**Laatste slides atriale problemen Heidbuchel.**

QRS alternans:

Als men dit ziet is het bijna zeker een cirkel tachycardie. Als men naar de P-toppen kijkt, komen duidelijk na het QRS.

Carotismassage!!

Als men iemand ziet met HR

Terwijl men het ECG laat lopen en documenteren wat er gebeurt.   
Soms stopt het ook => hier stopt het ook want het laatste wat men ziet is een P-top dus stopt het in de AV.

Hier QRS tijdens en nadien. Er is een haakje op het ST-segment dus duidelijk na het QRS. Maar dit kan ook bij atypisch AV-nodale.  
Het laatste wat men ziet een P-top => kan het wijzen op iets atriaal? (atriale tachycardie?) => men verwacht dat alles doorgeleid wordt (uitzonderlijk is er toevallig een blok in de AV). Hier is het dus geen atriale tachycardie.

Bij een atriale tachycardie => stopt het meestal met een QRS.

Ectopische atriale tachycardie.

Sinus slag na de tweede slag en nadien een andere P-top en tachycardie.  
Hier stopt het met een QRS en men verwacht dit bij een artiale tachycardie.

Een tweede zaak te achterhalen => waar ontstaat die? Heeft implicaties voor de therapie => rechter veel makkelijker te bereiken. Kijken naar twee afleiding.

V1 => bifasisch of negatief (nooit positief). (Hier duidelijk positief => linker atriale tachtcardie).  
aVL => men verwacht hier een negatieve. Hier is het positief dus conflicting.

Localisatie:  
=> recht bovenste pulmonale vena. Komt vaak voor als oorsprong van VKF en ablatie werk hier heel goed voor.  
  
PJRT => zz! 'Frans Coumel? tachycardie?'

Jongeren rond 25-30j, dikke benen en kort van adem => hartfalen.

V1: negatief, I en aVL positief  
II, III en AVF zwaar negatief => dit komt van laag uit de voorkamers.  
150/min denken aan flutter met 2:1 geleiding maar hier een 1:1 relatie.

Tachcadiomyopathie => in hartfalen omdat zijn ritme snel is. Die heeft het al heel zijn leven maar na verloop van jaren gaat die in hartfalen.

Deze ritmestoornissen zijn niet paroxysmaal => permanent en vindt oorsprong in soort kent bundel dat heel traag terug geleid waardoor RP heel lang is en nadien snelle teruggeleid van voorkamers naar kamer.

Met ablatie restitutio ad integrim binnen de korste tijd.