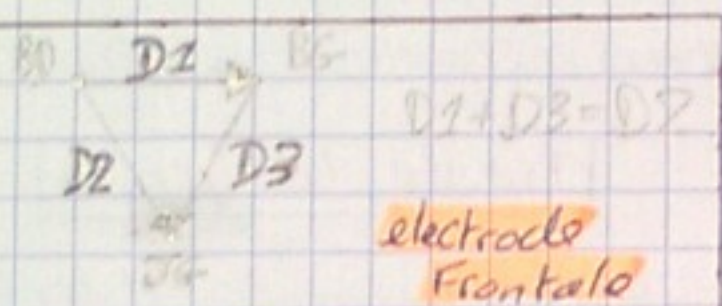


- Tracé électrocardiographique :

- assimilé à un vecteur électrique
- chaque point du tracé = projection de ce vecteur électrique à un instant donné sur l'axe de la dérivation enregistrée.
- ⇒ déflexion négative, positive ou nulle (= isodiphasique)

Frequency $\Rightarrow$ 300/nb de carreaux x de 5 mm entre 2 QRS

Normal = 60 à 100 / min
Tachycardie > 100 / min
Bradycardie < 60 / min



echelle

$\vec{v}$ papier
Amplitude

- $25 \text{ mm/s} \Rightarrow 1 \text{ mm} = 0,04 \text{ s}$
- $1 \text{ cm} = 1 \text{ mV} \Rightarrow 1 \text{ mm} = 0,1 \text{ mV}$

electrode précordiale.

- V1 = 4^e Espace Inter-costal, bord D sternum
- V2 = " " " " , bord o "
- V3 = sur le milieu de la droite V2-V4
- V4 = 5^e Espace I-C, ligne medio-clavic
- V5 = ligne axillaire antérieure, horizon de V4
- V6 = " " moyenne, " " "
- V7 = " " postérieure
- V8 = pointe de l'omoplate
- V9 = gouttière paravertébrale gauche.

④ VE = gaine xyphoide

- $V3R, V4R \dots$: homologue à droite de $V3, V4 \dots$
 $\hookrightarrow$ activité VD + f

electrocardiogramme normal (✓) cœur normal
// donc mal (✓) et anormal.

Trouble de la conduction

- entraîne généralement une Bradycardie. (FC < 60 /min)
- $\Rightarrow \downarrow Q$ sanguin cerebral $\Rightarrow$ Syncope, hypothermie, asthénie.

BSA = anomalie de la commande $P < R \Rightarrow$ passe $(\neq)$

BAV = " de la conduction $P > R \Rightarrow$ blocage onde P

Trouble Far
sinusate.
QRS Fin

- Bradychardie sinusale $P=R$

- BSA 1er Degré $P=R$ (non visible sur l'ECG)

2^e Degré P < R Type I : allongement (P-P) puis pause
Type II : pause inopine sans ralentissement préalable

3^e Degré P < R : blocage complet, pas d'onde P
rythme d'échappement + + → QRS régulier
m symptôme que la bradycardie

paroxystique
= pause + QRS réguliers

paroxystique 2
= PQRST + QRS réguliers

BAV

2 localisations : Supra-hissien et hissien

BAV 1^{er} Degré $P=R$ allongement $(P-R)$ constant

2° Degré P > R : Type I : allongement (P-R) puis blocage onde P
Type II : blocage onde P sans ralentissement préalable.

3° Degré P > R : onde P dissocié des ondes R $\Rightarrow$ rythme d'échappement.
QRS réguliers ($\neq$ BAV II) $\Rightarrow$

paroxystique
= ondes P bloquées + QRS réguliers

Trouble
conduit
intra-ventr
QRS large
> 120ms

- Bloc de branche (BB), Hémibloc (HB), Bloc parietaux
- **BBD**: aspect en "M" en V1 (RSR')
onde T négative en V1, V2, V3 (anomalie repo) ⊕ ss décalage (ST)
- **BBG**: aspect en "oreille de lapin" en V5, V6
aspect QS en V1
onde T négative en V5, V6, D1 et aVL ⊕ ss décalage (S-T)
plus d'onde q en V5, V6, D1 et aVL
⇒ Diagnostic IDM impossible sauf si SIGNE de CABRERA présent
IDM ant. ancien. ↑ crachotage onde S

QRS fin ou
peu élargi

- **HBAG**: déviation axiale G importante; entre -30° et 90°
repolarisation normale seule en D1 et aVL.
- **HBPG**: déviation axiale D: > 120°
- **BB Fasciculaire**: BBD + HBAG (++) ⇒ présence d'un BBD en V1 + déviation axiale

Trouble du rythme

- entraîne des Bradycardies, des Tachycardies et des Arythmies

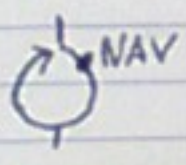
Extrasystole

- **ESA**: onde P de morpho ⊕ et prématurée, suivi d'un QRS ou non.
- **ESV**: QRS large et prématurée, non précédé d'une onde P

Tachycardie
atriale
très
emboligènes
(stagnation sang)

- **FA**: activité élect anarchique oreillette ⇒ QRS irrégulier
pas d'onde P ⊕ ligne de base tremble (V1 ++)
- **Flutter Atrial**: circuit de macro-réentrée (via zone conducto Fast & Slow)
QRS régulier ⊕ absence retour à la ligne iso électrique.
↳ onde F en dent de scie
Cadence ventriculaire < Cadence atriale (300/min, 2/1)
- **TAE**: foyer ectopique atrial de T supérieur au nœud sinusal
QRS régulier, retour à la ligne iso électrique.

Tachycardie
jonctionnelle



- dépend de la conduction dans le NAV.
- **par boucle Intranodale**: 2 voies ⊕ ds le NAV: l'un est active, l'autre est bloquée ds 1 sens
onde Pnn visible ⊕ présence ondes P catégorique qui déforment fin de QRS
- **par une voie accessoire**: ⊕ Faisceau de Kent à conducto ultra-rapide
Syndrome de WPW ⇒ PR court ⊕ risque de boucle de conducto
⇒ Risque vital, dégénère rapidement en TV.

Tachycardie
ventriculaire.
manoeuvre
vague négative
⊕ ↑ Supra-ventr avec BB

- **TV monomorphe**: par macroentrées ou focale, soutenu si > 30sec
QRS large et dissocié des ondes P
- **TV polymorphe**: Torsade de pointes. ⇒ Favorisé par les bradycardies
↳ provoque ESV puis torsade
⇒ Risque vital, dégénère rapidement en FV
même si SVT elle arrive que par saccades
- **FV**: oscillation irrégulière et rapide de la ligne de base
⇒ Arrêt car dio respiratoire