



BRADYCARDIE (en réanimation ou au bloc)

CONFIRMER

- baisse rapide de FC ou FC < 45/min
- Noter l'heure:H....min

EVALUER

- Pours, conscience (sauf sédation), PA, SpO₂
- Accès veineux disponible
- Analyse scope ou ECG 12 dérivation

RECHERCHER SIGNES DE GRAVITÉ

bas débit (syncope, choc, chute EtCO₂), ischémie myocardique
Si asystolie: cf. fiche ACR

OUI

NON

- Oxygénothérapie, FiO₂ 1 si patient intubé
- Lever de jambes si syndrome vagal (nausées, malaise, sudation)
- Atropine 0,5 mg IVD à répéter jusqu'à 3 mg maxi
- Remplissage si bradycardie sous rachianesthésie
- Arrêt médicaments bradycardisants (morphiniques ...)

EFFICACE ?

OUI

NON

OUI

RISQUE ASYSTOLIE ?

(ATCD asystolie, BAV 2 Mobitz II, BAV 3, pause ventriculaire > 3s)

NON

APPEL A L'AIDE

STOP Chirurgie si bloc
Chariot d'urgence

SURVEILLANCE SCOPEE

- ISOPRÉNALINE** (ampoule 0,20 mg / 1 mL) : 5 µg/min (ou 5 ampoules / 50 ml de G5% = 20 µg/mL), début 0,5 mL/h, débit IVSE à adapter à la FC cible
- ADRÉNALINE** bolus 5-10 µg par min IV *
- PACING TRANSCUTANÉ**,
 - Intensité stimulation minimale permettant la détection des QRS sur le scope
 - Fréquence : Objectif FC > 60-70 / min
 - Confirmer présence d'un pouls (clinique, courbe SpO₂, ou artère)
 - Traiter la douleur en rapport,
- GLUCAGON** si surdosage B Bloquant : 5-10 mg IVD puis 1-10 mg/h IVSE
- CHLORURE DE Ca 10%** si surdosage en Inhibiteurs calciques: 10 à 20 mL (soit 1 à 2 g) en IVD / 20 minutes (tripler la dose avec gluconate de Ca), puis **INSULINE EUGLYCÉMIQUE** (1 UI/kg puis 0,5 UI/kg/h) +/- **GLUCAGON**.
- Traiter les défaillances associées (neurologiques, respiratoires, hémodynamiques)

*Dilution adrénaline: 1mg / 100mL = 10 µg/mL

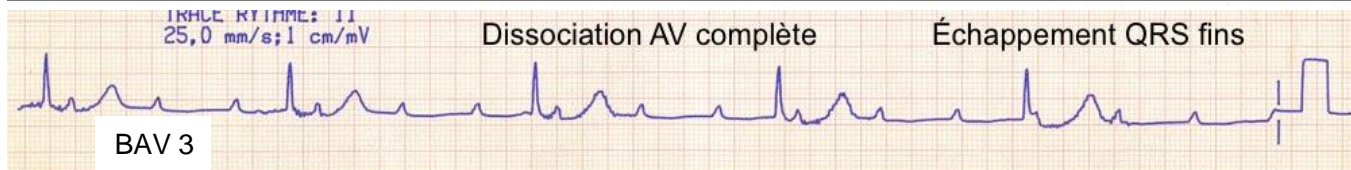
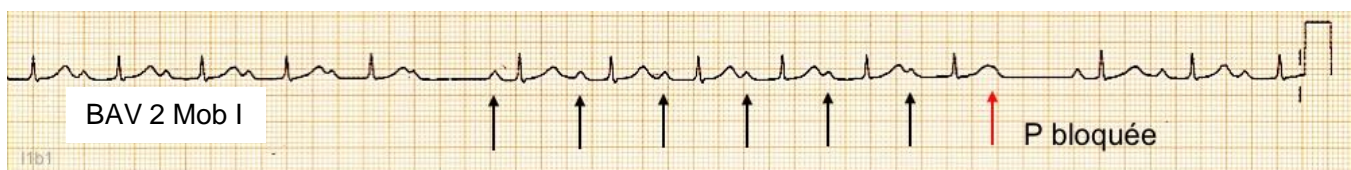
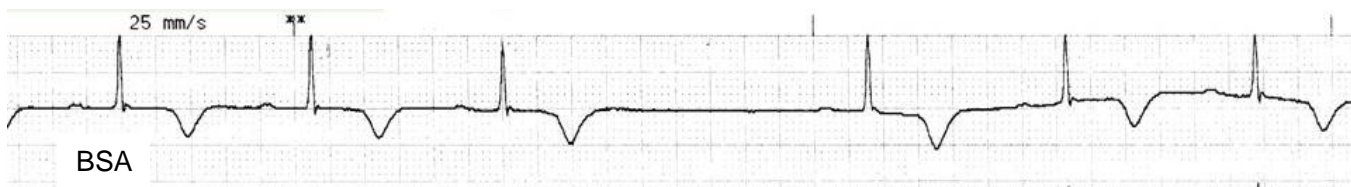
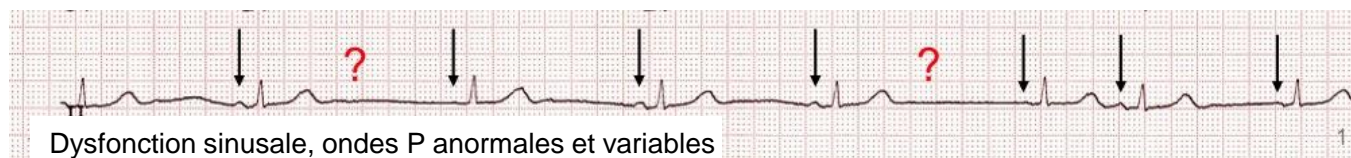
SI INEFFICACE

- SONDE D'ENTRAÎNEMENT ÉLECTROSISTOLIQUE INTERNE**, par voie veineuse centrale
- AVIS EXPERT

RECHERCHER CAUSES avec traitement spécifique

- Métaboliques (hyperK, hypoglycémie)
- SCA (surtout IDM inférieur)
- Intoxication: digitaliques (AcAntiFAB), quinidiniques, stabilisants de membrane, Anesthésiques locaux (cf AC), Glucagon si intoxication aux B bloquants et inhibiteurs calciques,
- Iatrogène: médicaments
- Hypoxémie brutale (cf AC désaturation)
- Hypovolémie extrême
- HTIC / engagement (Mannitol, hyperventilation)
- Bloc sympathique, complication ALR
- Hypothermie
- hypothyroïdie

P= QRS	Pas d'onde P		P plus fréquent que QRS	
Atteinte sinusale	QRS irréguliers	QRS réguliers	BAV 2 Ondes P bloquées	BAV 3 Dissociation P / QRS (RR régulier)
	FA lente	BSA	PR croissant, RR irréguliers: Mobitz I (bloc nodal)	
			PR constant: Mobitz II: bloc infra nodal	



Références:

ERC Guidelines 2015. <http://www.cprguidelines.eu/>. Soar J. et al. Resuscitation 2015;95:100–147.
Mégarbane B. Réanimation 2009;18/428-38.

Réalisée en 2018 par le CAMR. Validée par le comité réanimation

