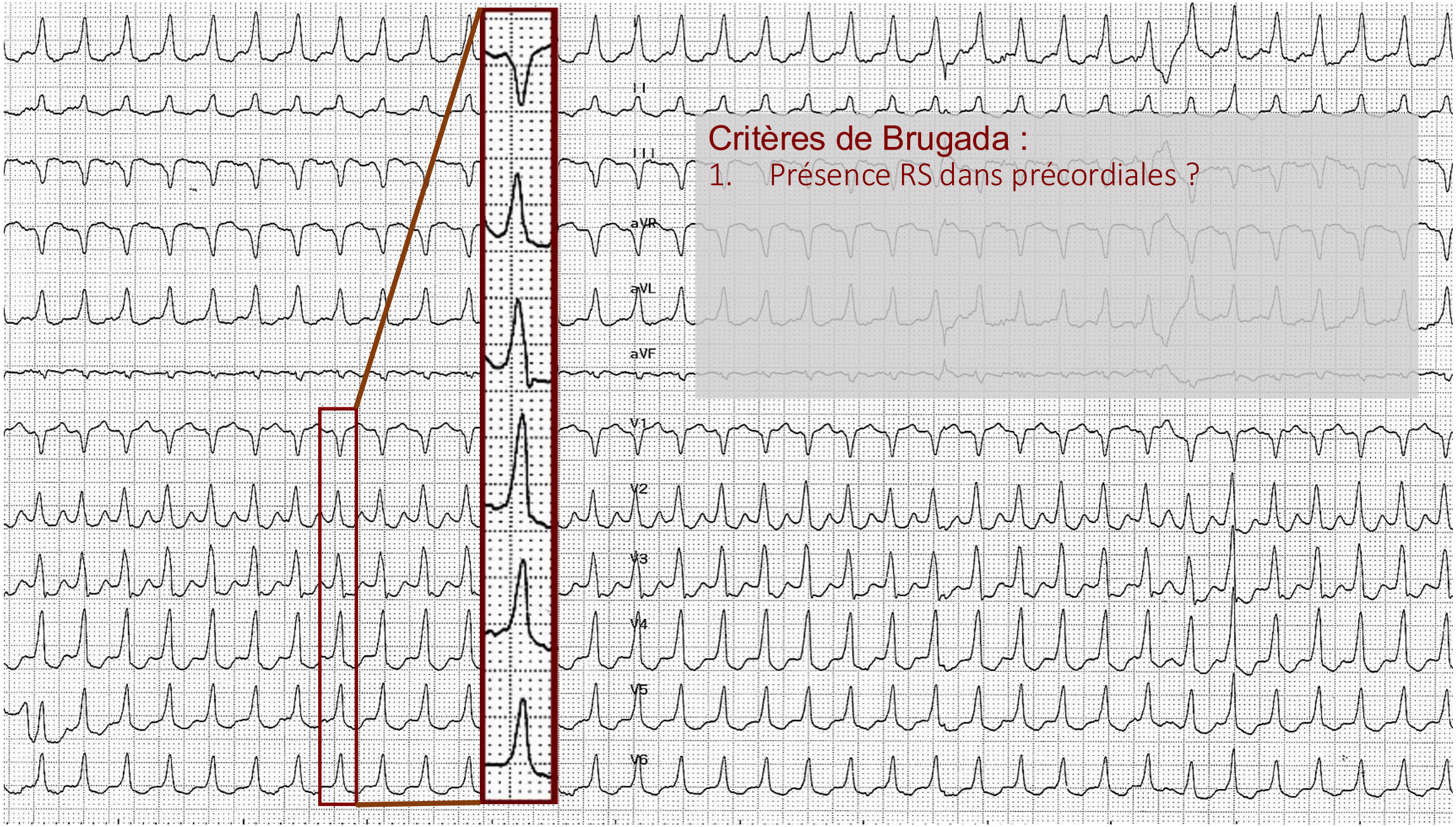
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ?

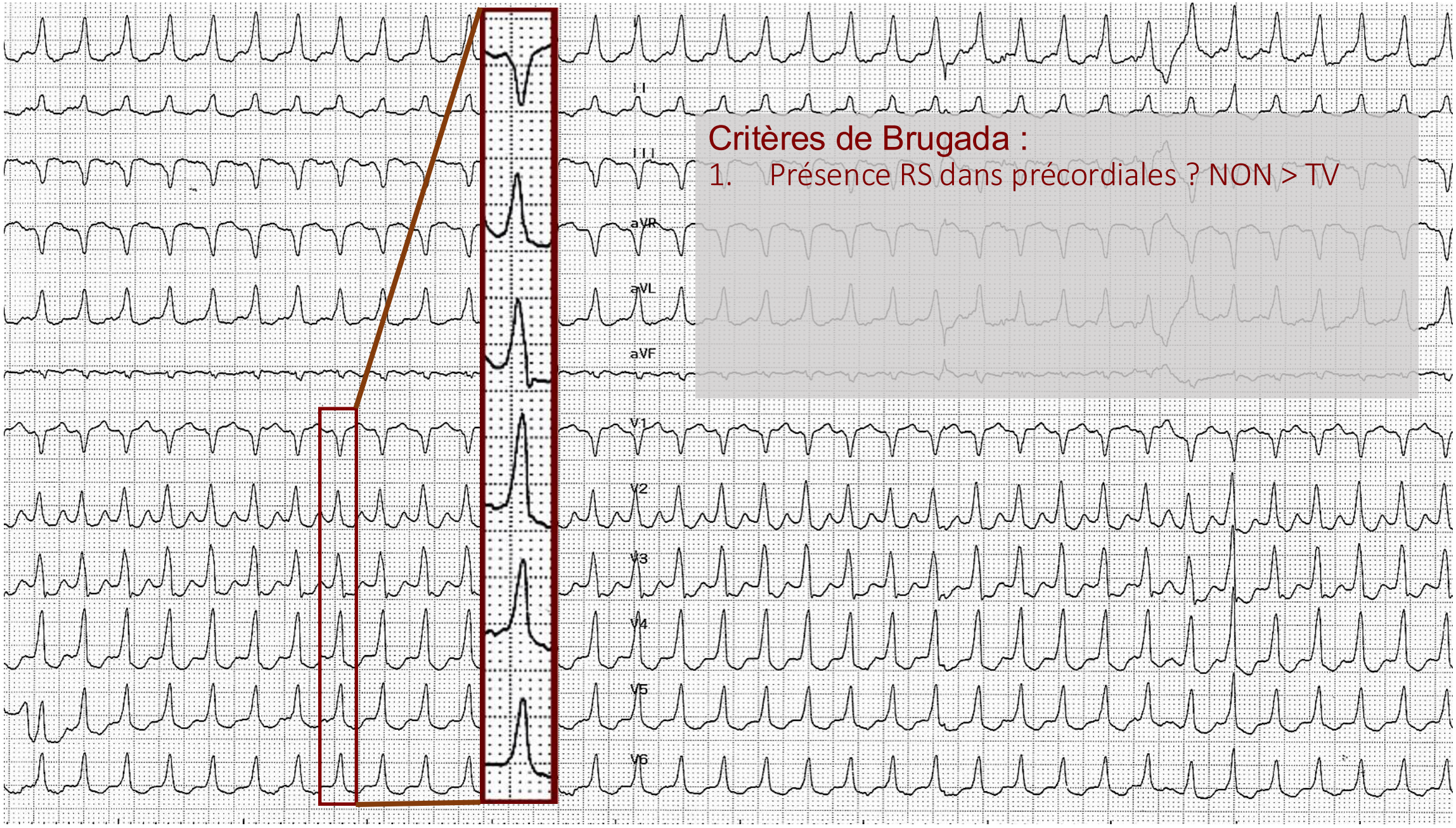
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ?

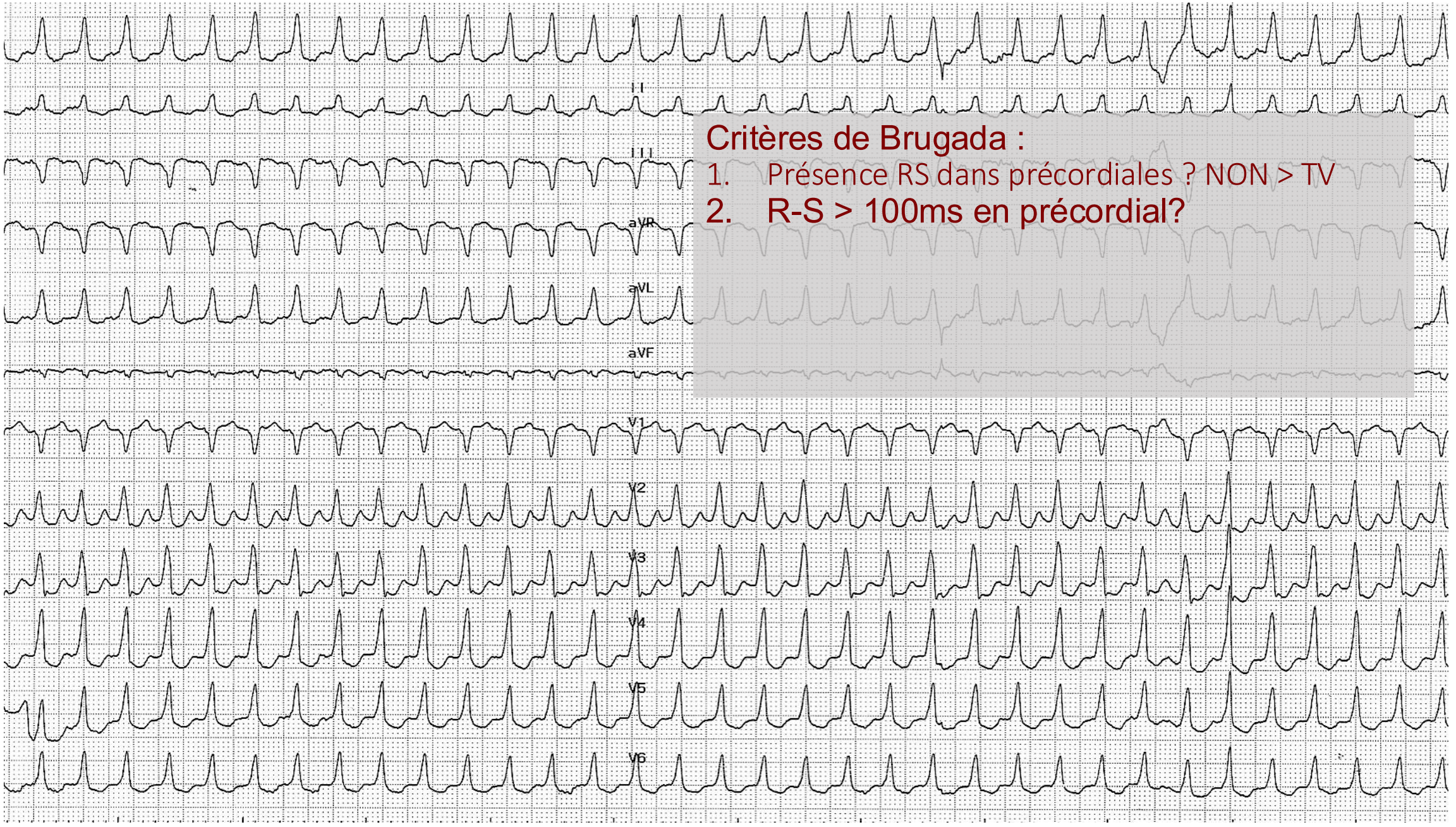
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV

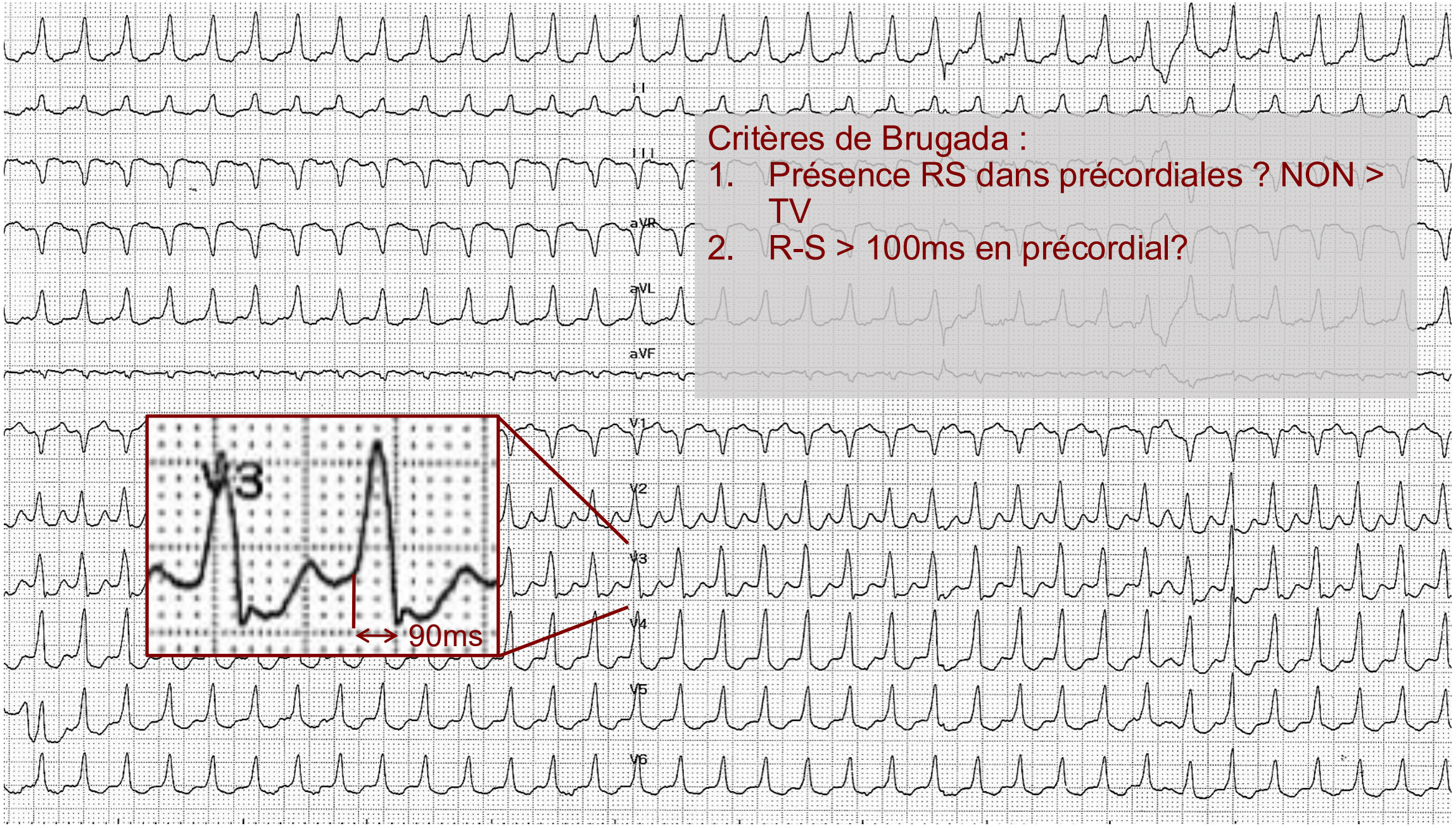
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial?

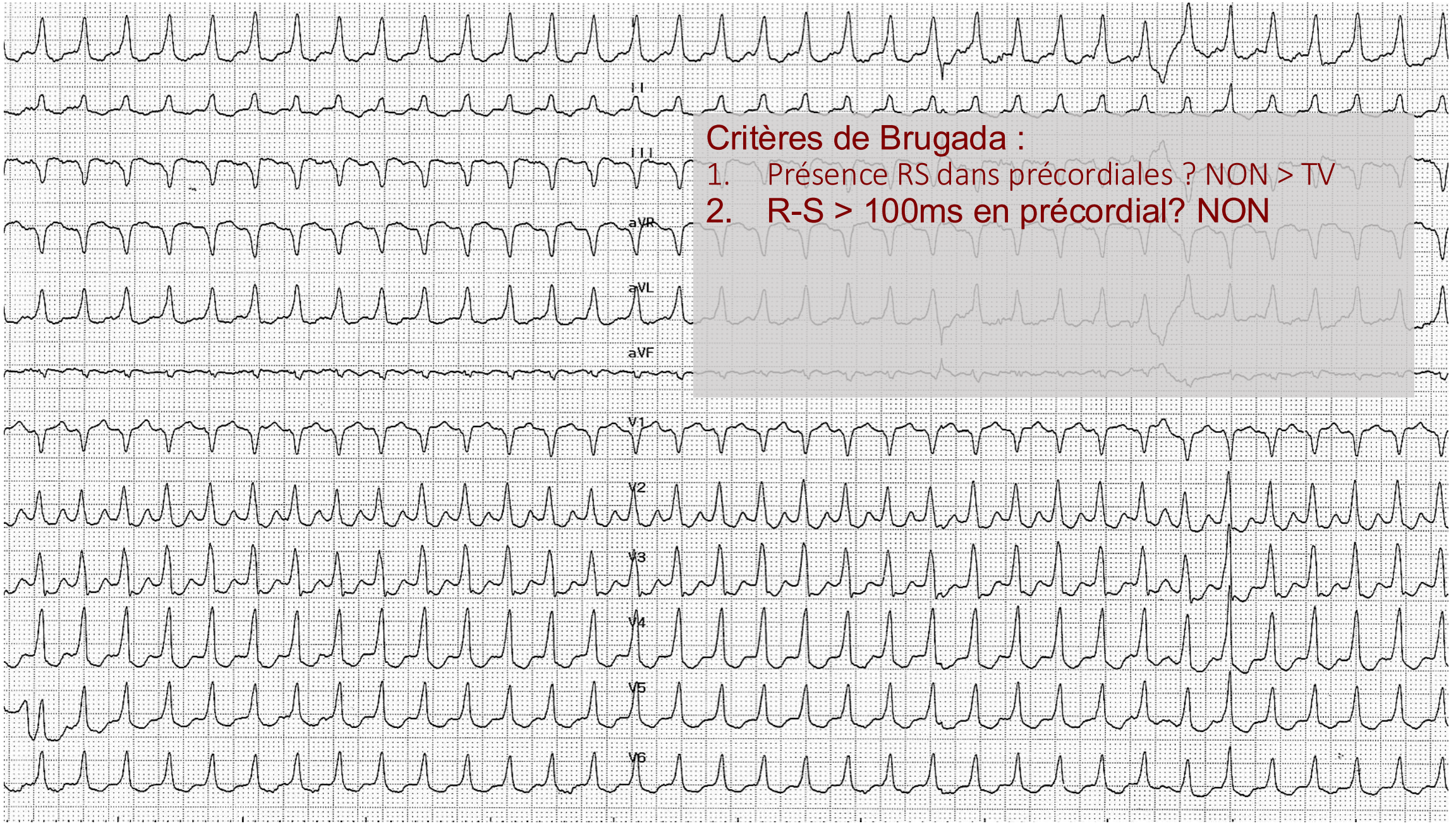
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial?

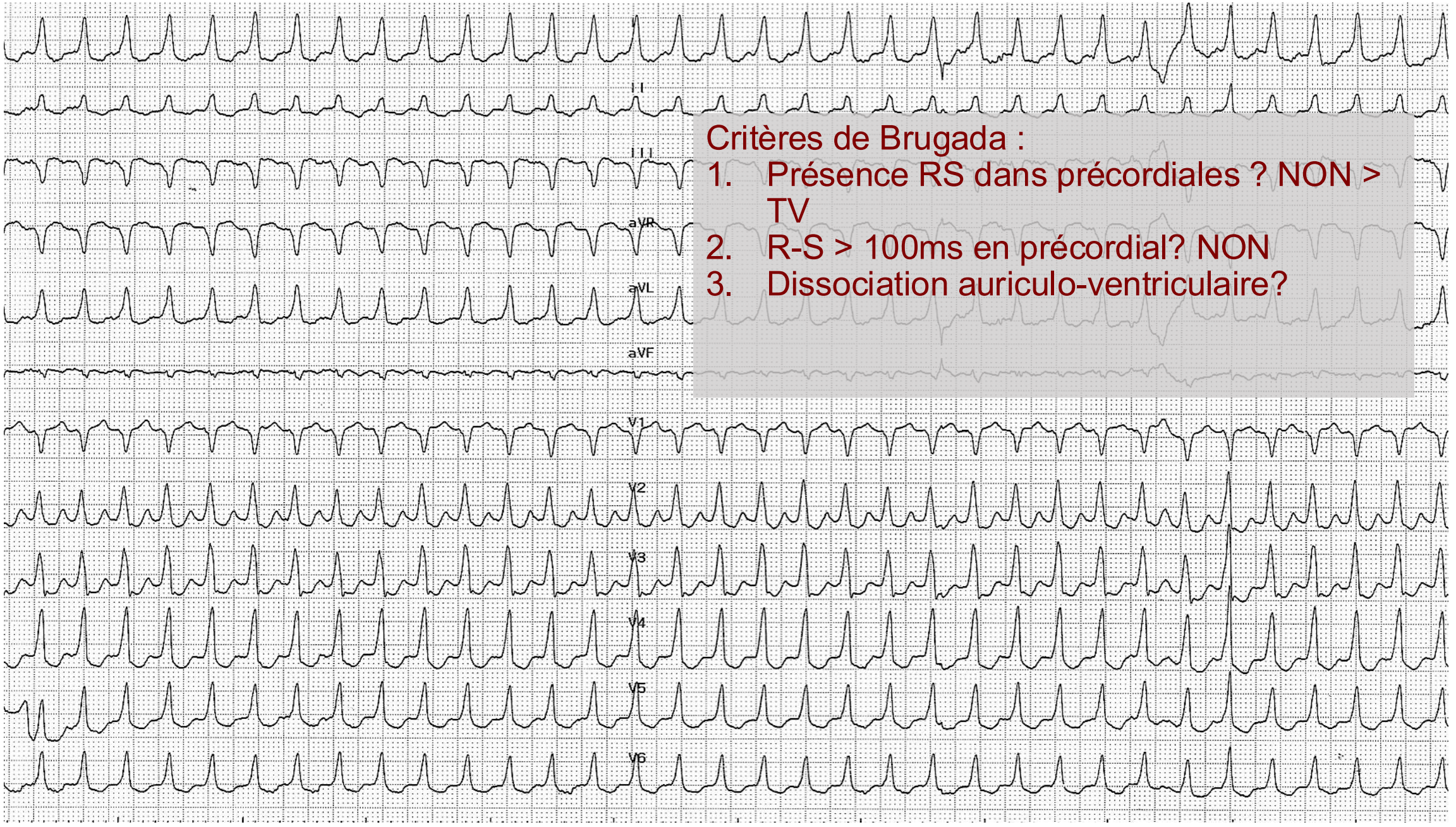
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON

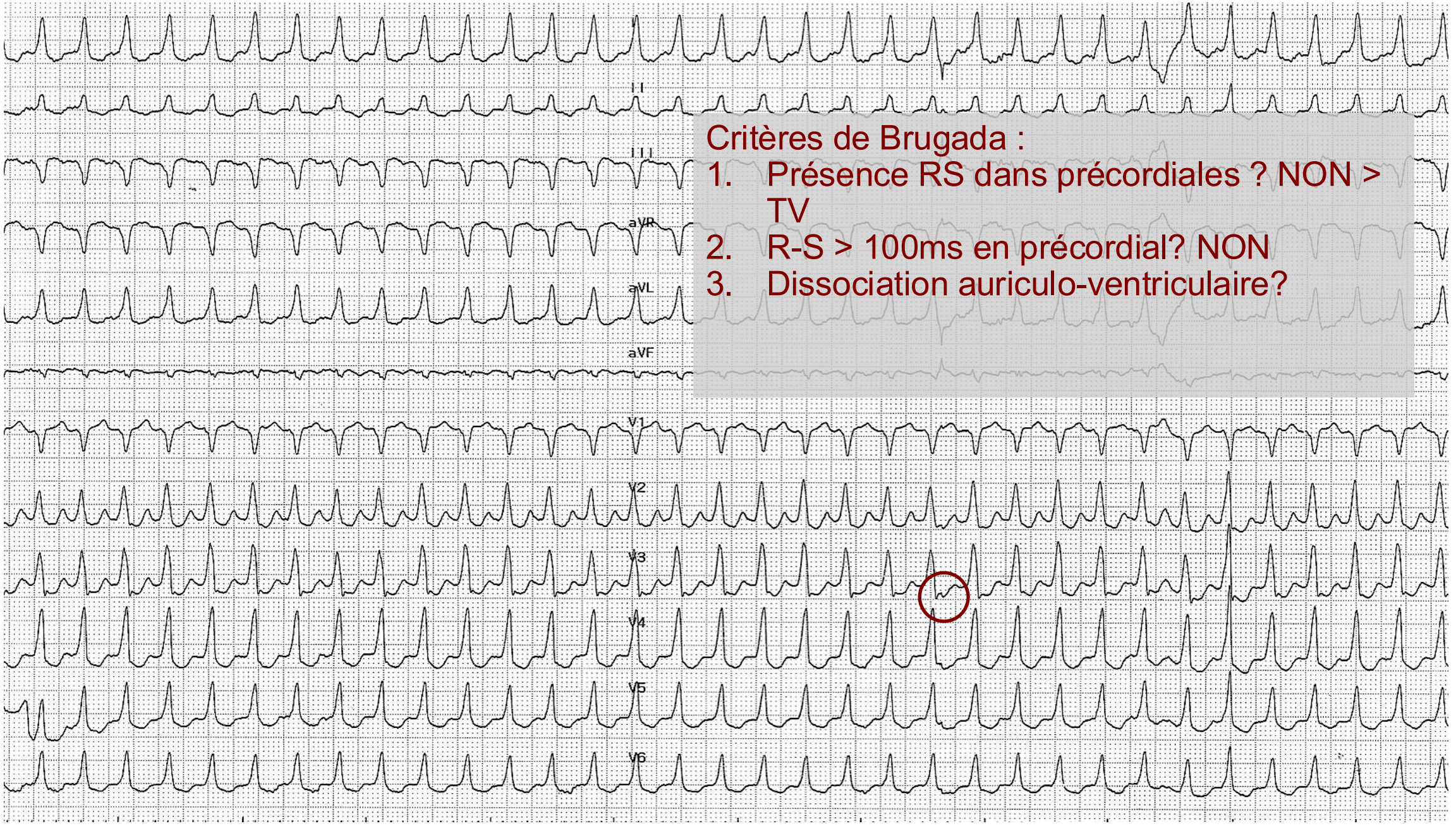
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire?

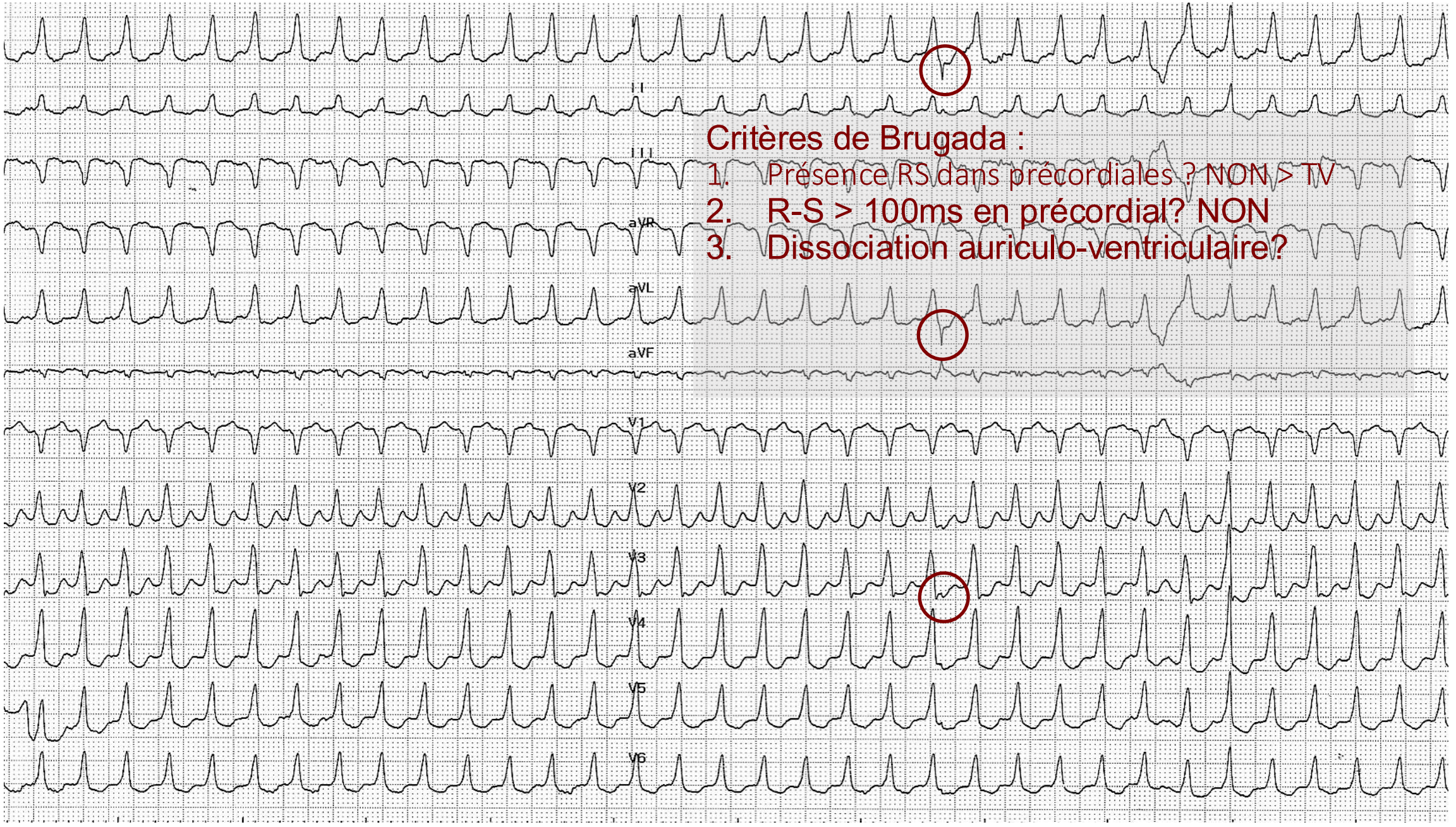
PATIENT #3



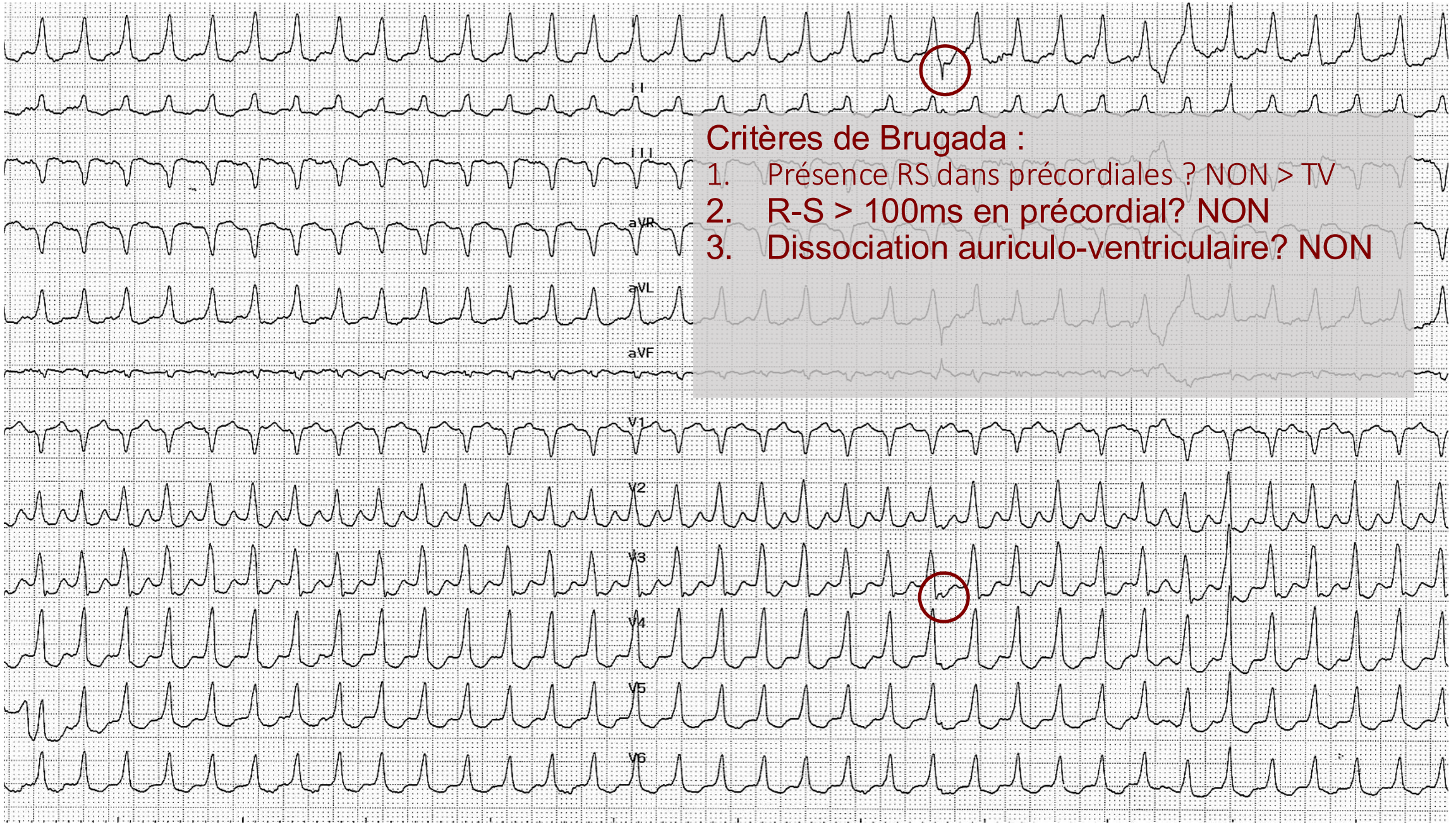
Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire?

PATIENT #3


I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
Critères de Brugada :
1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire?

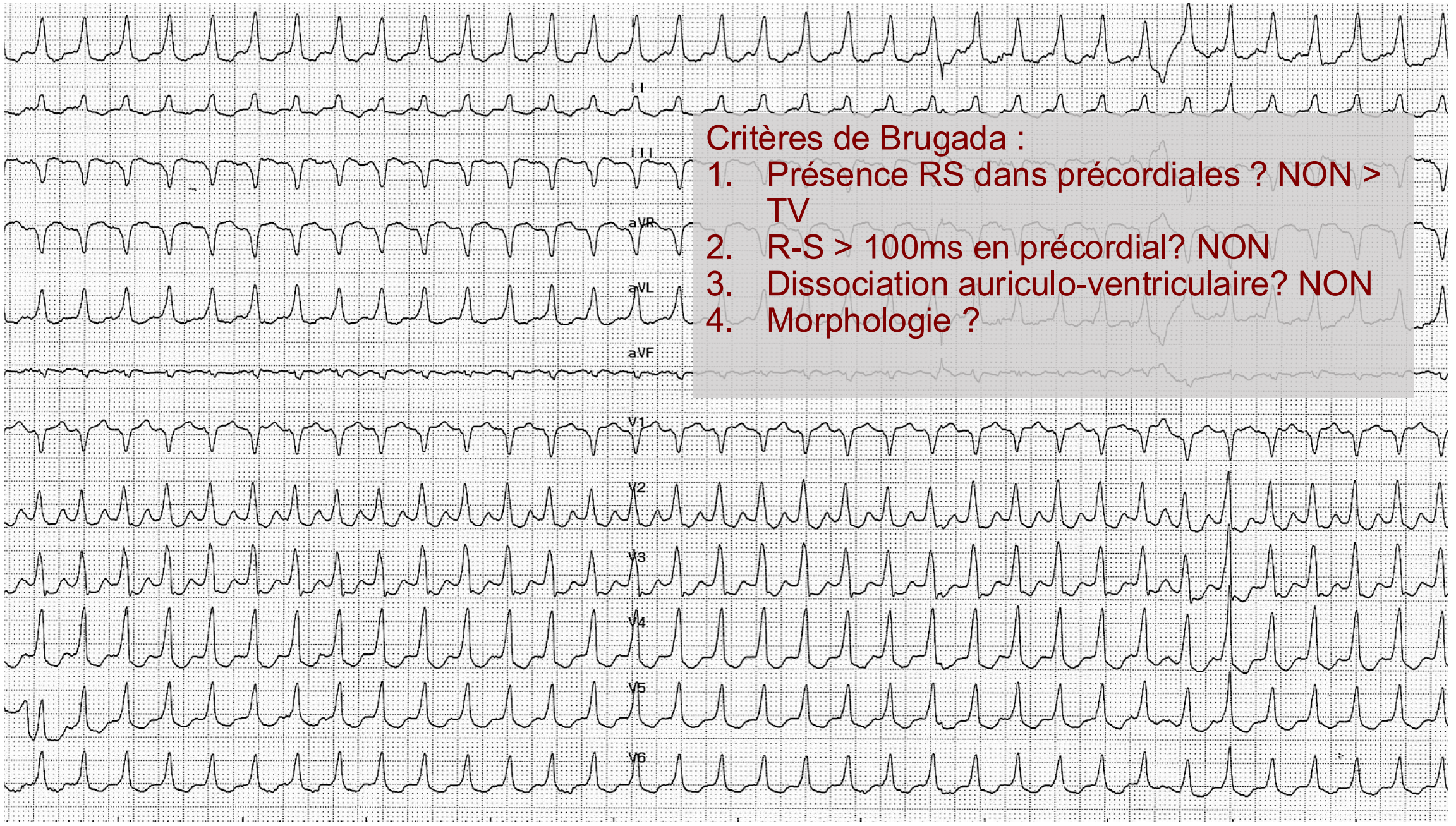
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire? NON

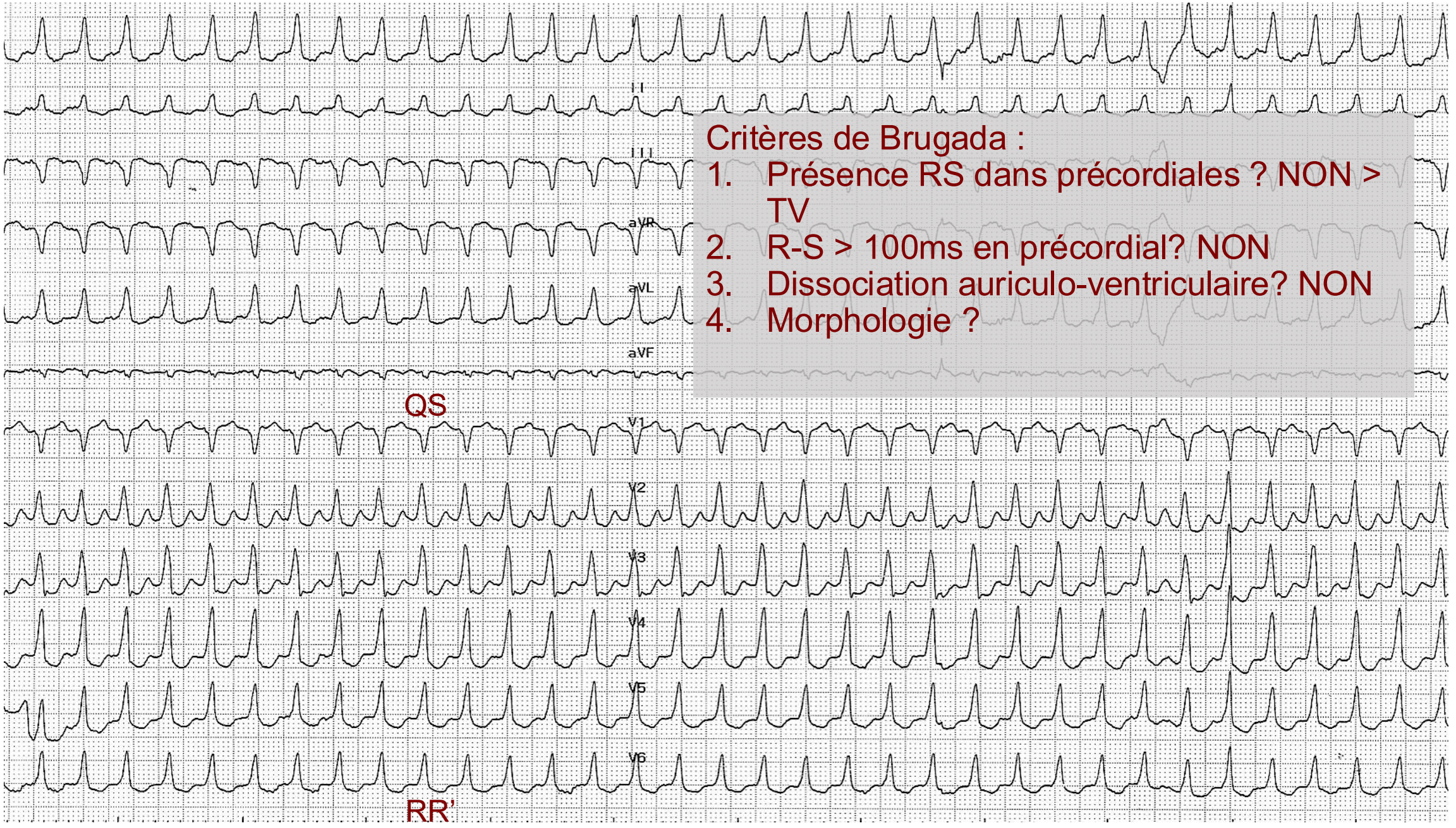
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire? NON
4. Morphologie ?

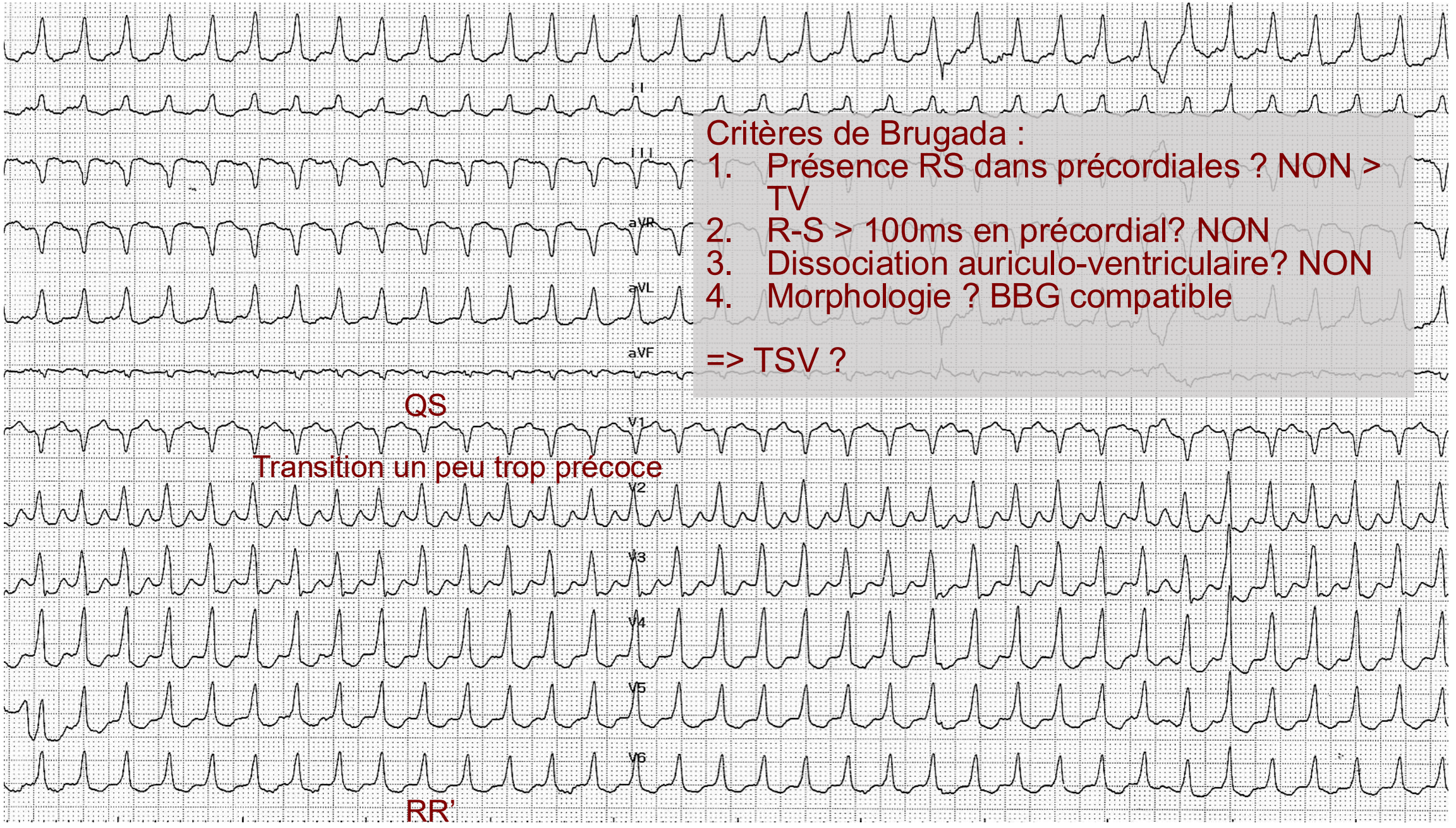
PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire? NON
4. Morphologie ?

PATIENT #3



Critères de Brugada :

1. Présence RS dans précordiales ? NON > TV
2. R-S > 100ms en précordial? NON
3. Dissociation auriculo-ventriculaire? NON
4. Morphologie ? BBG compatible

=> TSV ?

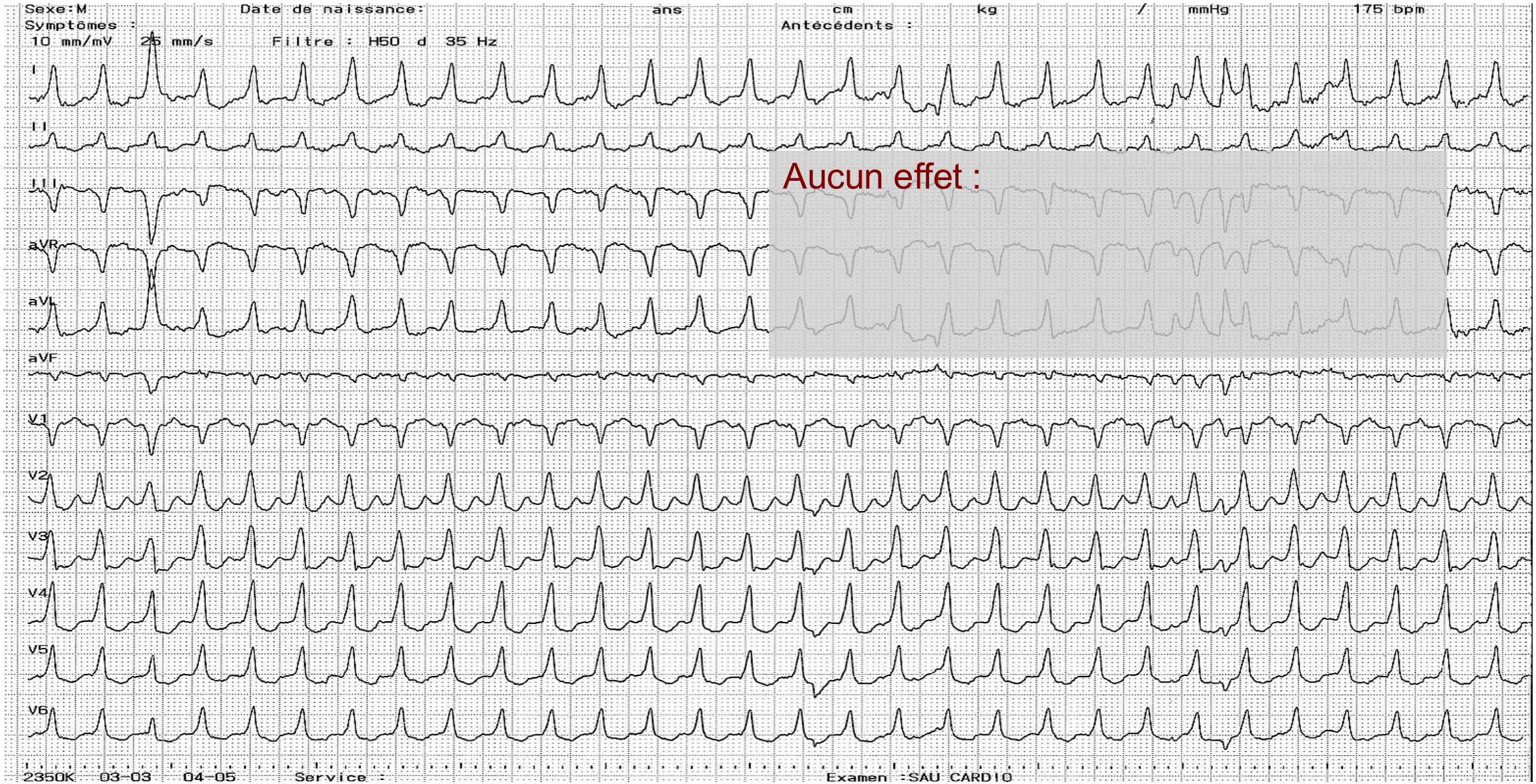
QS

Transition un peu trop précoce

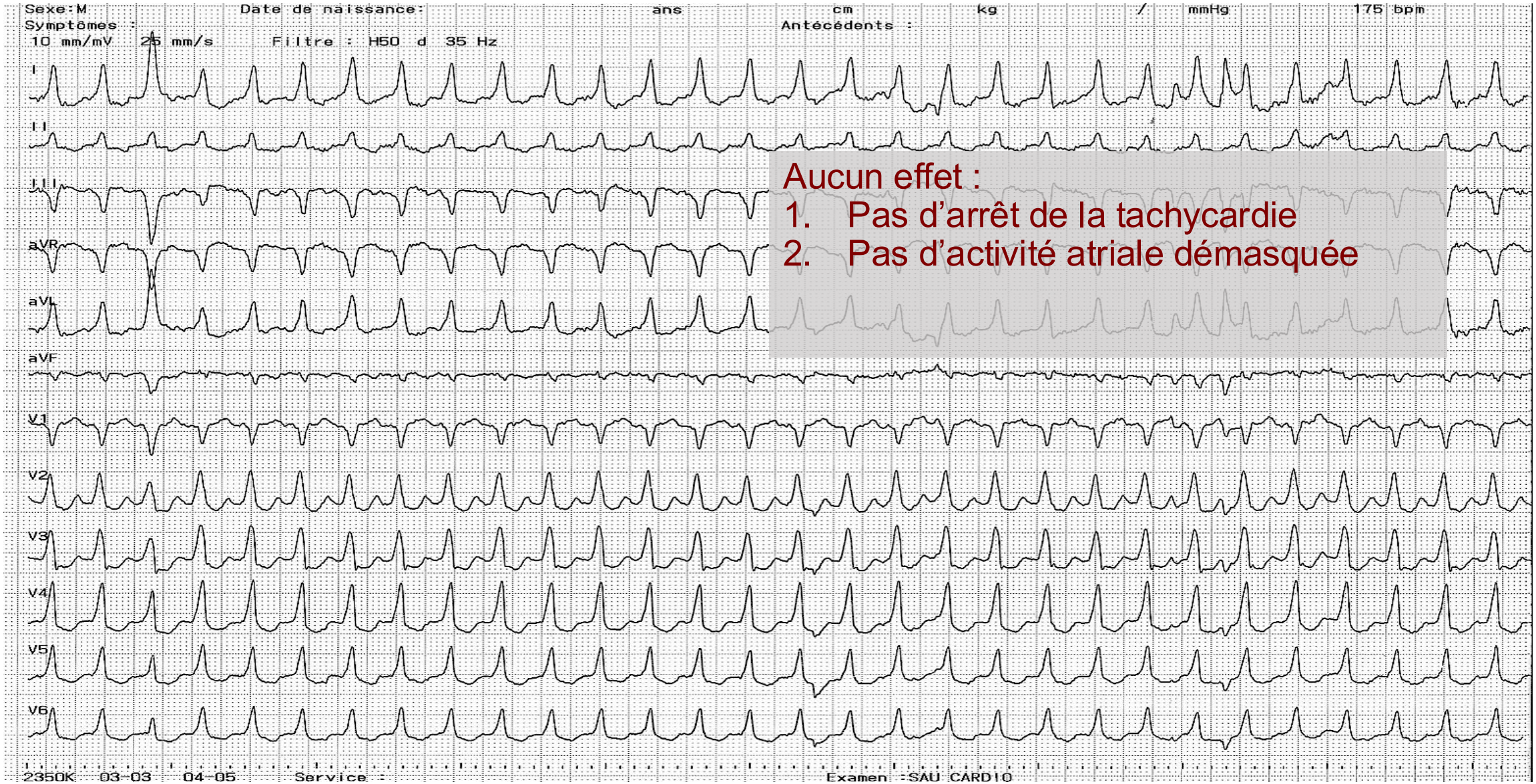
RR'

PATIENT #3 : test à la striadyne

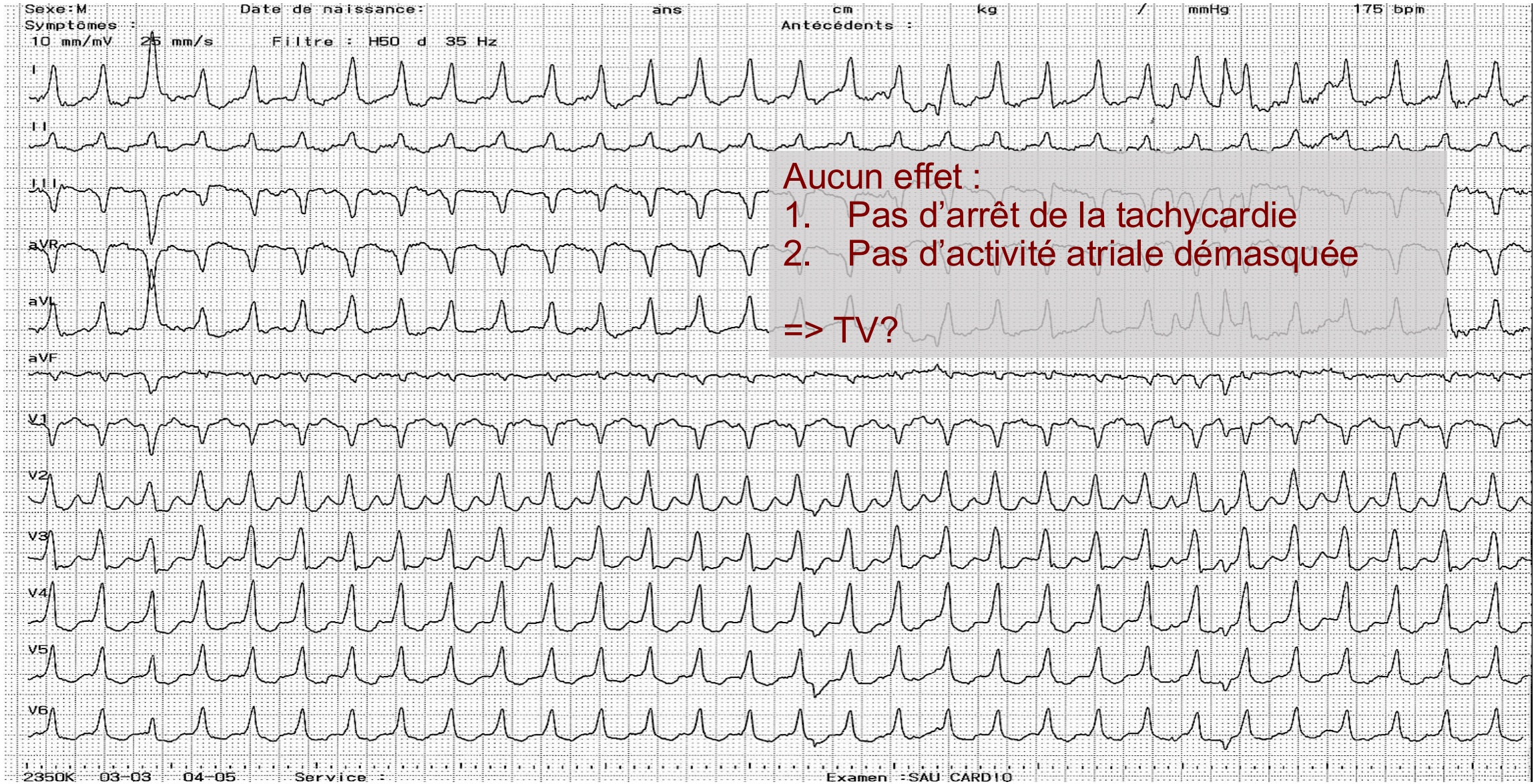
PATIENT #3 : test à la striadyne



PATIENT #3 : test à la striadyne



PATIENT #3 : test à la striadyne



Aucun effet :

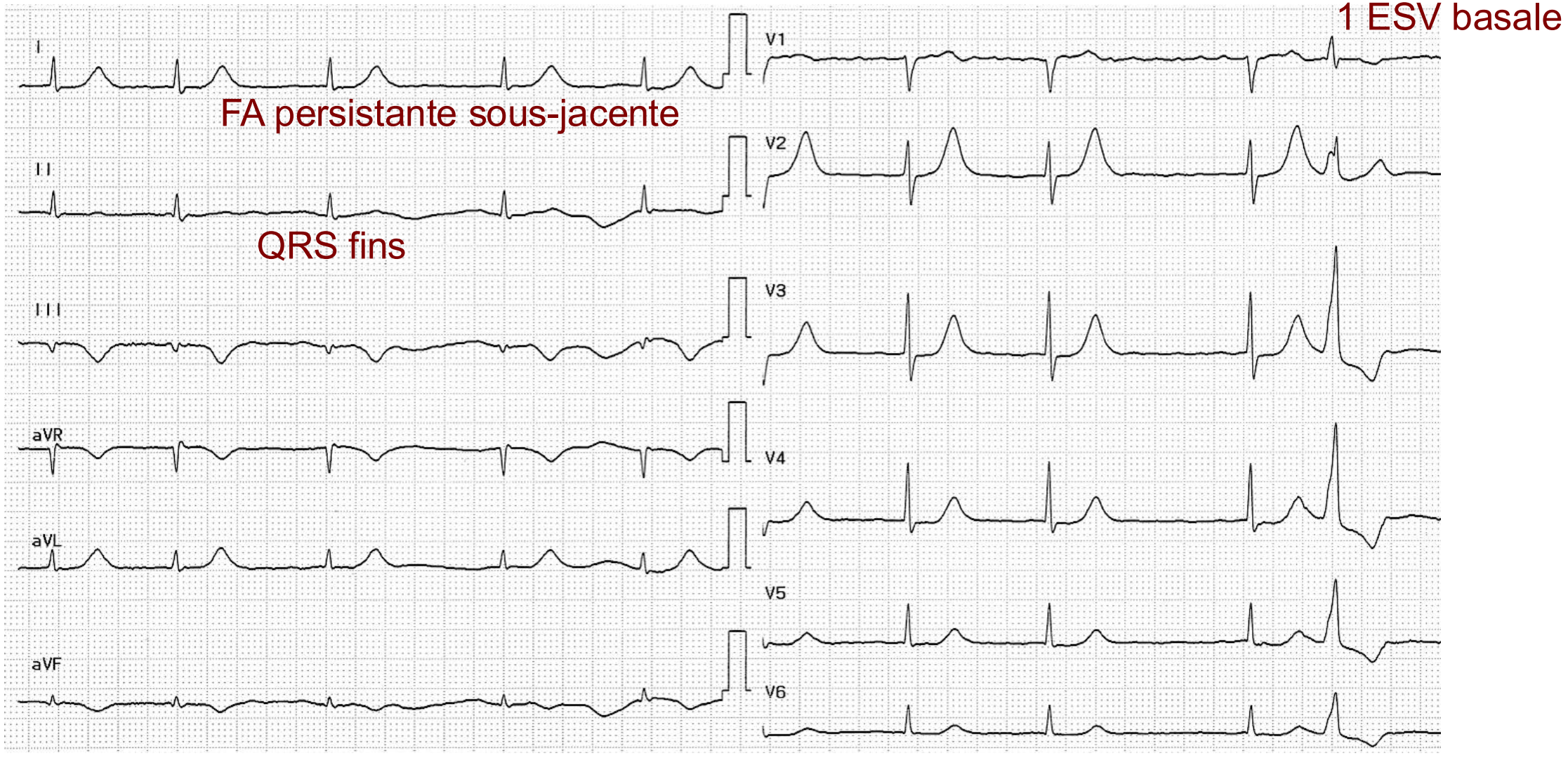
1. Pas d'arrêt de la tachycardie
2. Pas d'activité atriale démasquée

=> TV?

PATIENT #3 : post réduction de TV !

TV postéro-septale

IRM myocardique : séquelle inférieure et inféro-septale

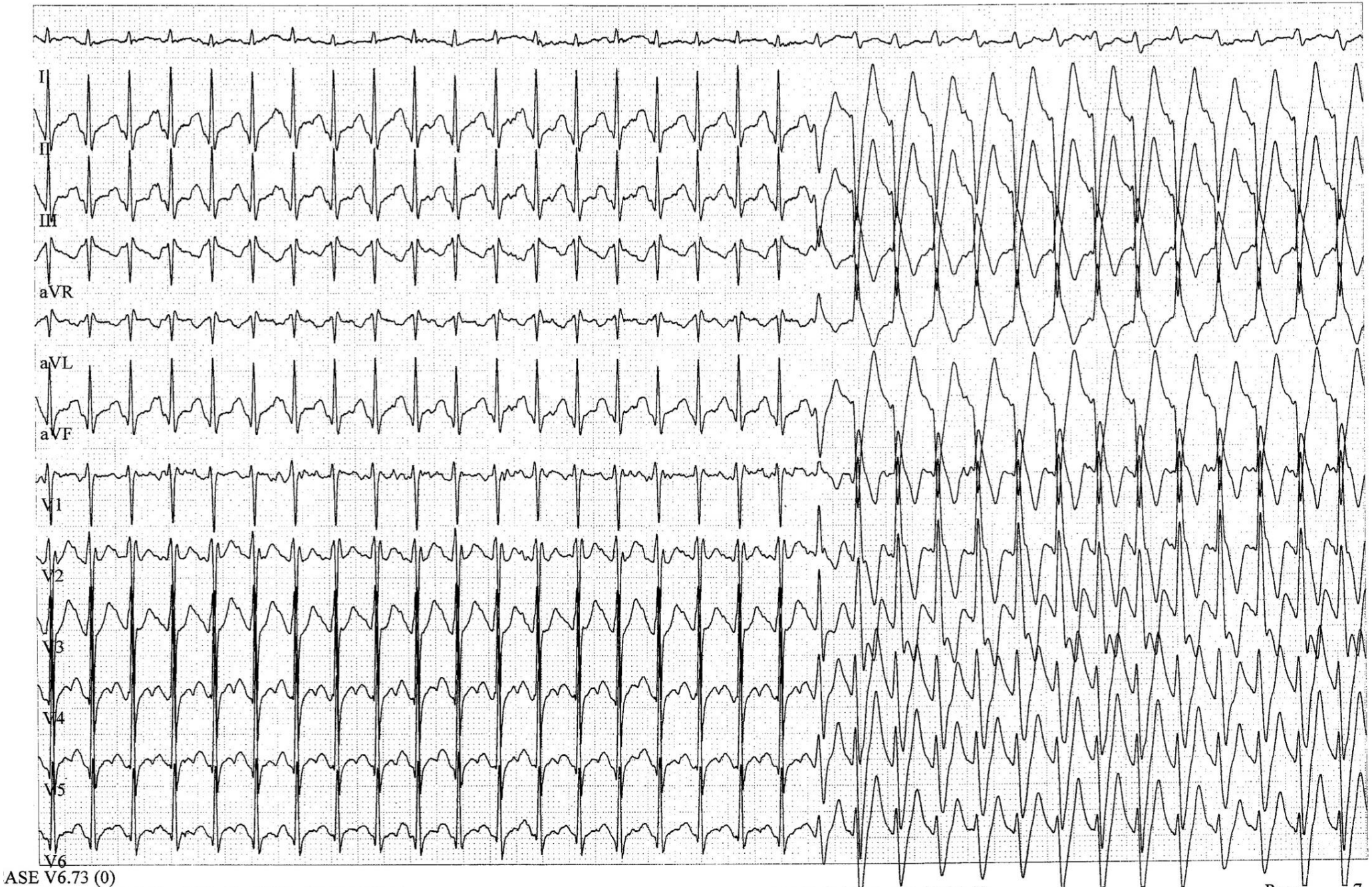


PATIENT #8

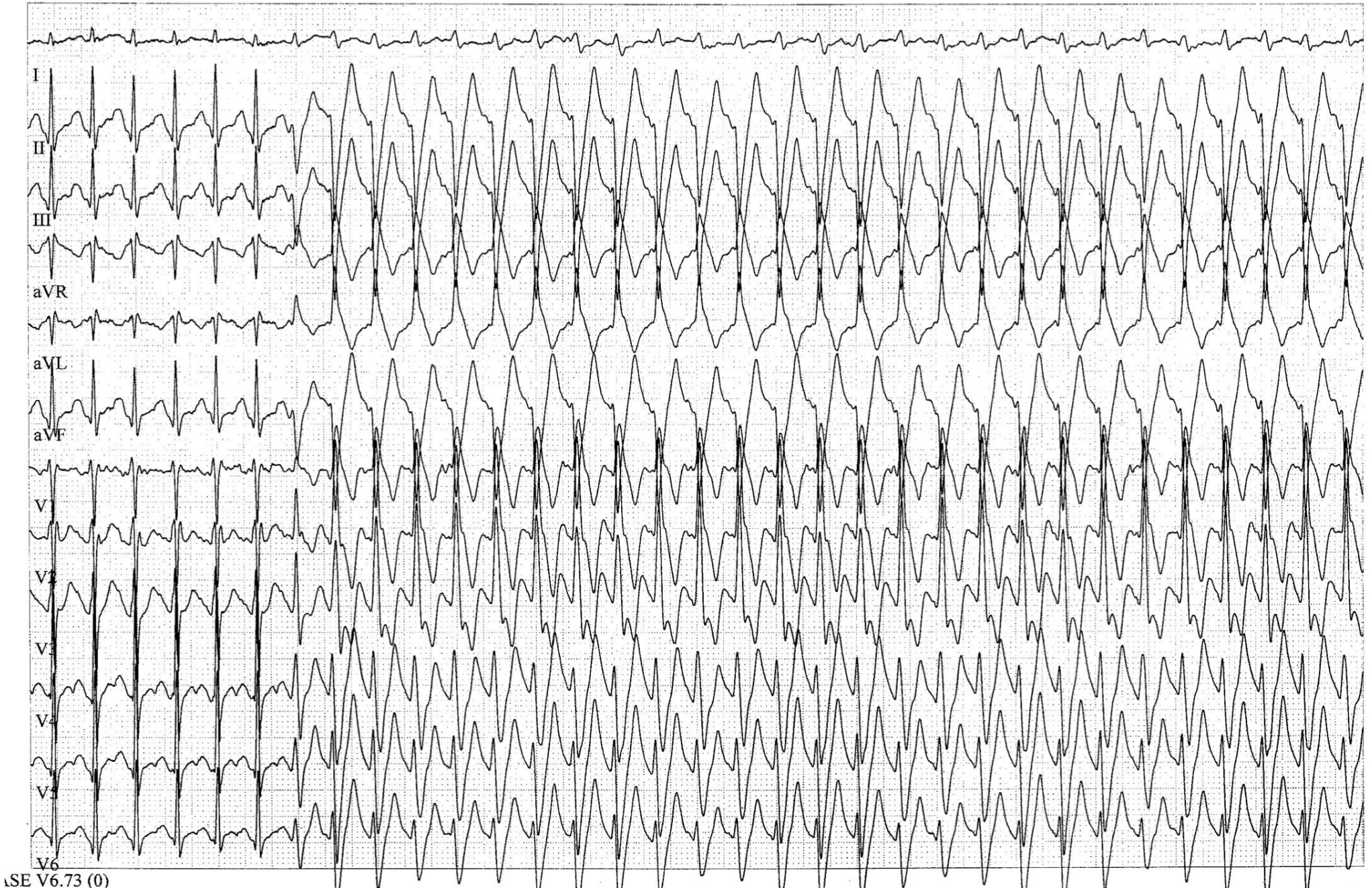
CLINIQUE

- Patient de 24 ans, sportif amateur (rugby en club, footing régulier)
- Aucun ATCD familial de cardiopathie ou de mort subite
- Aucun ATCD personnel notable
- Présente depuis plusieurs mois aux efforts intenses des épisodes de palpitations bien tolérée hémodynamiquement mais très symptomatiques
- ETT, EE et Holter ECG normaux
- Revient pour deuxième avis avec nouvelle EE

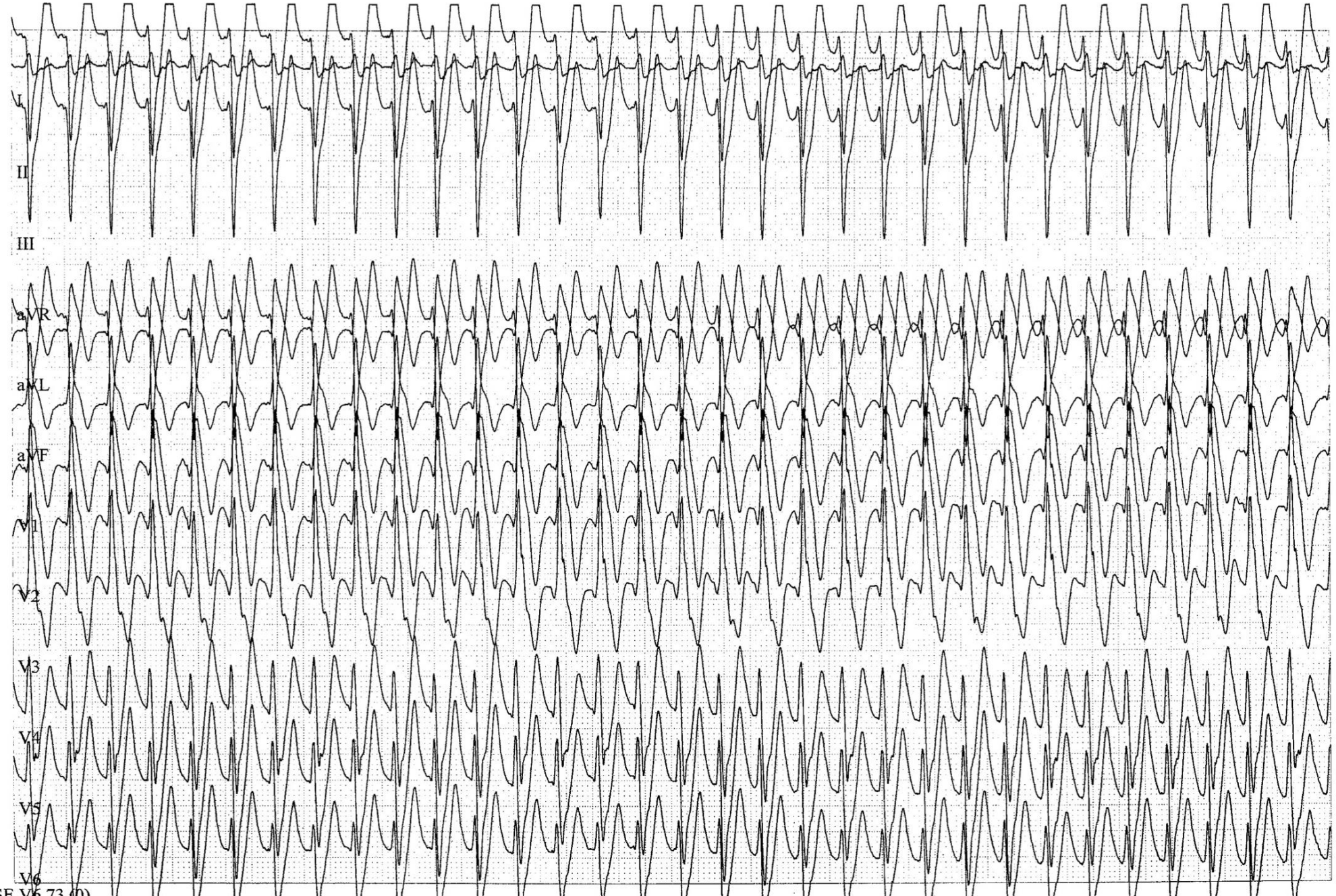
PATIENT #8



PATIENT #8

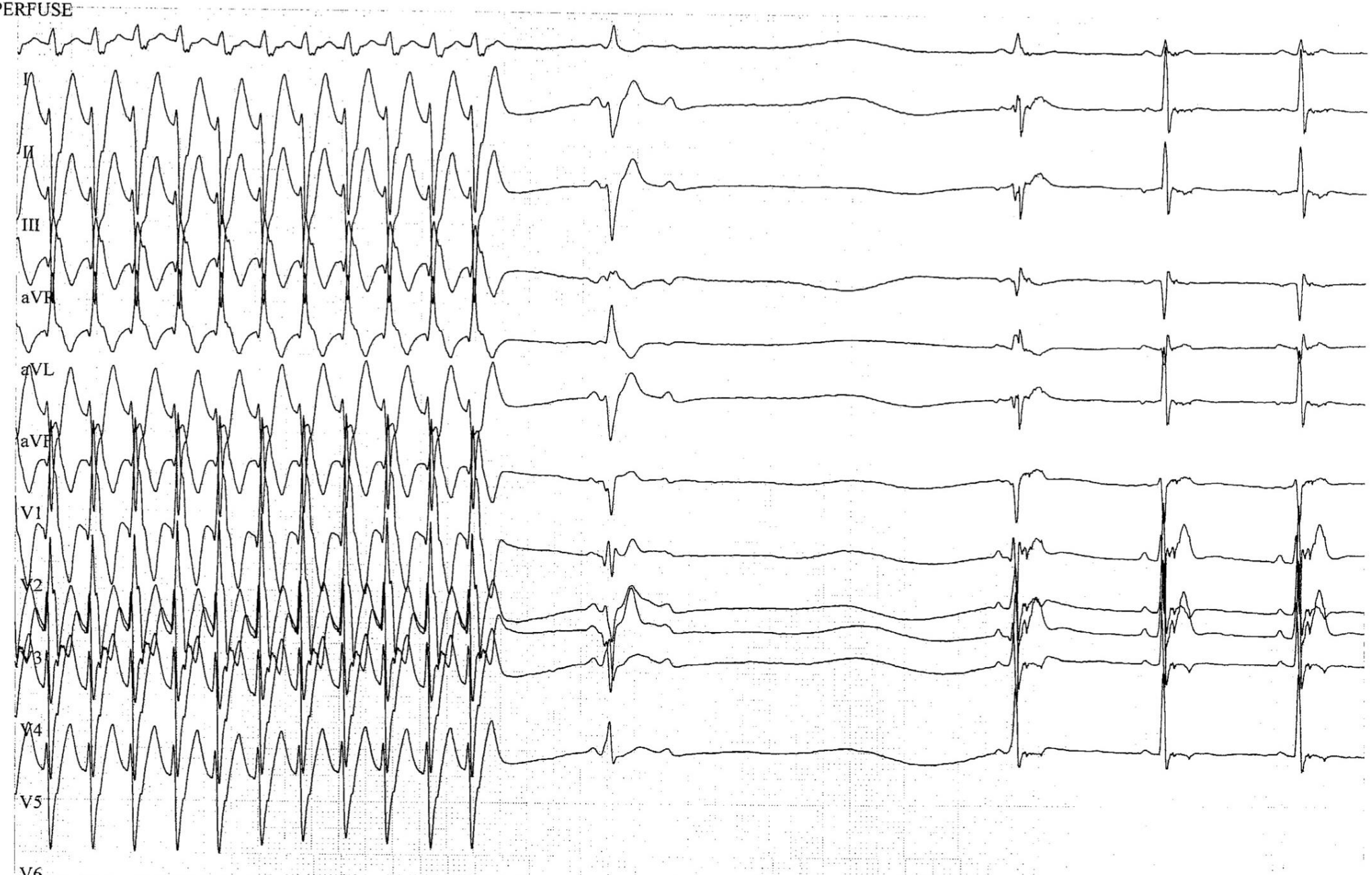


PATIENT #8

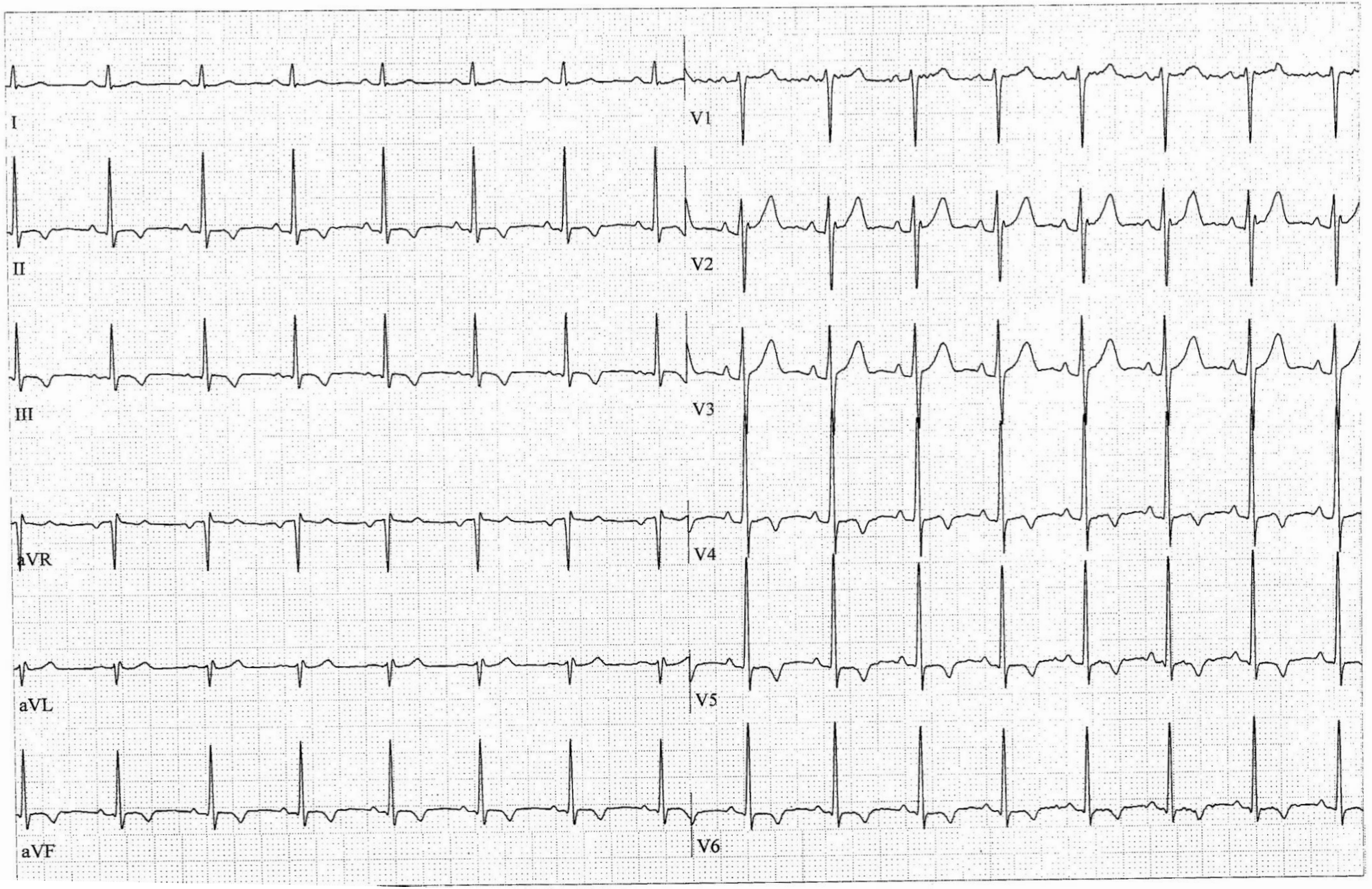


PATIENT #8

14:37 STRIADYNE
13:56 PERFUSE



PATIENT #8



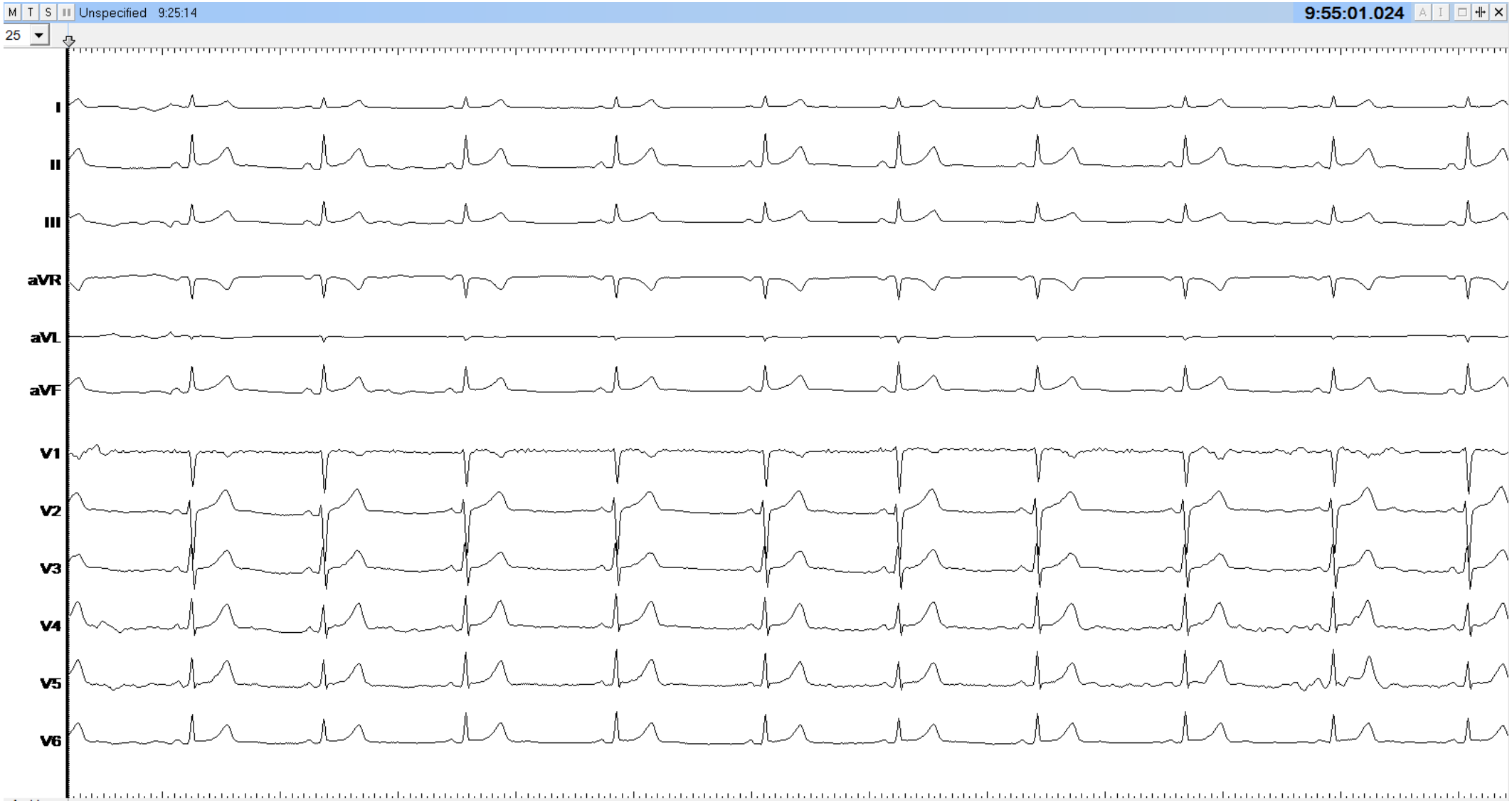
PATIENT #8 bis

CLINIQUE : jeune femme de 18 ans

- No structural heart disease, no other medical history
- Fascicular VT diagnosed in 2021
  - Initially treated with bisoprolol
  - Bisoprolol discontinuation in 10.2022 due to patient preference. Exercise test at the time was normal.
  - Since 05.2025, recurrence of exertional palpitations → exercise test revealed fascicular VT
    → scheduled for ablation

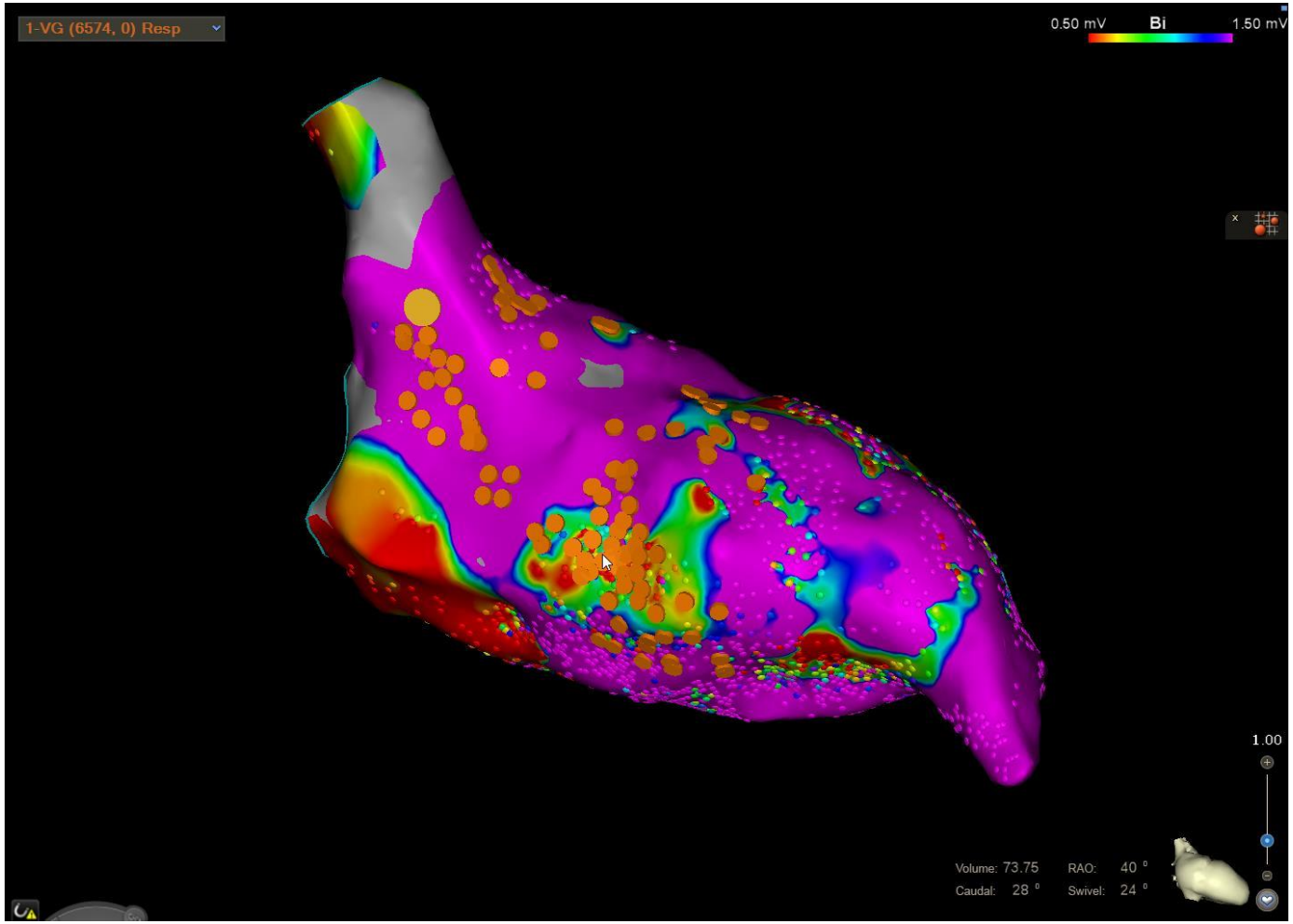
PATIENT #8 bis

Baseline ECG



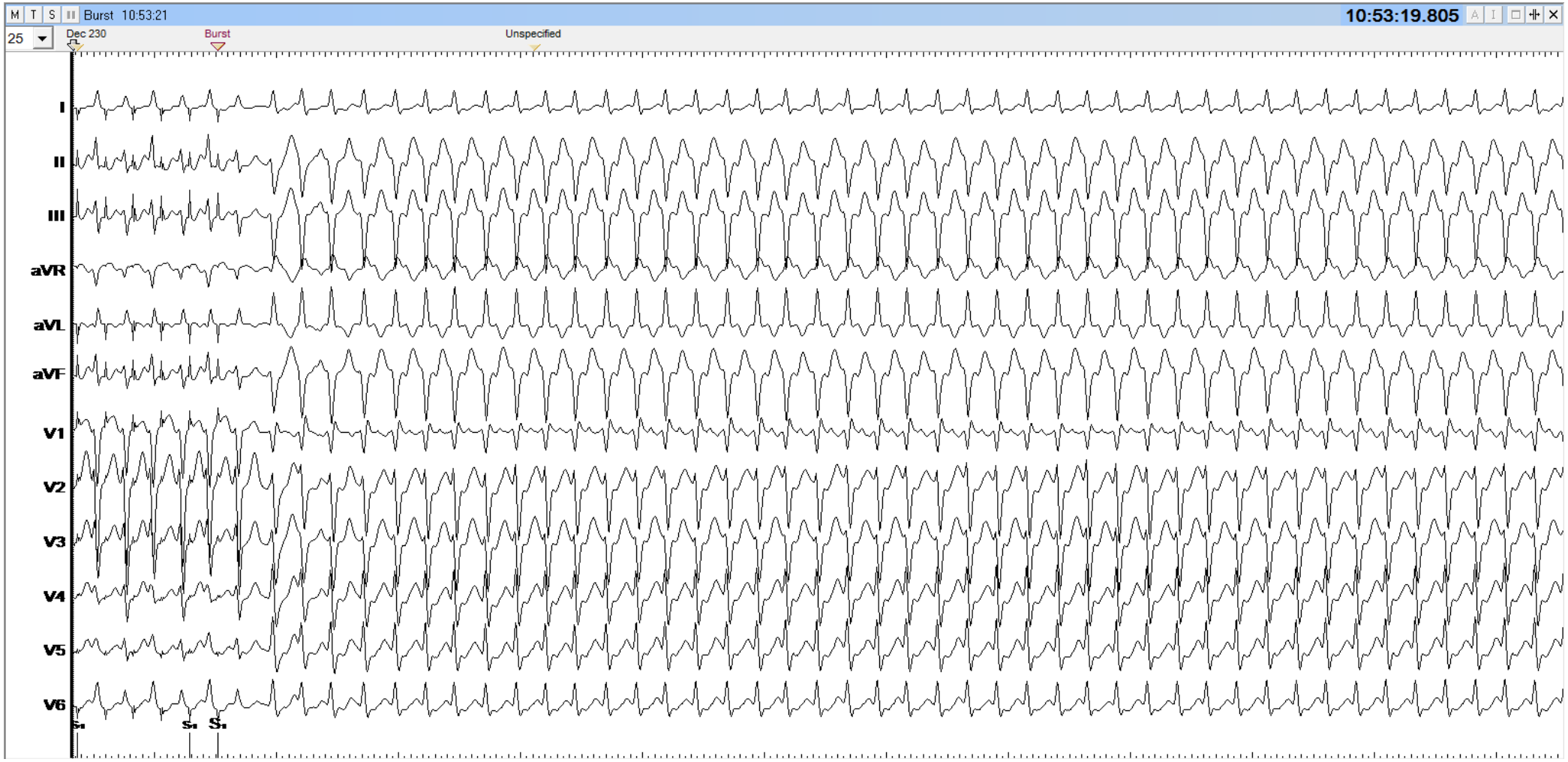
PATIENT #8 bis

Baseline map



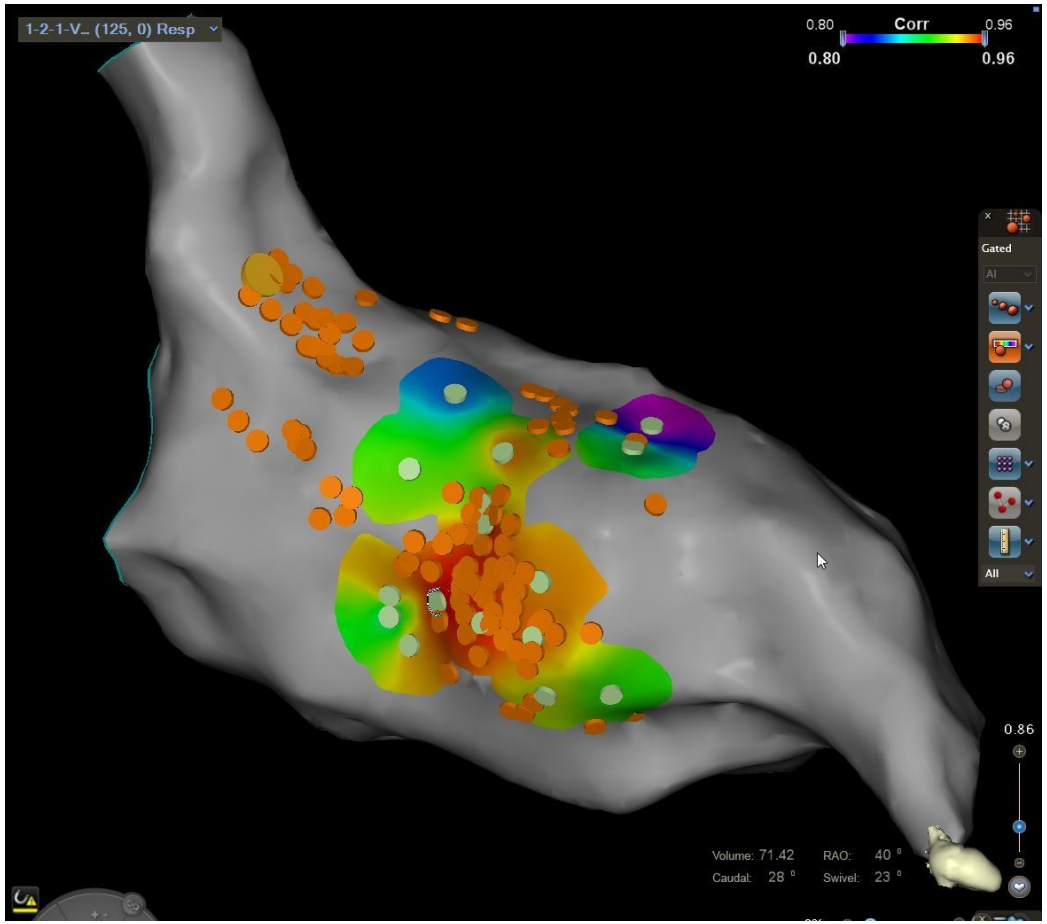
PATIENT #8 bis

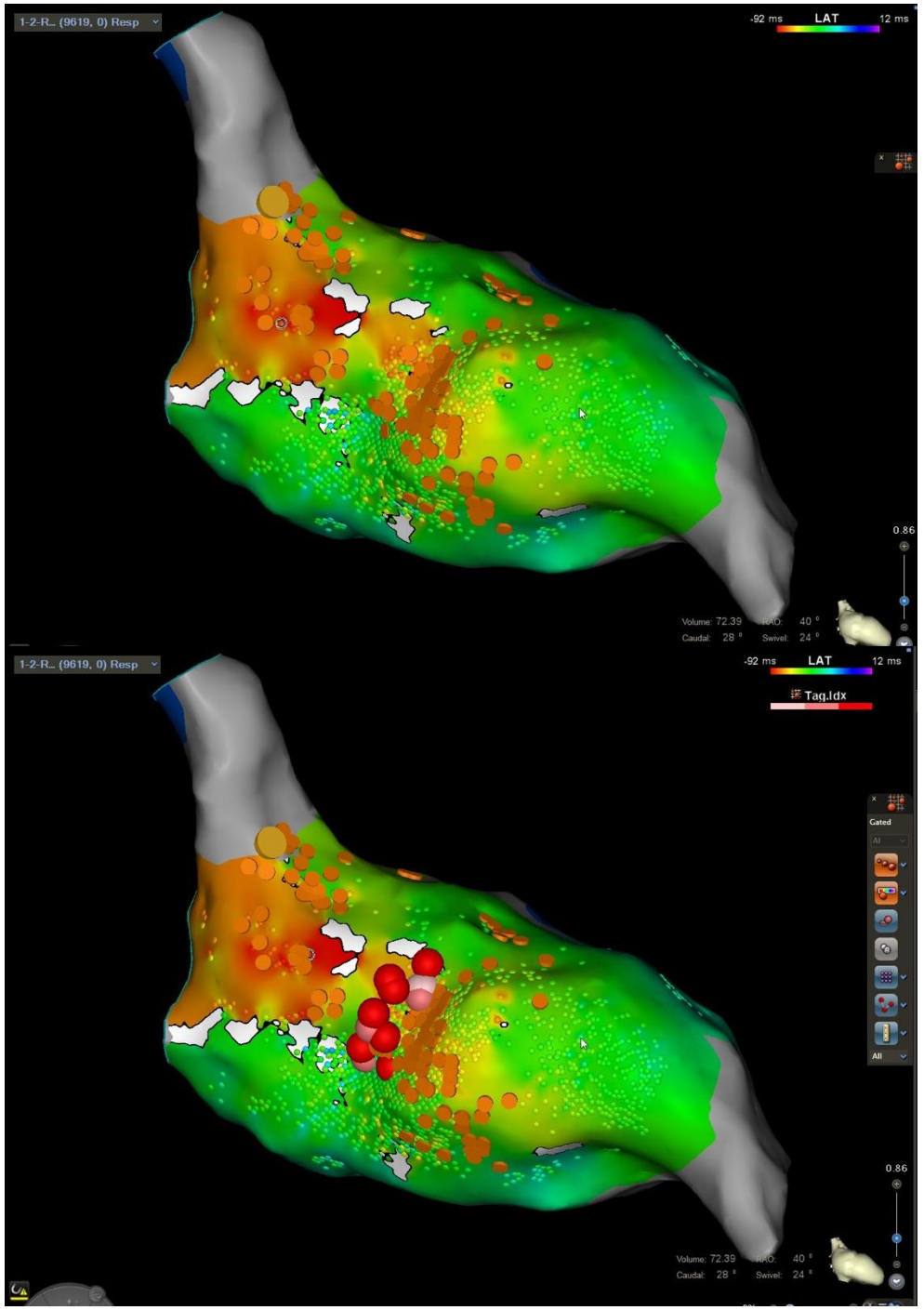
VT induction w/ ISO



PATIENT #8 bis

VT mapping

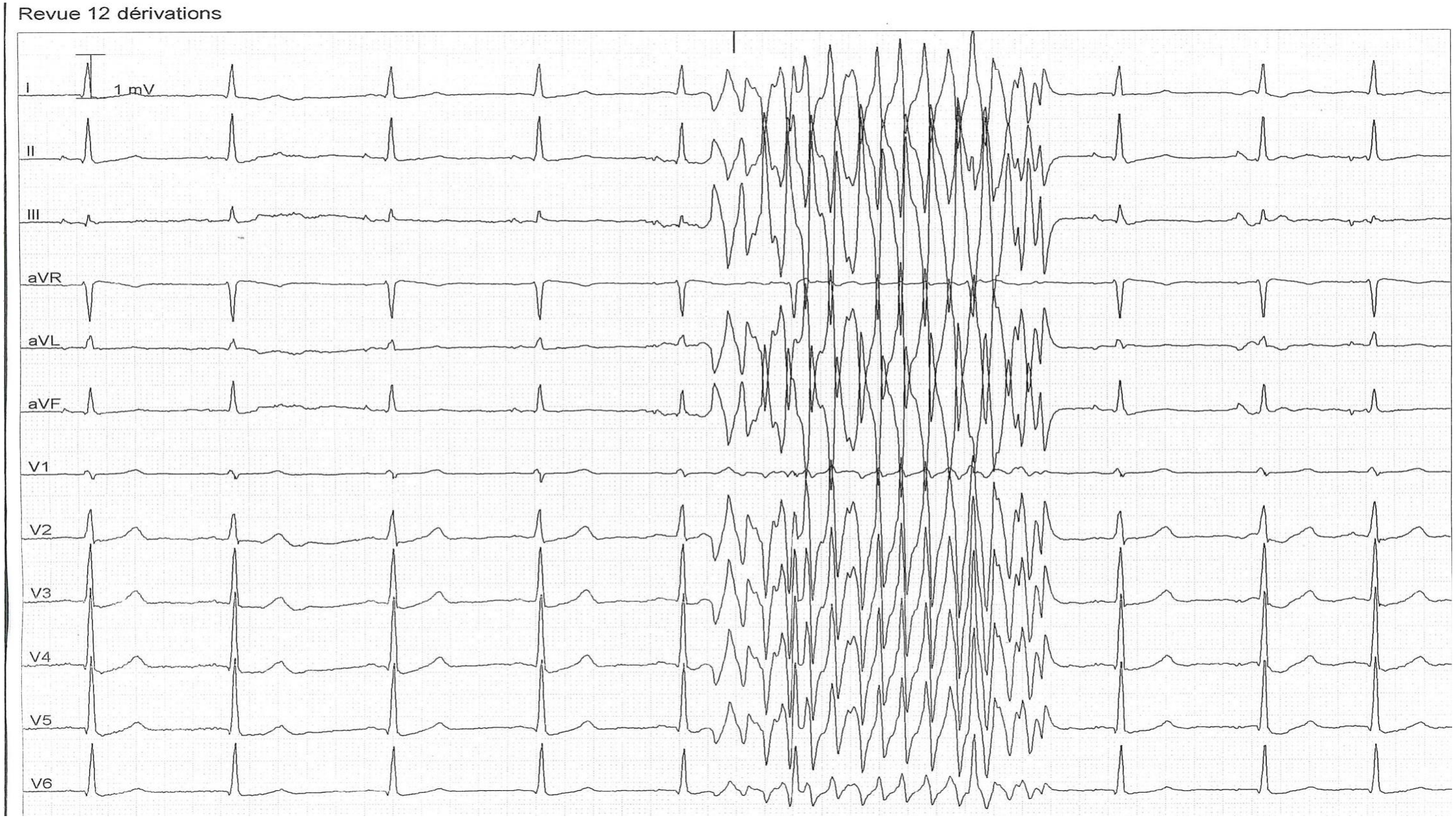




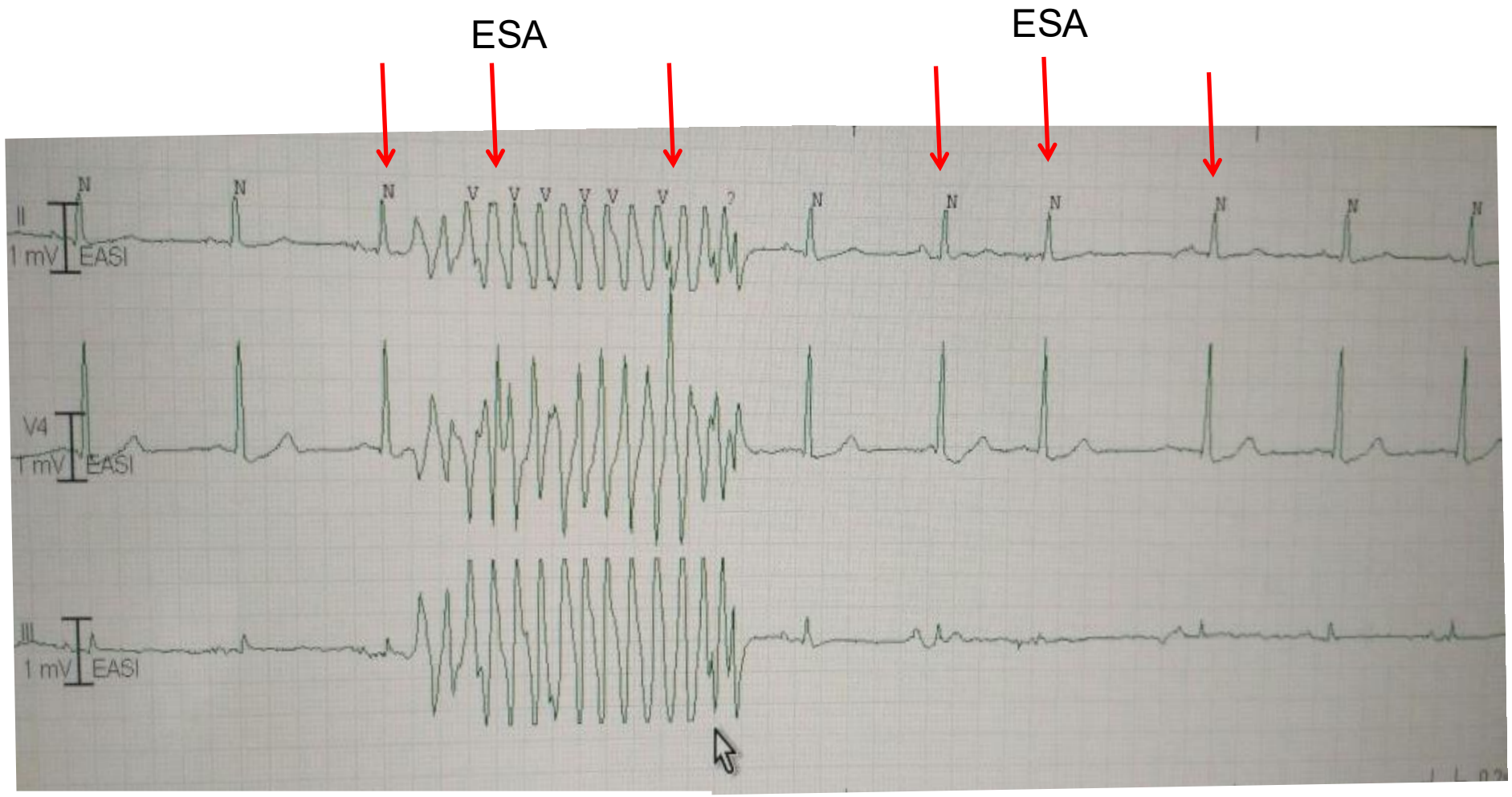
PATIENT #8 bis

Post ablation ECG

PATIENT #14



PATIENT #14



PATIENT #4

Histoire Clinique

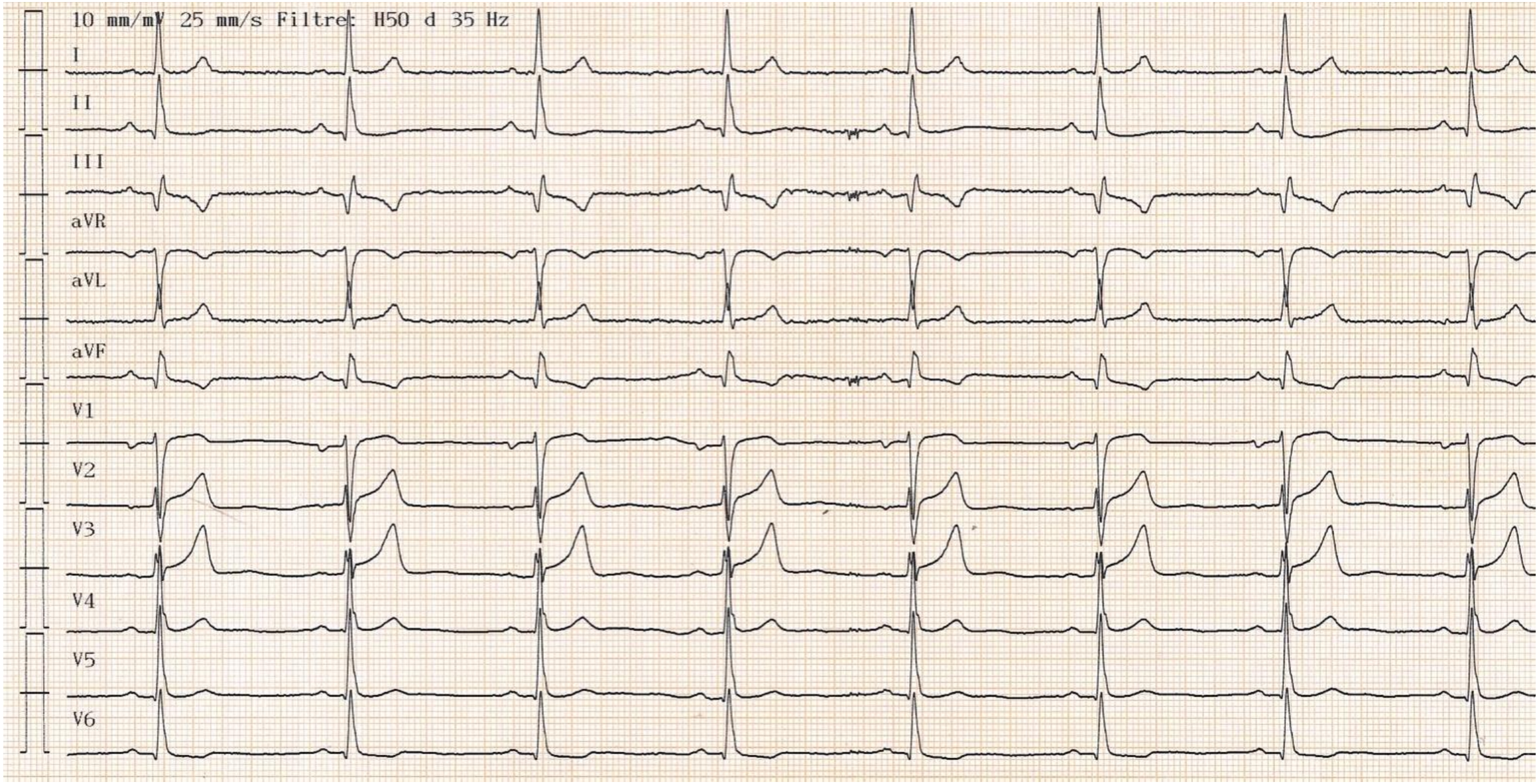
Patient de 67 ans hypertendu et dyslipidémique avec cardiopathie ischémique

- IDM inférieur en 1989 stenté sur CD et Cx
- Nouvel IDM inférieur en 2001 stenté sur CD

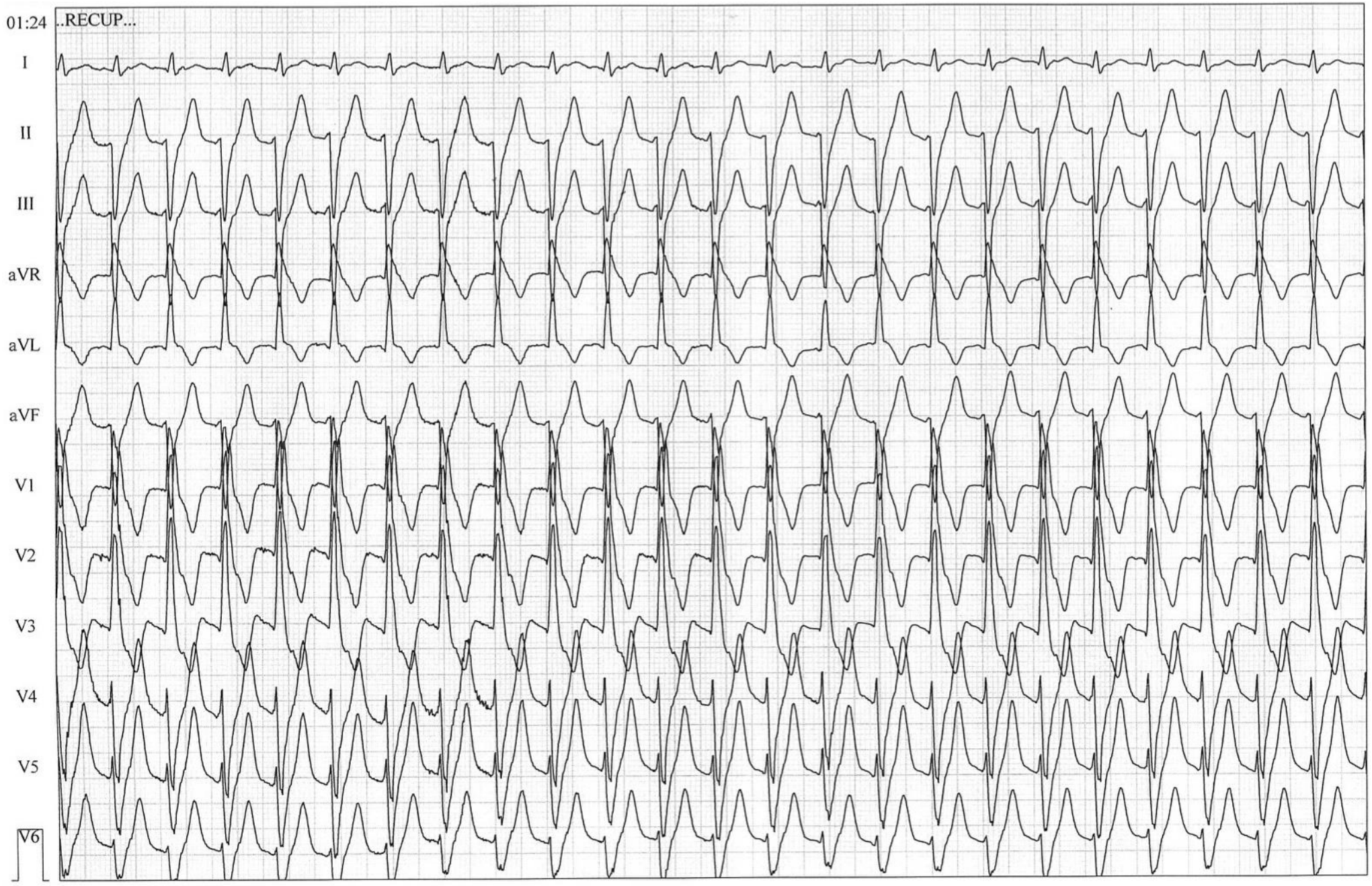
ETT : VG légèrement dilaté, FEVG 60%, Akinésie inferieure et inféro-septale. OG non dilatées, pas de VVP significative. Absence d'HTAP, VCI non dilatée et péricarde sec.

Revient pour épreuve d'effort pour réévaluation de sa cardiopathie

PATIENT #4 : ECG 1

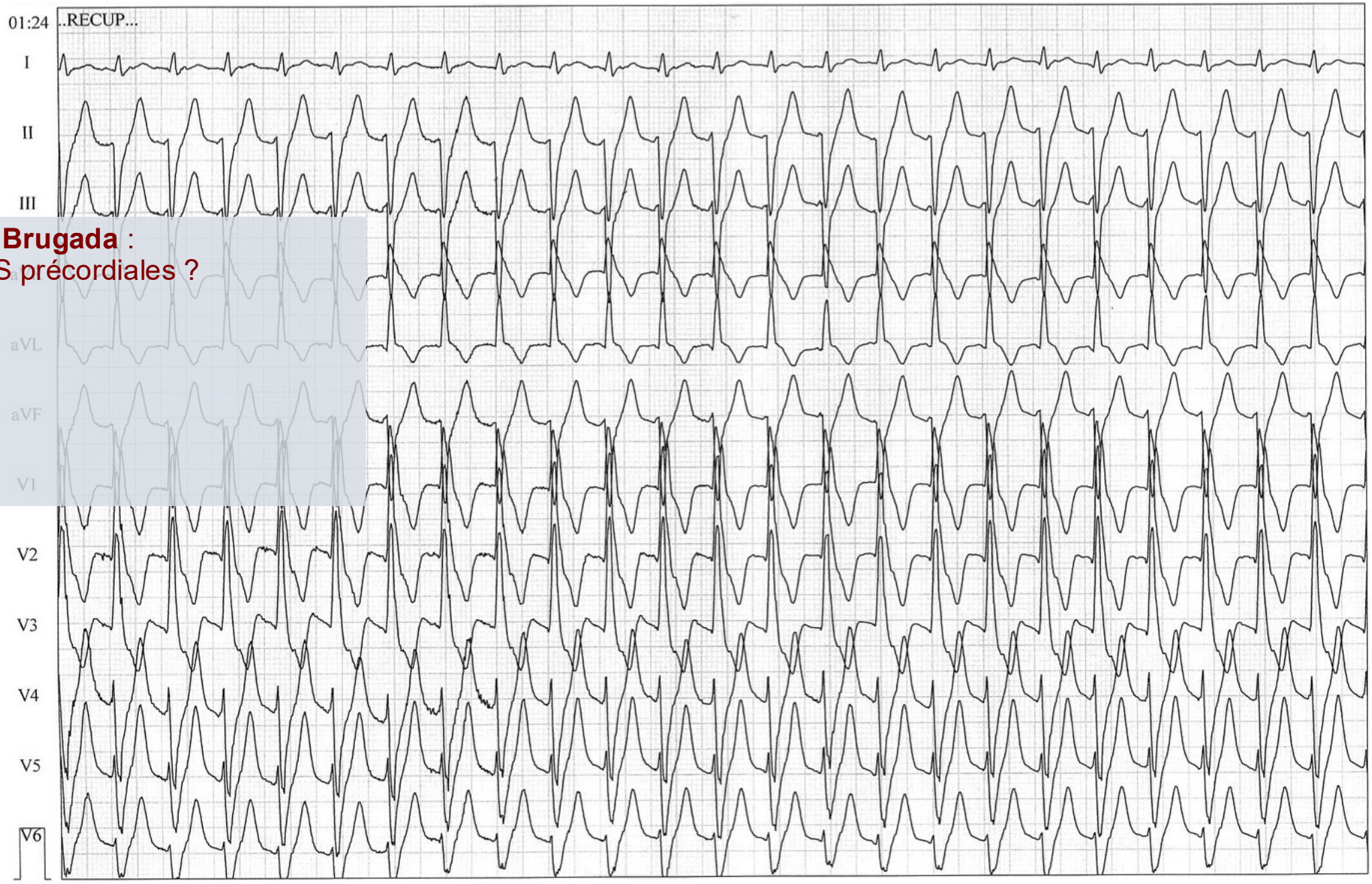


PATIENT #4 : ECG 1



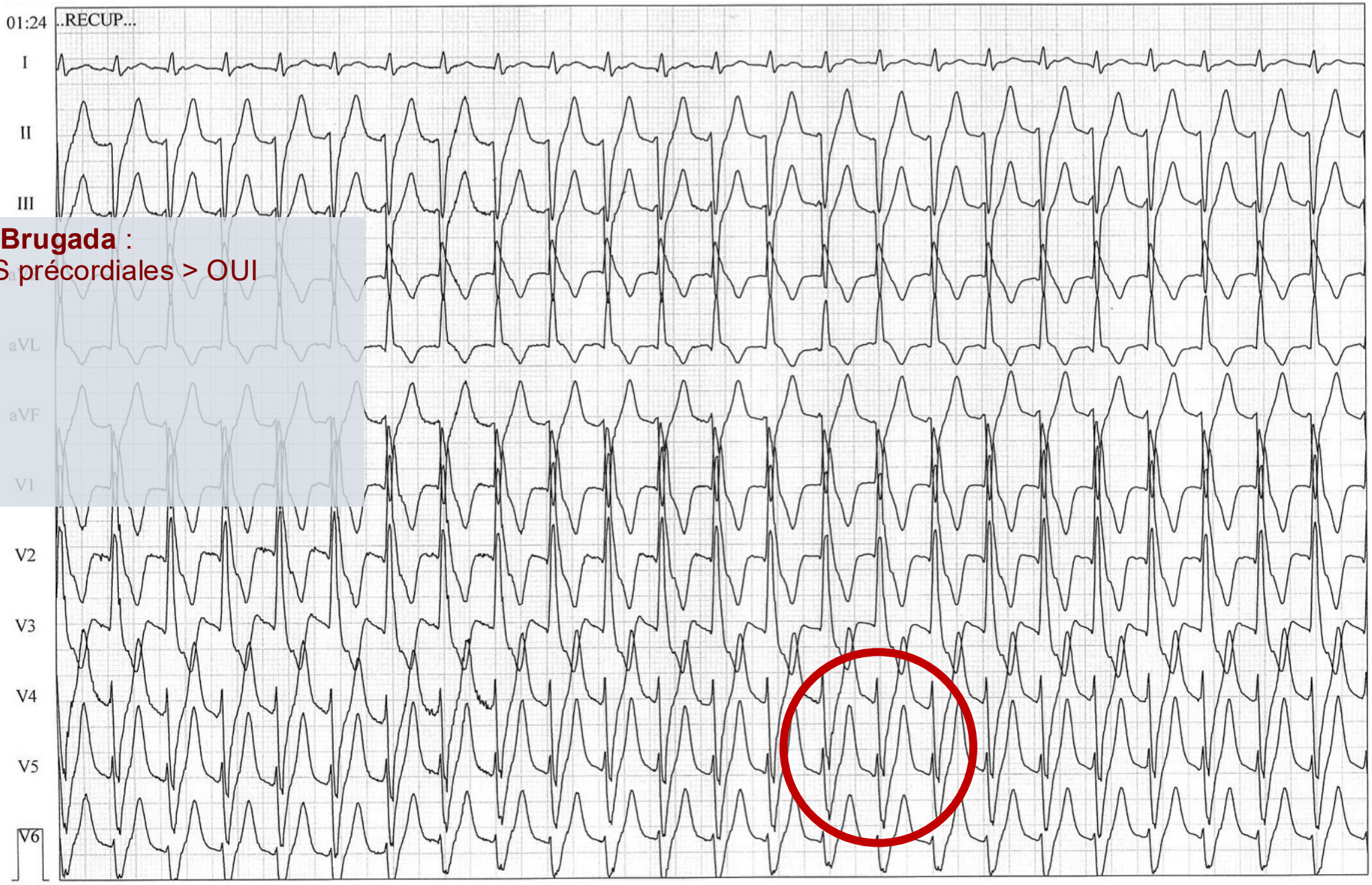
PATIENT #4 : ECG 1

Critères de Brugada :
1. Aspect RS précordiales ?



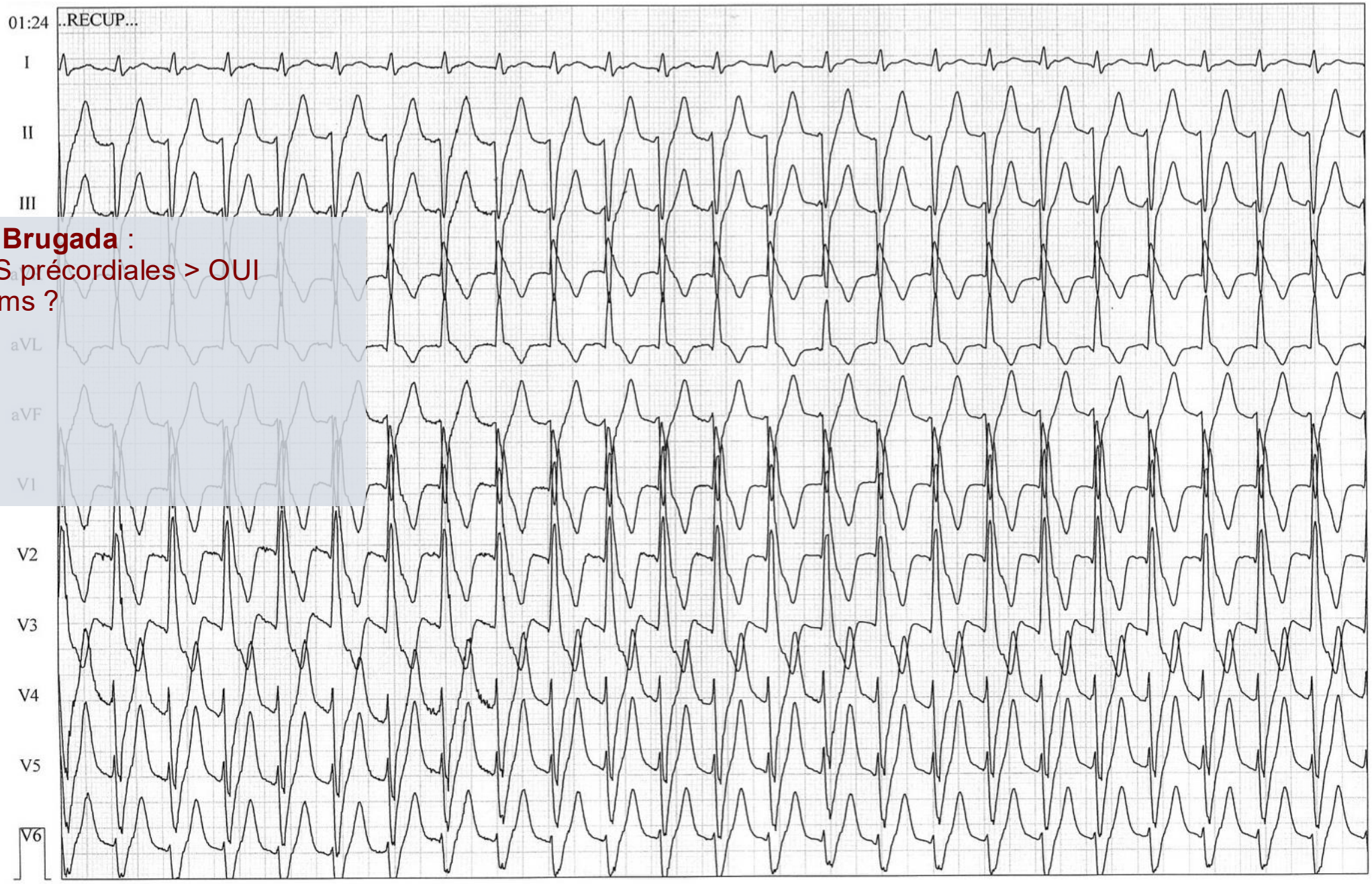
PATIENT #4 : ECG 1

Critères de Brugada :
1. Aspect RS précordiales > OUI



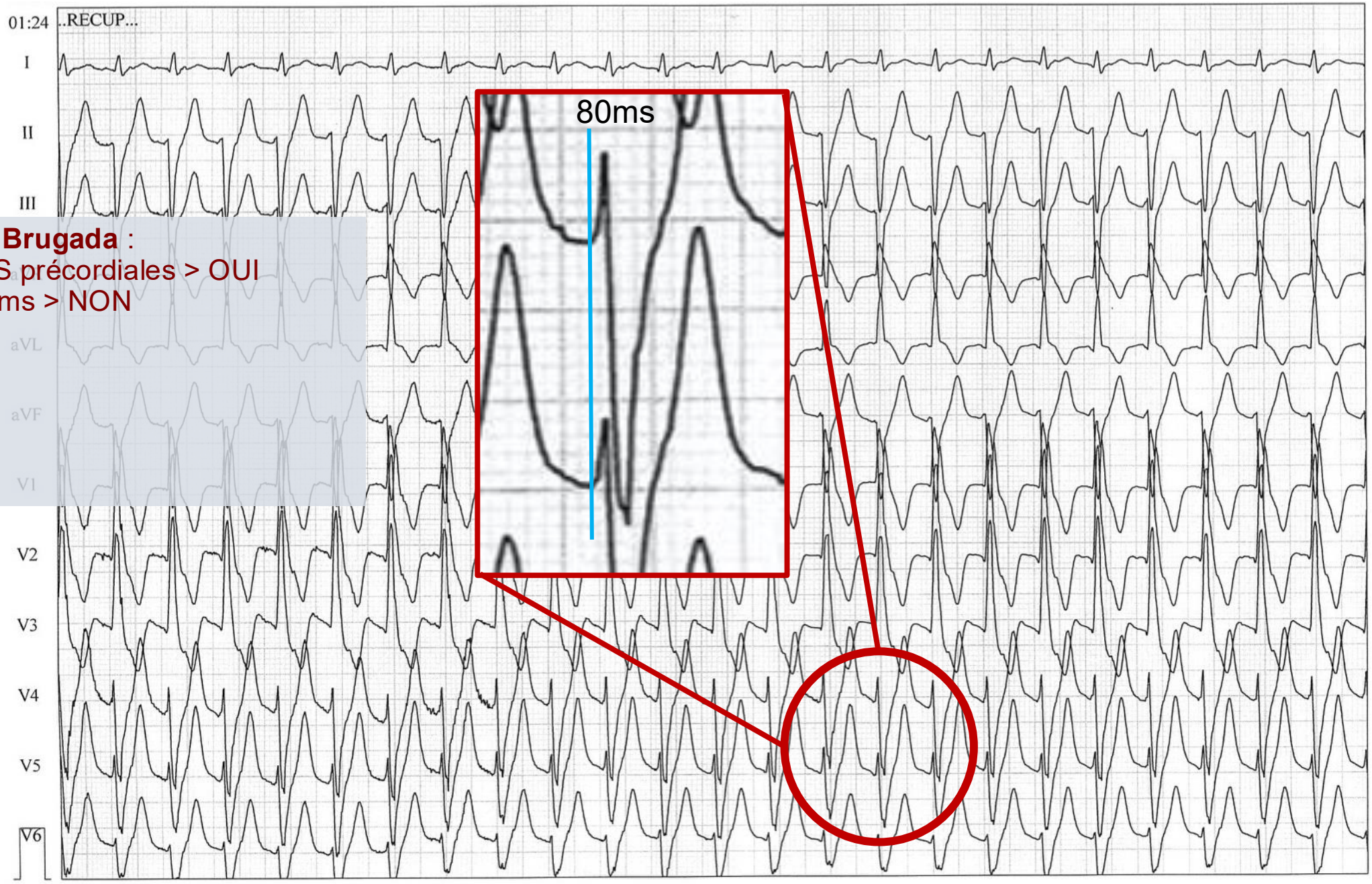
PATIENT #4 : ECG 1

Critères de Brugada :
1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms ?

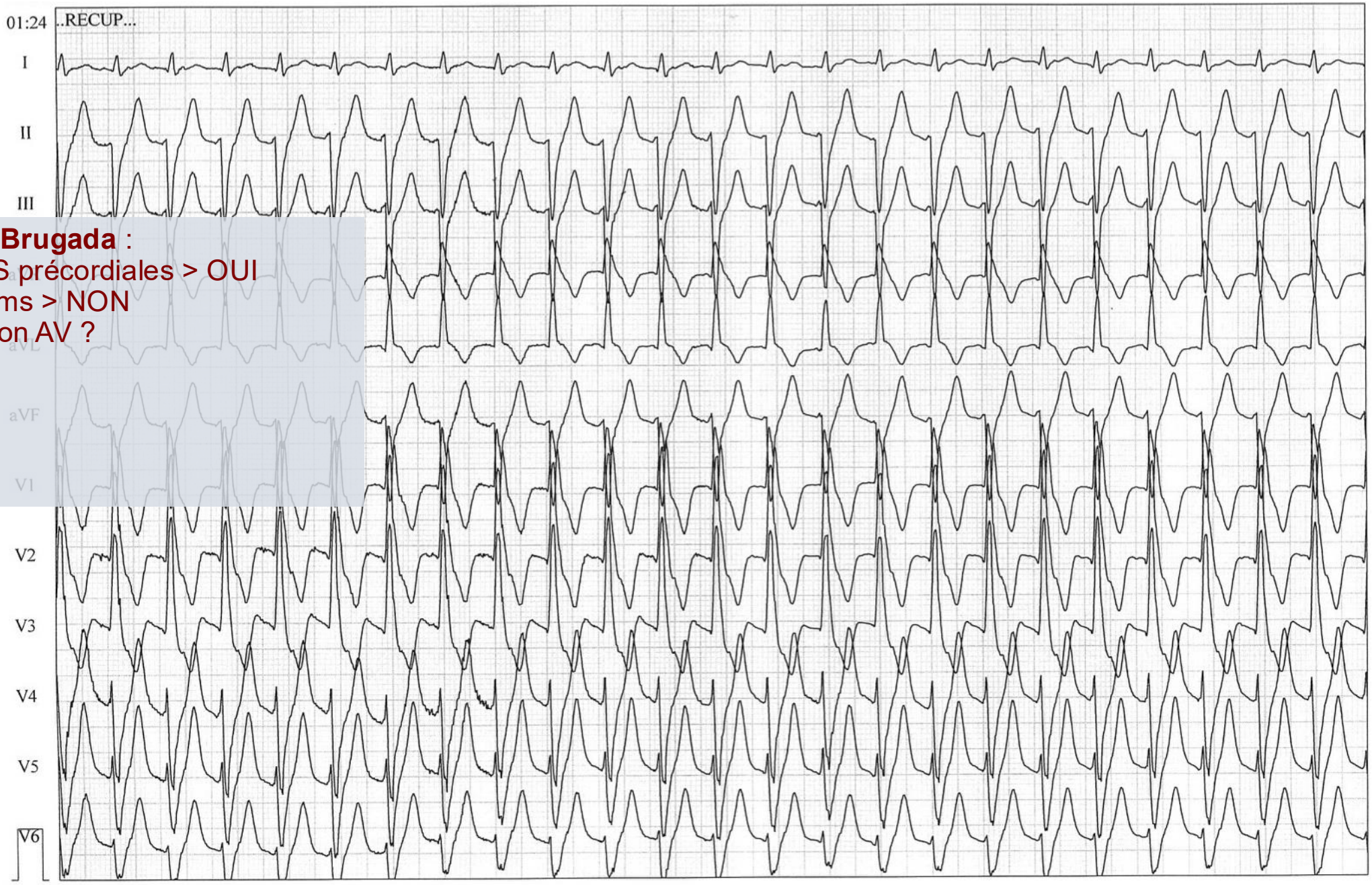


PATIENT #4 : ECG 1

Critères de Brugada :
1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON



PATIENT #4 : ECG 1

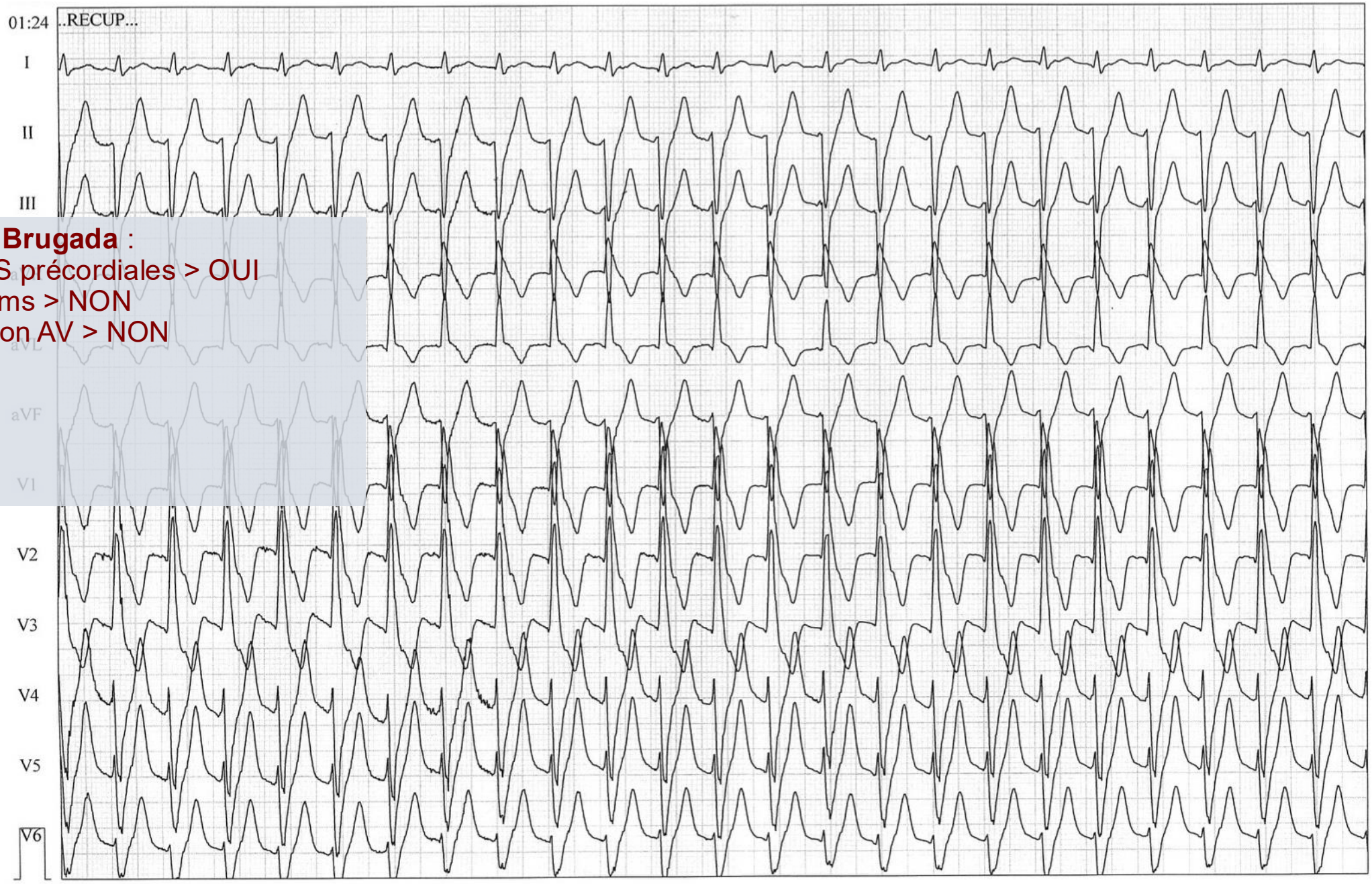


Critères de Brugada :

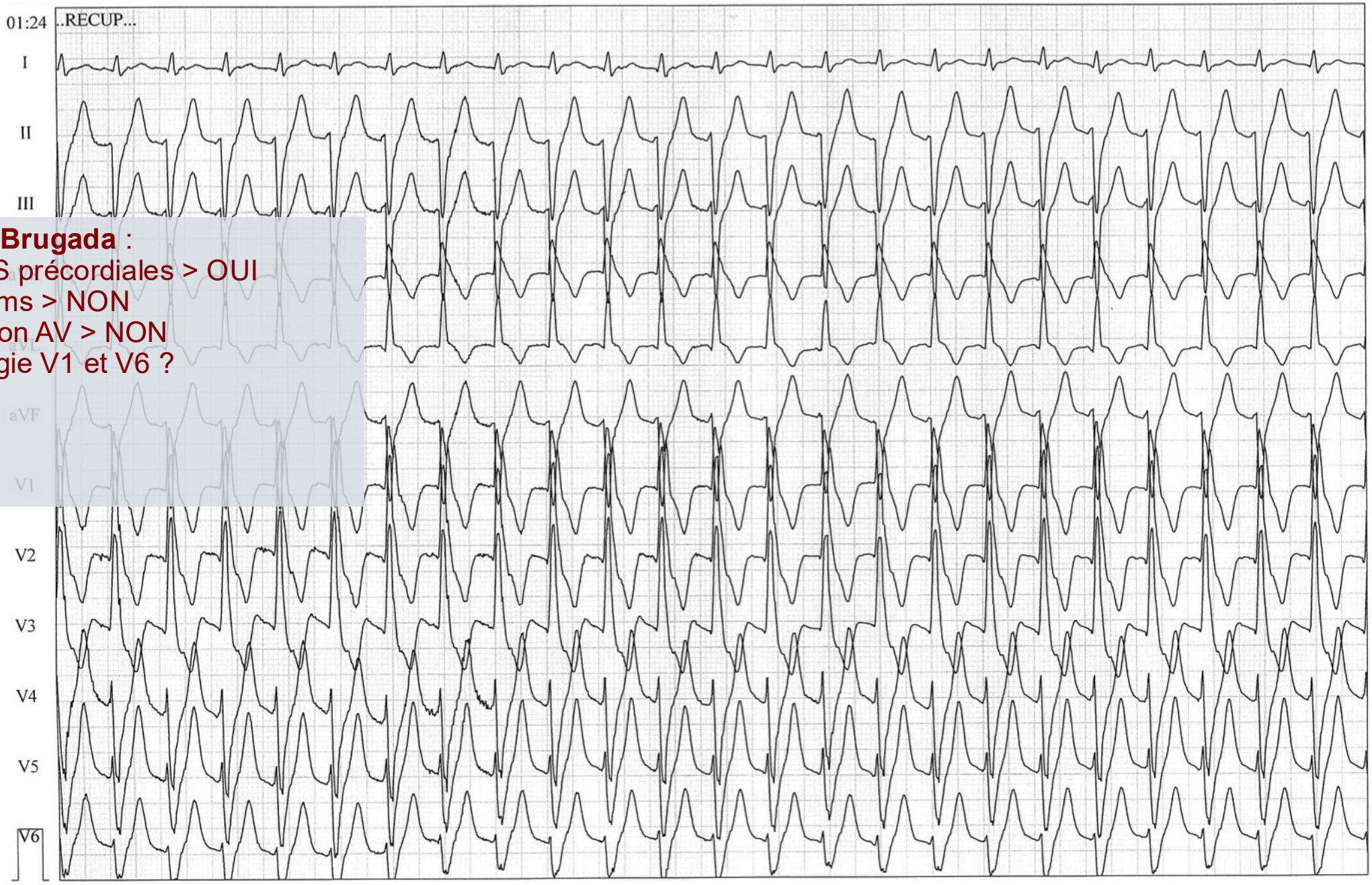
1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV ?

PATIENT #4 : ECG 1

Critères de Brugada :
1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV > NON



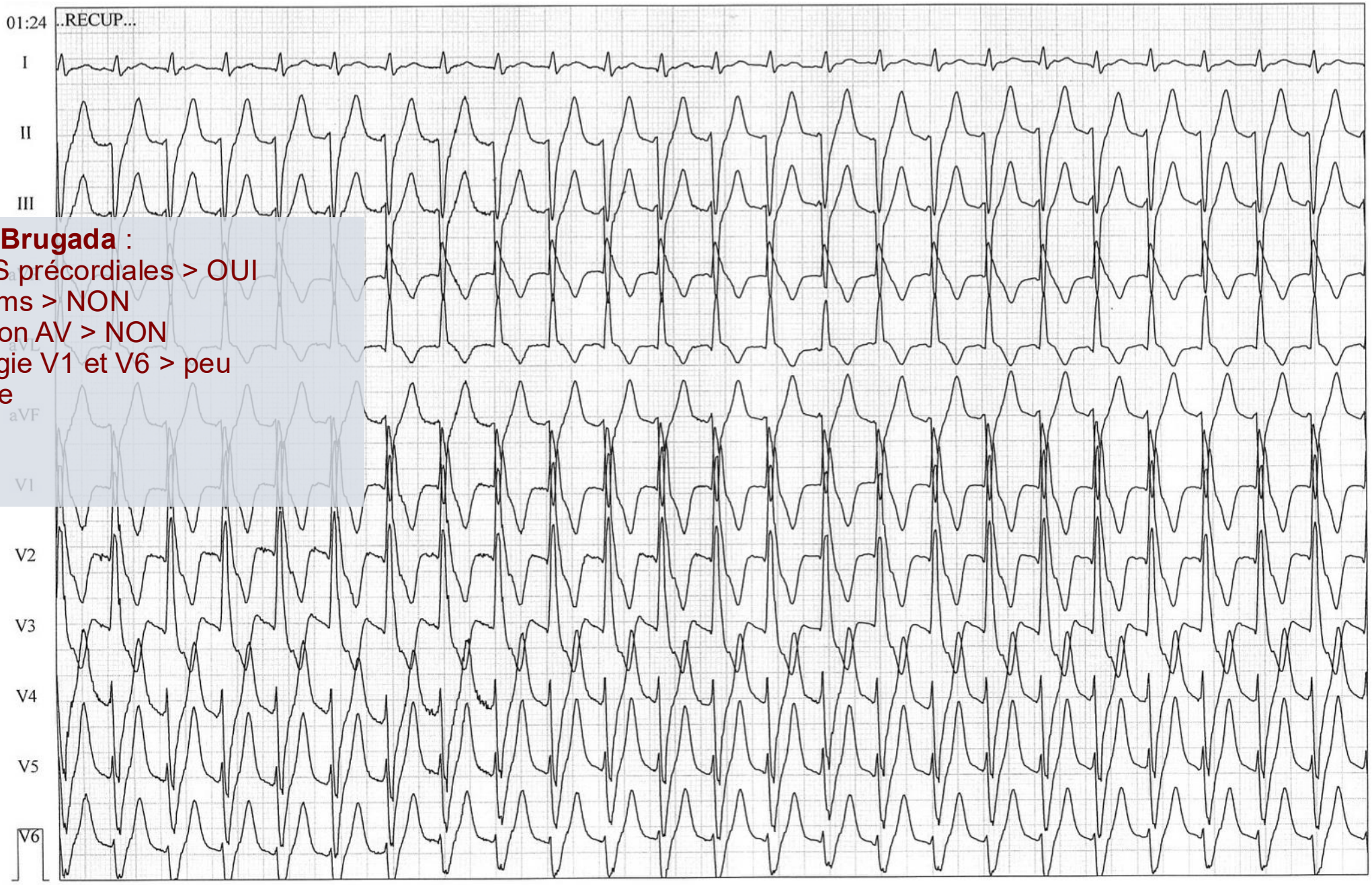
PATIENT #4 : ECG 1



Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV > NON
4. Morphologie V1 et V6 ?

PATIENT #4 : ECG 1



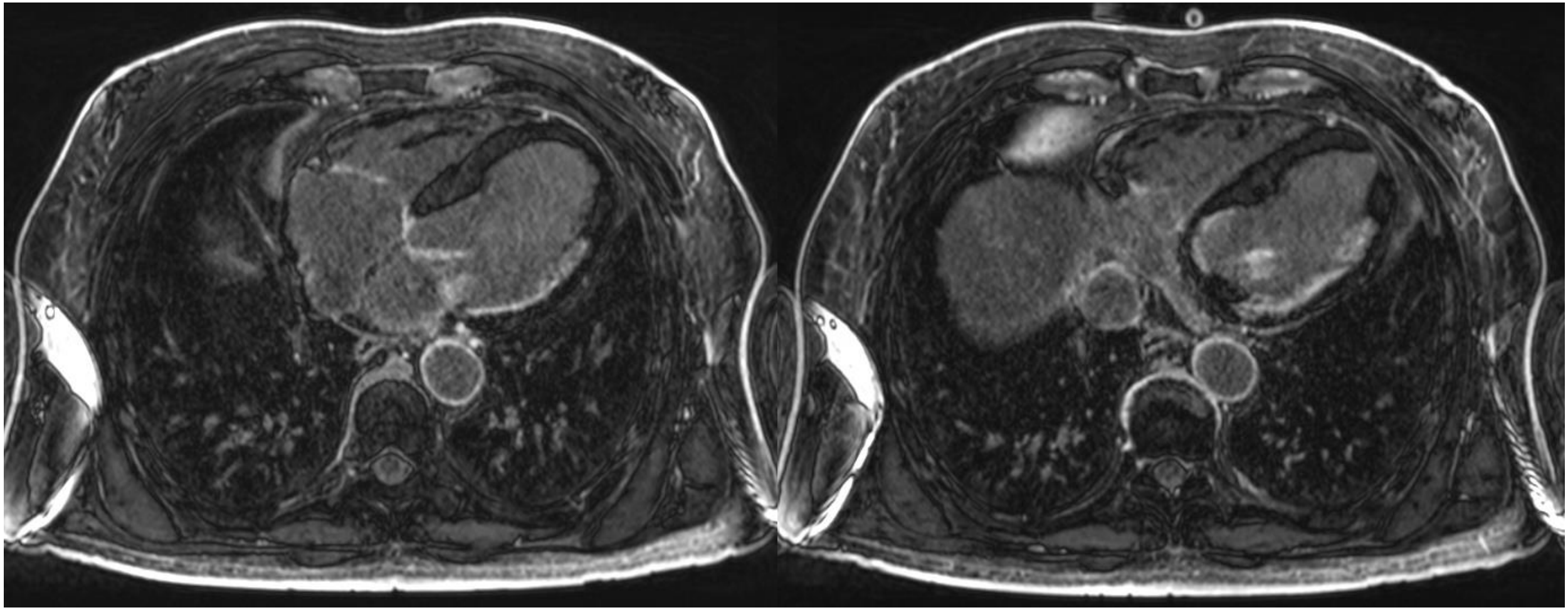
Critères de Brugada :

1. Aspect RS précordiales > OUI
2. RS > 100ms > NON
3. Dissociation AV > NON
4. Morphologie V1 et V6 > peu compatible

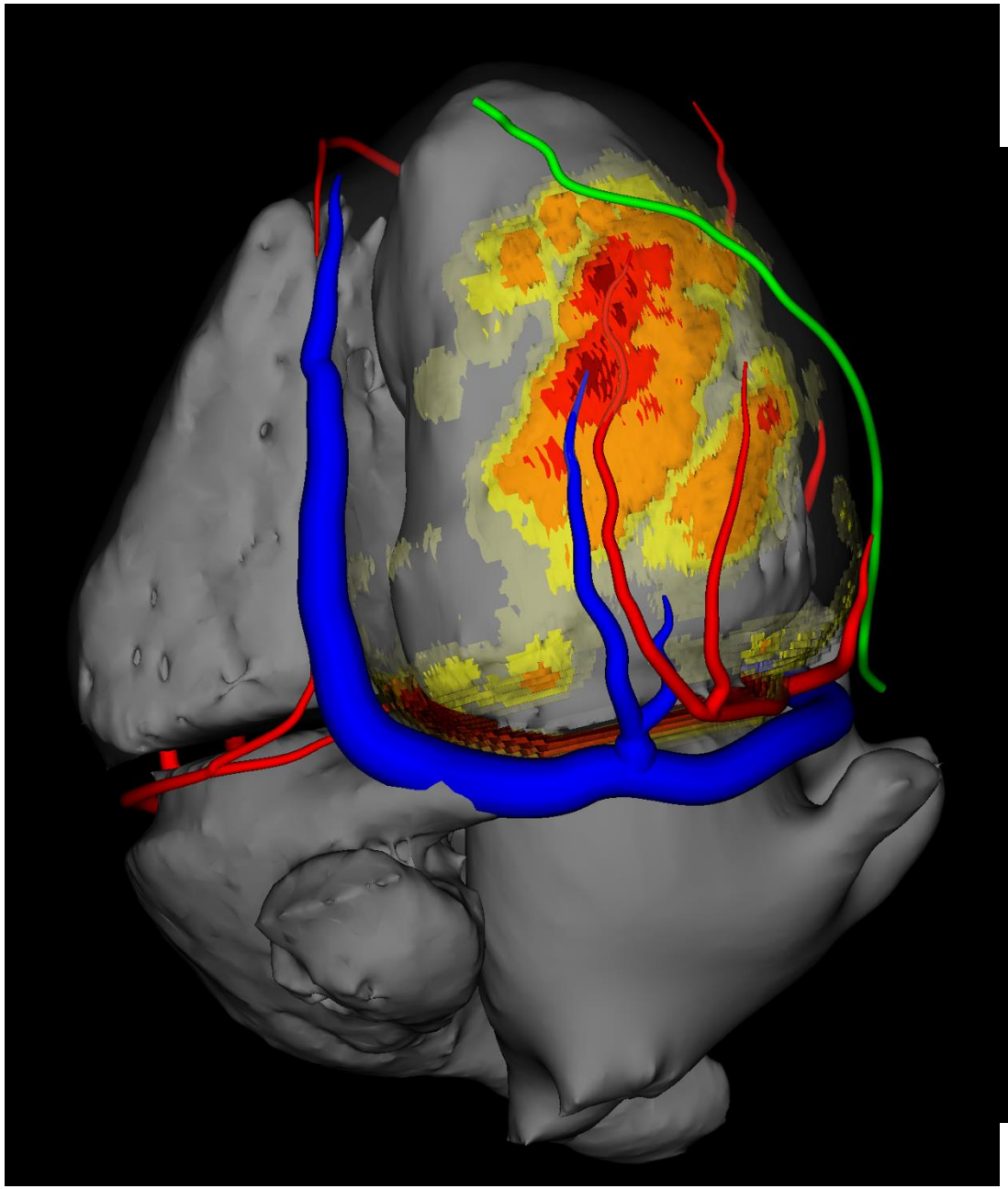
> TV ?

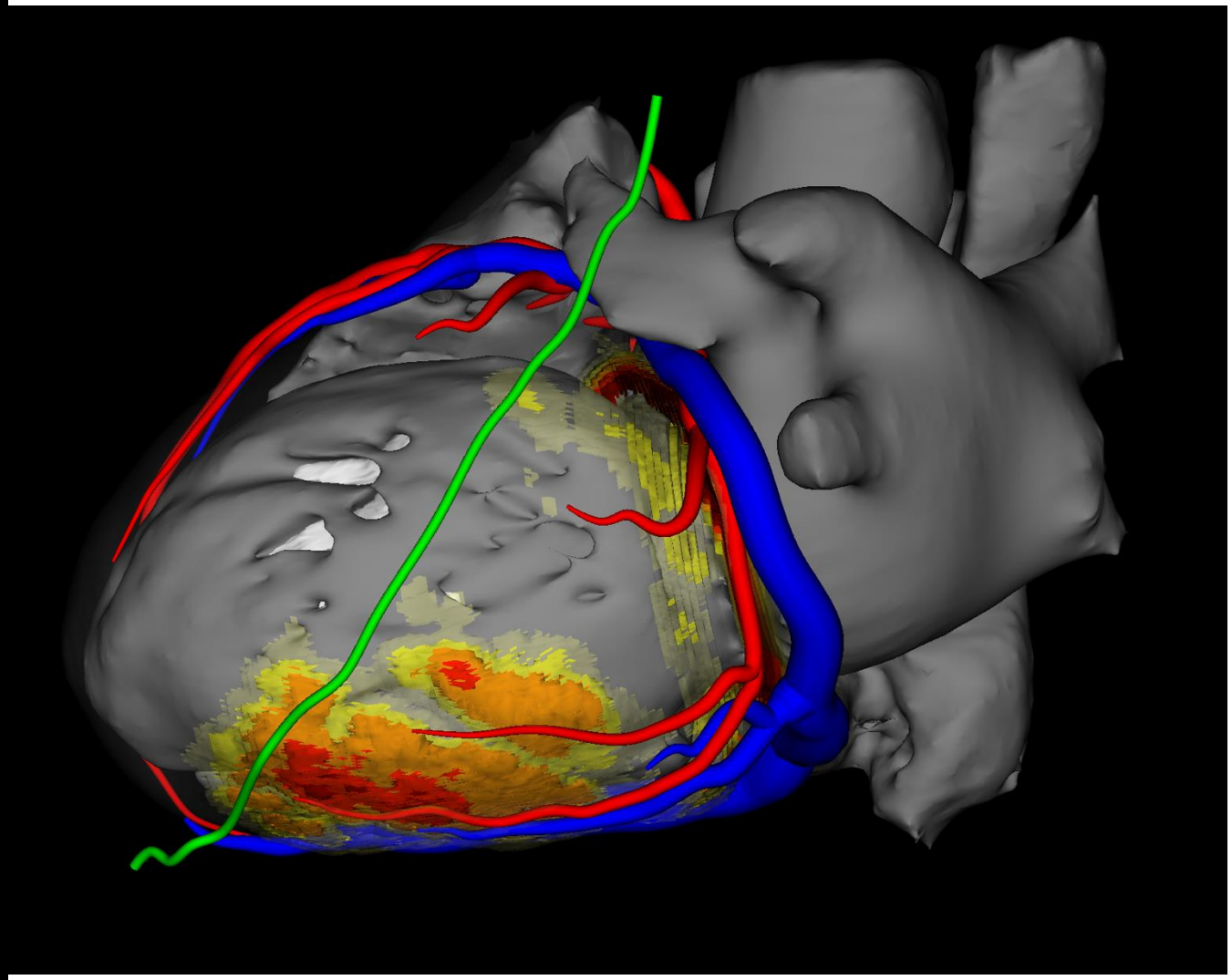
PATIENT #4 : Début de la tachycardie

PATIENT #4 : IRM cardiaque



PATIENT #4 : TDM + inHeart

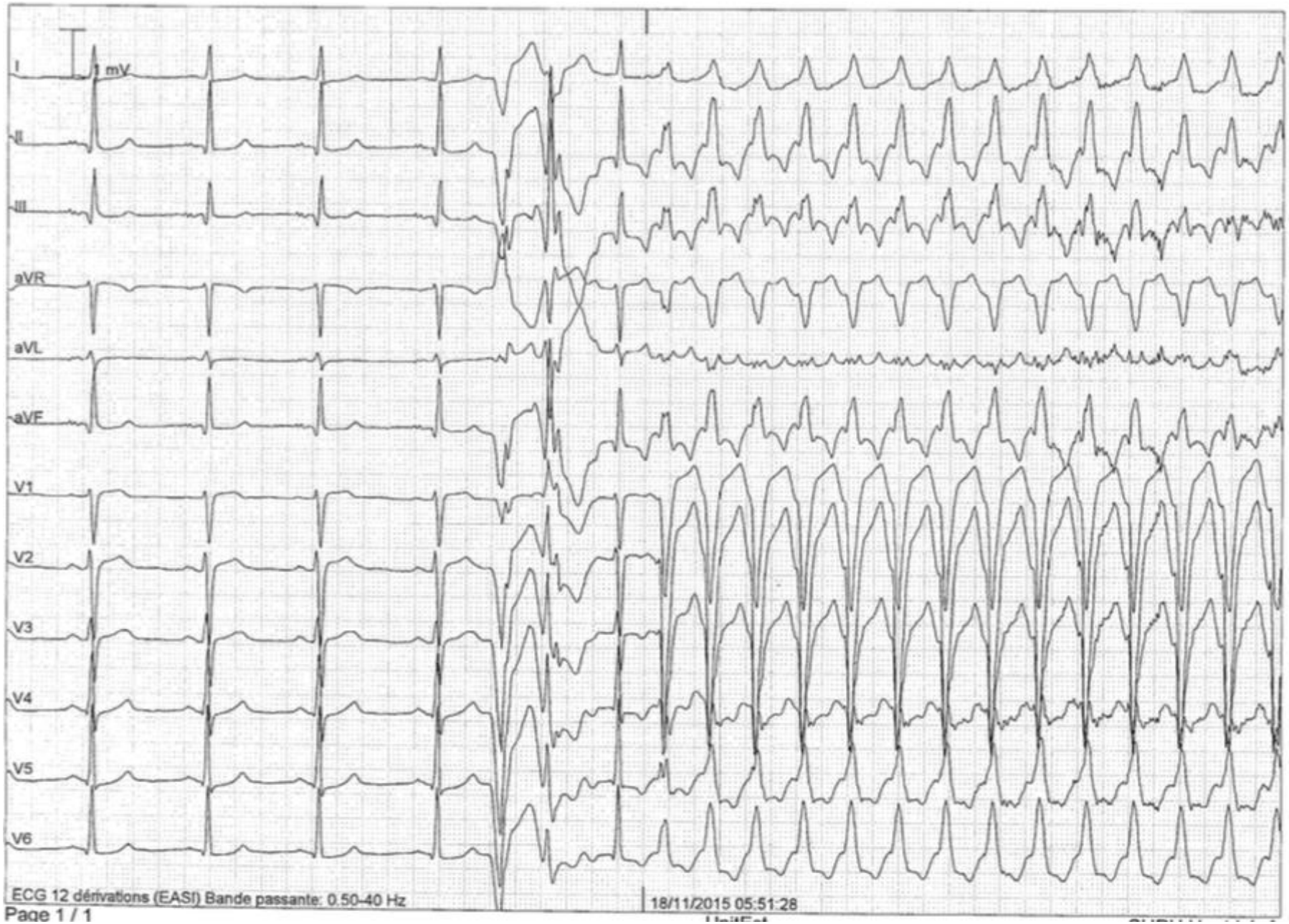




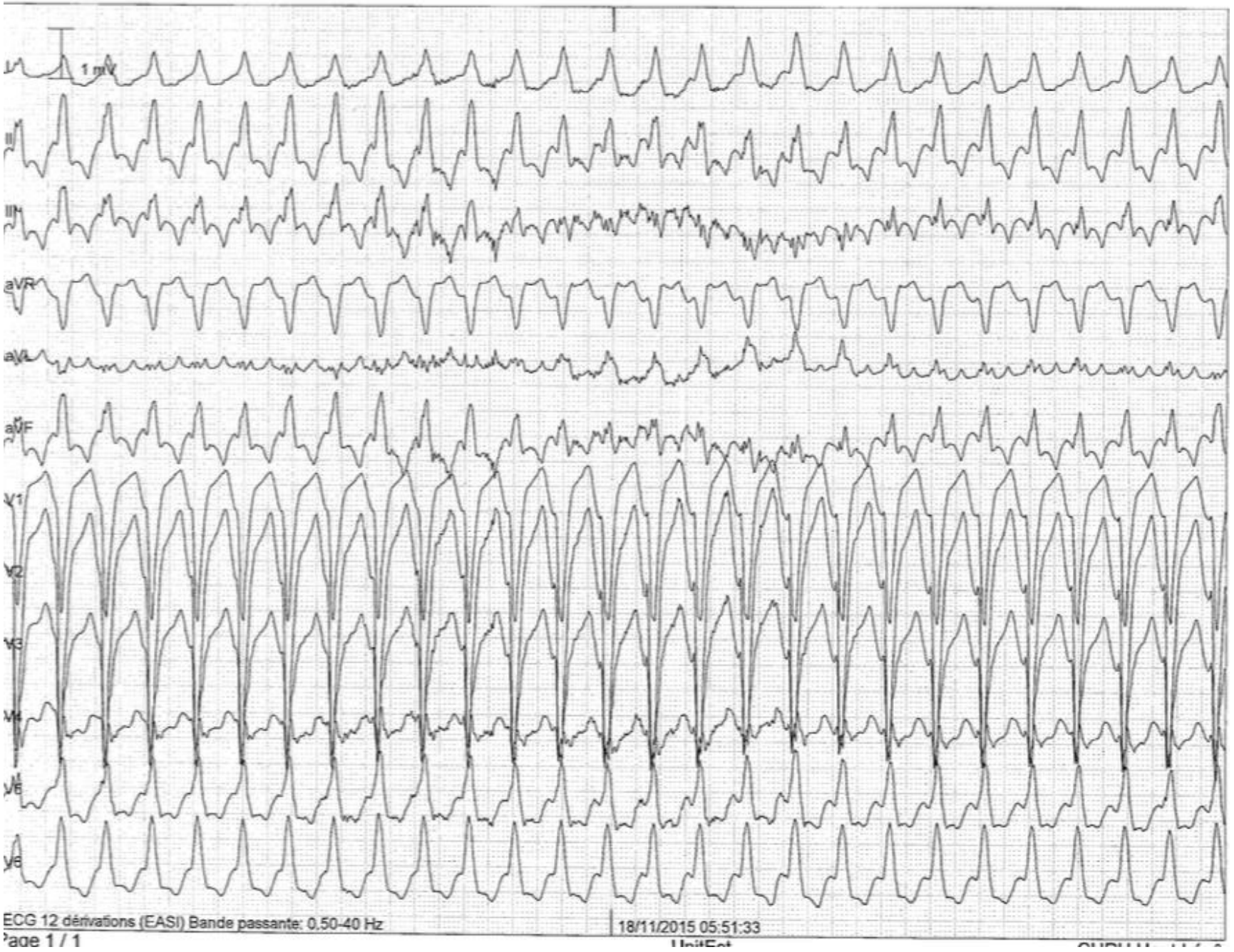
PATIENT #6

- Antécédent d'une crise de palpitation il y a 15 ans, sous ISOPTINE pendant quelques années puis arrêté.
- Crise de palpitation après un effort, quelques minutes avec douleur thoracique, ayant cédé spontanément.
- Bilan biologique normal et ETT : dilatation aorte ascendante 50mm, le reste est normal.
- Télémétrie dans les étages

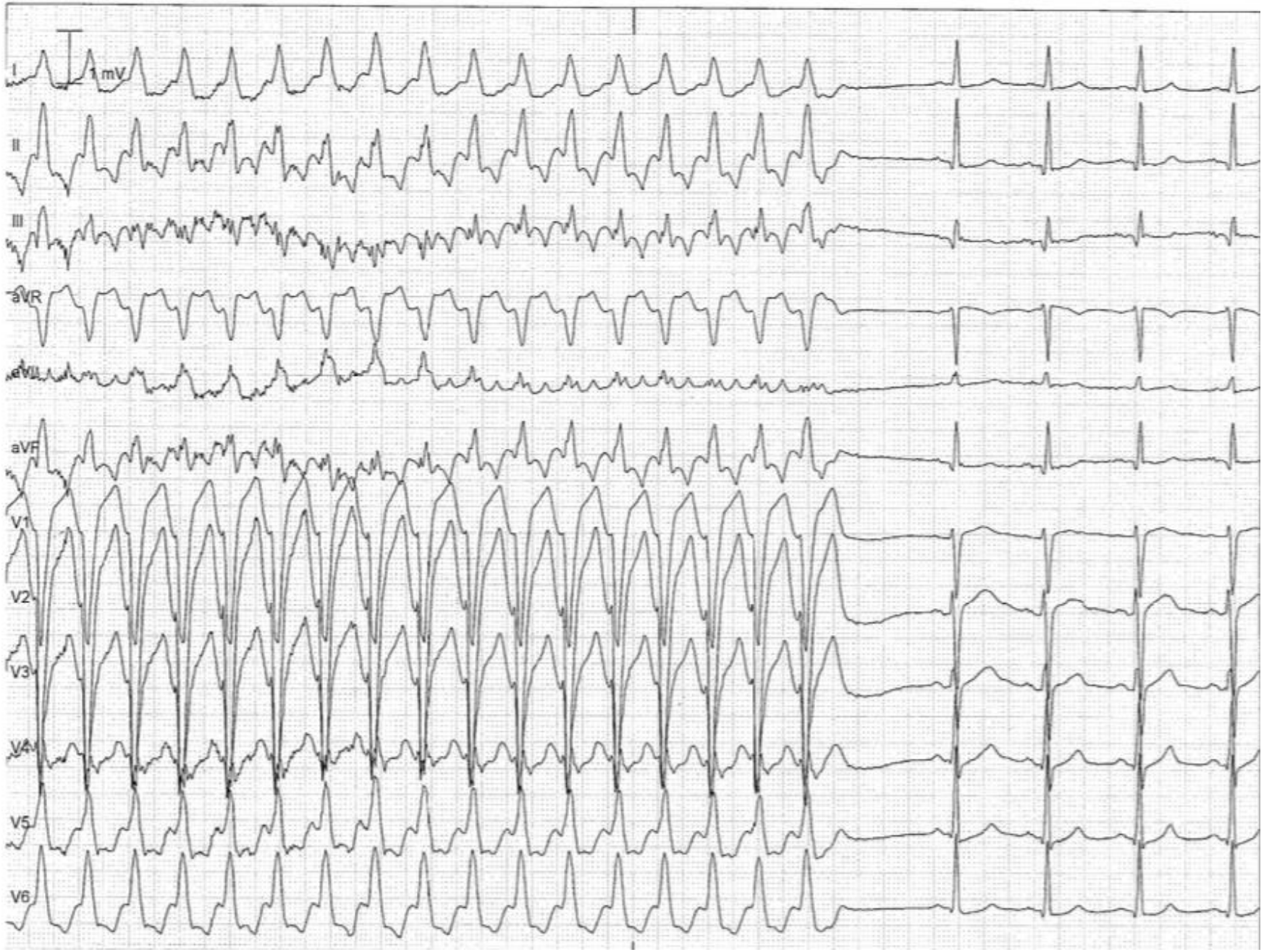
PATIENT #6


I
1 mV
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
ECG 12 dérivations (EASI) Bande passante: 0.50-40 Hz
18/11/2015 05:51:28
Page 1 / 1

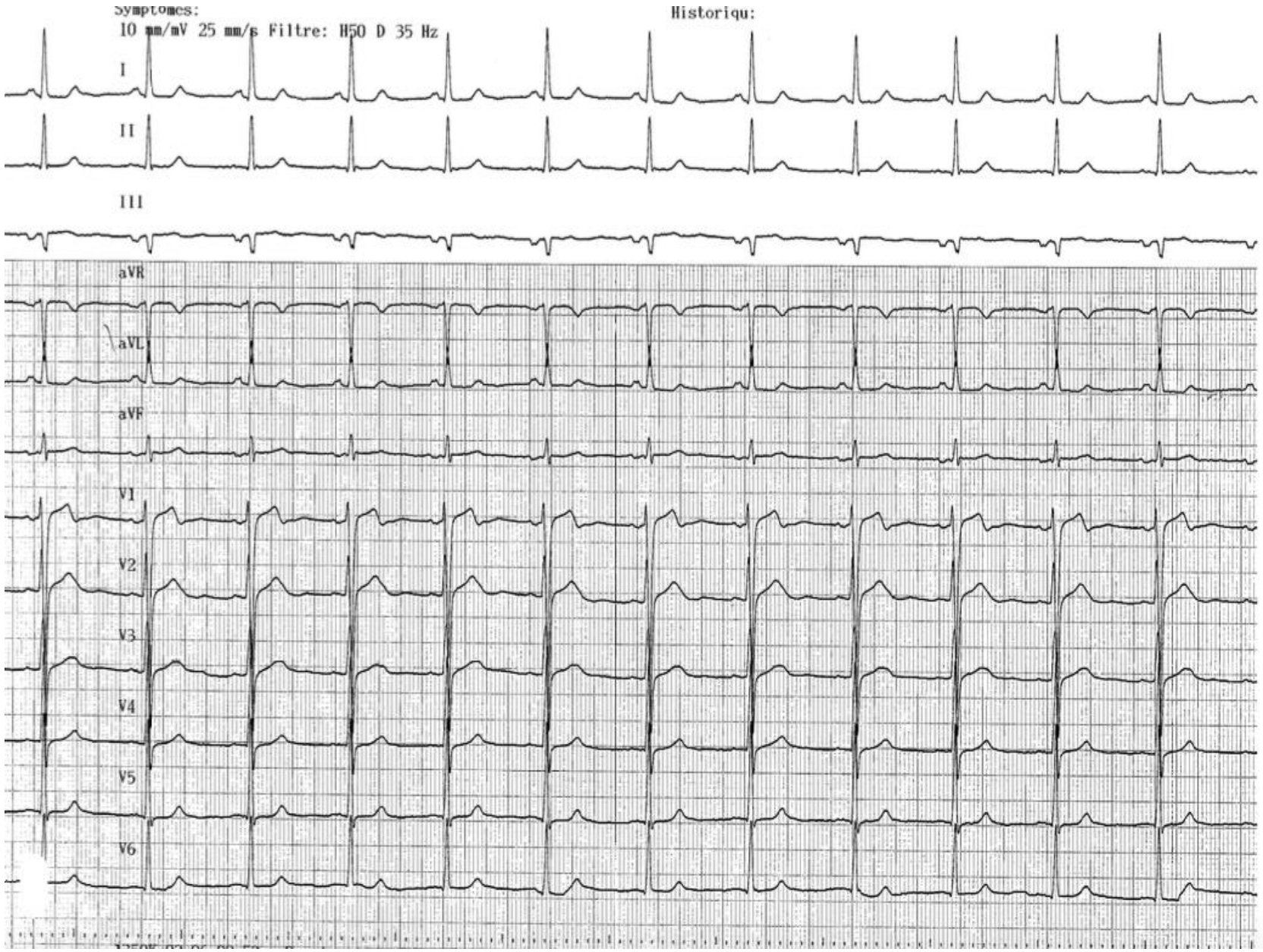
PATIENT #6


1 mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
ECG 12 dérivations (EASI) Bande passante: 0,50-40 Hz
18/11/2015 05:51:33
Page 1 / 1

PATIENT #6 : manœuvres vagales



PATIENT #6 = RIN atypique + BBG fonctionnel



PATIENT #7


250637 03
81 /min
160/90 mmHg
REPOS
#1
00:21
VELO HOMME
0 W
0 tpm
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6

PATIENT #7

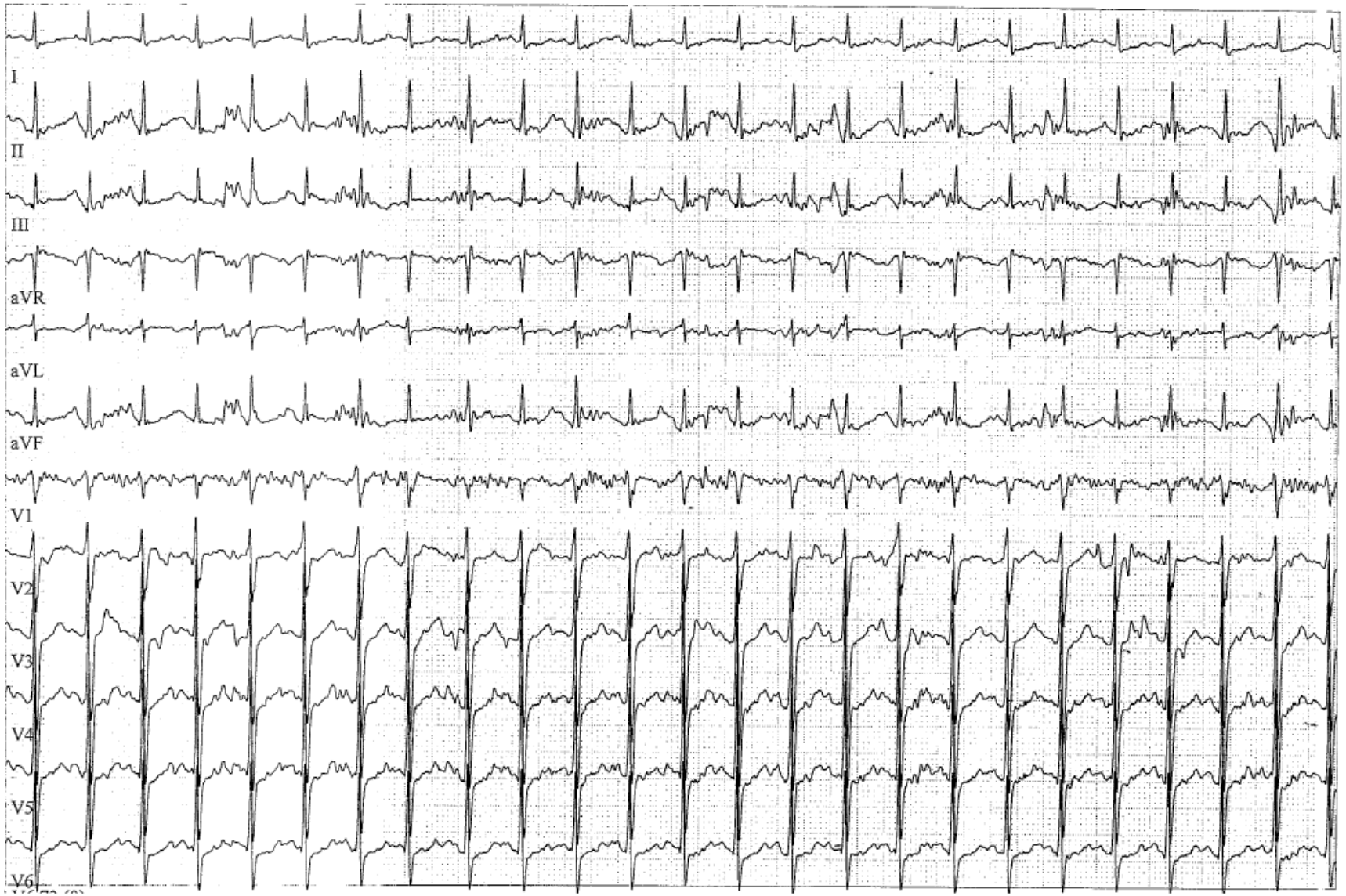
t 250637 03
4

148 /min
220/90 mmHg

EFFORT
PALIER 4
09:18

VELO HOMME
120 W
67 tpm

HOPITAL HAUT-LEVEQUE



PATIENT #7

: 250637 03
4

166 /min
220/90 mmHg

RECUP.
#1
00:13

VELO HOMME
30 W
58 tpm

HOPITAL HAUT-LEVEQUE

PATIENT #7

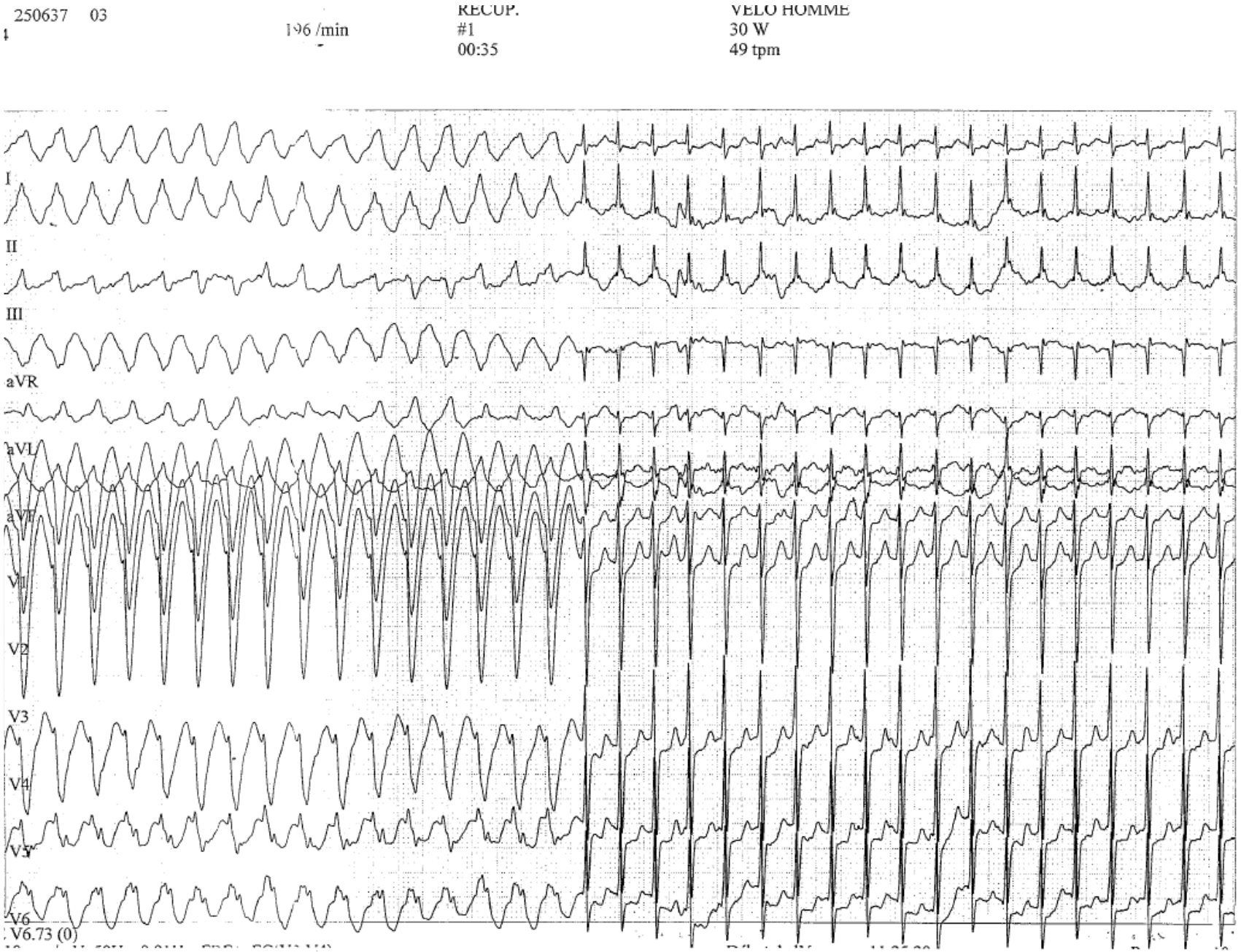
250637 03
4

160 /min

RECUP.
#1
00:27

VELO HOMME
30 W
51 tpm

PATIENT #7


250637 03
196 /min
RECUP.
#1
00:35
VELO HOMME
30 W
49 tpm
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6
V6.73 (0)

PATIENT #7

4 142 /min #4 05:22 0 W 0 tpm

romain.tixier@chu-bordeaux.fr