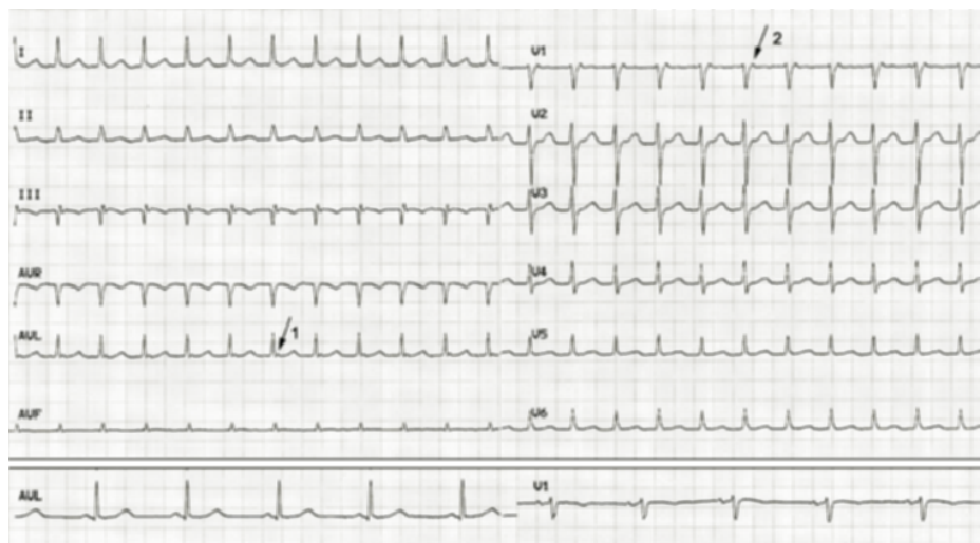


## ECG diagnostique de TRIN, tachycardie par réentrée intranodale

### Diagnostic ECG of AVNRT, atrioventricular nodal reentrant tachycardia

P. Taboulet

Reçu le 18 avril 2013 ; accepté le 22 mai 2013  
© SFMU et Springer-Verlag France 2013



**Fig. 1** Haut : tachycardie par réentrée intranodale (TRIN). Notez l'onde *P* rétrograde qui suit immédiatement les complexes QRS en VL (flèche 1) et V1 (flèche 2). Bas : rythme sinusal. Notez la disparition de l'onde *P* rétrograde

Une femme de 61 ans consulte aux urgences pour palpitations incessantes. Elle a pris auparavant un comprimé de propranolol 40 mg, car elle fait parfois des crises de tachycardie non étiquetée. Les ECG inscrivent une tachycardie, d'abord à 165/min puis à 135/min, à complexes QRS fins et normaux, rebelle aux manœuvres vagales. Les dérives VL et V1 révèlent une déflexion atypique qui suit immédiatement les complexes QRS et suggère une onde *P* rétrograde précoce.

L'administration intraveineuse de diltiazem restaure le rythme sinusal et la déflexion atypique disparaît (Fig. 1), ce qui conforte a posteriori l'hypothèse d'une onde *P* rétro-

grade. Cette onde *P* rétrograde per tachycardie, lorsqu'elle est très précoce (< 70 ms du début du QRS), est la signature d'une activation quasi simultanée des oreillettes et des ventricules, en raison d'une microréentrée en boucle au sein du nœud auriculoventriculaire. On parle alors de « tachycardie réciproque par réentrée intranodale » ou TRIN. Ce mécanisme de microréentrée explique environ 40 % des tachycardies jonctionnelles, une macroréentrée par faisceau accessoire expliquant quasiment toutes les autres.

Cet exemple illustre l'importance des dérives VL et V1 pour classer une tachycardie supraventriculaire.

→ Mais sans onde P!

P. Taboulet (✉)  
Hôpital Saint-Louis,  
Assistance publique-hôpitaux de Paris,  
service des urgences, 1, avenue Claude Vellefaux,  
F-75010, Paris, France  
e-mail : pierre.taboulet@sls.aphp.fr