

Palpitations IC-237

- Connaître la définition des palpitations
 - Connaître les signes de gravité et diagnostics ECG urgents
 - Connaître la notion de parallélisme électro-clinique
 - Connaître les modalités de réalisation des examens complémentaires de la prise en charge initiale
 - Identifier les extrasystoles
 - Identifier la tachycardie sinusale
 - Identifier les tachycardies jonctionnelles
 - Identifier le Wolff Parkinson White
 - Identifier la névrose cardiaque
-

Connaître la définition des palpitations OIC-237-01-A

Les **palpitations** sont un trouble subjectif correspondant à :

- une sensation de **perception anormale de battements cardiaques**, normaux ou anormaux, décrite comme « le cœur se débattant » dans la poitrine ;
- une sensation que le cœur bat trop fort (palpitation hyperkinétique), ou trop vite ou irrégulièrement (palpitation rythmique, **tachycardie**)

Elles peuvent être ressenties en latéro-cervical le long des axes carotides.

Connaître les signes de gravité et diagnostics ECG urgents OIC-237-02-A

Les éléments de gravité sont le **terrain**, la **mauvaise tolérance hémodynamique** et la **tachycardie ventriculaire** que l'on recherchera par:

L'Interrogatoire :

- *Antécédents personnels* :
 - cardiopathie sous-jacente (ischémique, dilatée, hypertrophique, congénitale...),
 - troubles du rythme notamment ventriculaire,
 - stimulateur ou défibrillateur cardiaque
- *antécédents familiaux* :
 - mort subite du nourrisson ou avant 35 ans dans la famille orientant vers des arythmies de cause génétique (arbre généalogique)
- symptômes :
 - lipothymies, syncopes (**Malaise/perte de connaissance**)
 - signes de bas débit (cérébral : confusion, digestif : douleurs abdominales)
 - signes d'insuffisance cardiaque (**dyspnée**)
 - angor (lié à un syndrome coronaire aigu ou fonctionnel) (**Douleur thoracique**)

L'Électrocardiogramme :

- Évoquant une urgence absolue (risque d'arrêt cardio-respiratoire) :
 - toute tachycardie régulière à QRS larges est évocatrice d'une tachycardie ventriculaire jusqu'à la preuve du contraire
 - trouble de la repolarisation évoquant un syndrome coronaire aigu
- Éléments ECG de gravité :
 - tachycardie à QRS fins avec mauvaise tolérance clinique
 - signes de cardiopathie sous-jacente (séquelle, maladie électrique primaire)



Tachycardie régulière (160/min) à QRS larges (aspect de retard droit) avec dissociation ventriculo-atriale * et complexes de capture/fusion #)

Connaître la notion de parallélisme électro-clinique OIC-237-03-A

On distingue deux types d'enregistrement ECG :

- L'ECG **percritique** :
 - C'est à dire concomitant aux palpitations permet d'établir une corrélation électroclinique. C'est le seul moyen d'obtenir un diagnostic de certitude.
 - Du fait du caractère souvent transitoire des **palpitations**, il est rarement obtenu lors de l'admission aux urgences ou à la consultation.
 - S'il n'a pu être obtenu lors de la prise en charge initiale, on réalisera un **Holter ECG** dont la durée d'enregistrement varie de 24 à 96 heures en cas de palpitations fréquentes (>1/semaine) ou un **ECG ambulatoire de longue durée** (7 à 21 jours) en cas de symptômes plus rares.
 - En cas de circonstances déclenchantes identifiées, on réalisera un enregistrement dans les conditions habituelles de survenue des palpitations pour sensibiliser l'examen (ex : épreuve d'effort).
- L'ECG **inter critique** :
 - Réalisé en dehors des palpitations, l'ECG est bien souvent normal.
 - Mais il peut aussi orienter sur le mécanisme des **palpitations** (ex : sus décalage du segment ST, pré-excitation ventriculaire, ...)

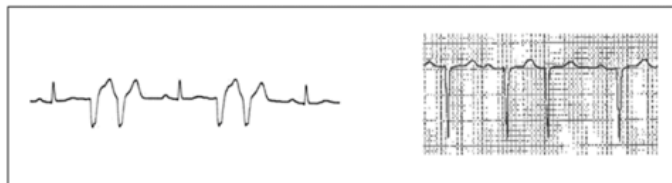
Connaître les modalités de réalisation des examens complémentaires de la prise en charge initiale OIC-237-04-B

- **Biologie de première intention** : NFS, ionogramme, TSH puis orienté selon contexte : B-HCG, D-dimères, troponines...
- **Échocardiographie** : à la recherche d'une cardiopathie sous-jacente
- **Épreuve d'effort** : si survenue à l'effort ou suspicion d'ischémie myocardique
- **Enregistrement ambulatoire de l'ECG** : Le diagnostic repose sur l'obtention d'un tracé électrocardiographique percritique, s'il n'a pu être obtenu lors de la prise en charge initiale, on organisera :
 - **En cas de palpitations fréquentes (>1/semaine)**: Un Holter ECG dont la durée d'enregistrement varie de 24 à 96 heures est indiqué
 - **En cas de palpitations moins fréquentes (<1/semaine)**: Un ECG ambulatoire de longue durée (7 à 21 jours) est utilisé

Identifier les extrasystoles OIC-237-05-A

- Ce sont des **battements prématurés et ectopiques** :
 - en avance sur les battements « normaux » et de morphologie différente car naissant en dehors des voies de conduction normales.
 - souvent suivi d'un repos compensateur

- On distingue les extrasystoles :
 - **atriales** : naissant au niveau des oreilles et ayant un aspect d'**onde P'** de morphologie différente et prématurée par rapport à l'onde P sinusale, suivies d'un QRS identique au QRS de base
 - **ventriculaires** : naissant au niveau des ventricules et ayant un aspect de **QRS large** prématuré et différent du QRS basal sans onde P préalable
 - **jonctionnelles** : plus rares et naissant au niveau des voies de conduction hisiennes, elles prennent souvent l'aspect de QRS identiques et prématurés par rapport au QRS de base sans onde P préalable
- **Caractéristiques des extrasystoles** :
 - fréquence (nb/24h)
 - répétitivité : isolée, doublets, salves
 - couplage court/long/variable (proximité de l'extrasystole par rapport à l'onde T)
 - morphologie : retard droit/gauche, mono/polymorphes
 - déclenchement à l'effort ou au repos
- Souvent observées dans la population générale, elles ne constituent pas un élément pathologique en elles-mêmes, mais peuvent être :
 - **symptomatiques** (sensation d'à-coup, de battement manquant ou d'ébranlement thoracique)
 - **initiatrices d'arythmies** plus graves (extrasystoles atriales et fibrillation atriale ; extrasystoles ventriculaires et tachycardie/fibrillation ventriculaire).
 - **On parle d'extrasystoles ventriculaires malignes si elles sont** :
 - fréquentes
 - polymorphes
 - en salves
 - à couplage court (phénomène R/T)
 - déclenchées à l'effort
 - survenant sur un terrain de cardiopathie
- Parmi les causes générales, on trouve : alcoolisation (**ivresse aigue**); électrocution ; pathologies respiratoires; hyperthyroïdie (**goitre ou nodule thyroïdien**); anomalie électrolytique (**suivi d'un patient en insuffisance rénale chronique, dyskaliémie**); **anxiété**, dépression (**humeur triste/douleur morale**); grossesse ; syndrome d'apnée du sommeil.



A gauche : doublets d'extrasystoles ventriculaires (QRS larges prématurés non précédés d'onde P). A droite : extrasystole atriale isolée (QRS fin prématuré d'une onde P' cachée dans l'onde T du battement précédent)

Identifier la tachycardie sinusale OIC-237-06-A

- La tachycardie sinusale se définit comme une accélération du rythme sinusal normal.
- Elle est le plus souvent **réactionnelle ou adaptative** :
 - contexte physiologique : effort, émotion, stress
 - contexte cardiaque : insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, épanchement péricardique (**dyspnée, douleur thoracique**)

- contexte extracardiaque : fièvre, sepsis (**hyperthermie/ fièvre**); anémie (**méléna/rectorragie, baisse de l'hémoglobine**), hypovolémie (**hémorragie aigue**); hypoxémie (**dyspnée**); hyperthyroïdie (**goitre ou nodule thyroïdien**) ; grossesse ; alcoolisme (**ivresse aigue**); syndrome de sevrage (**gestion du sevrage alcoolique contraint**); médicaments.

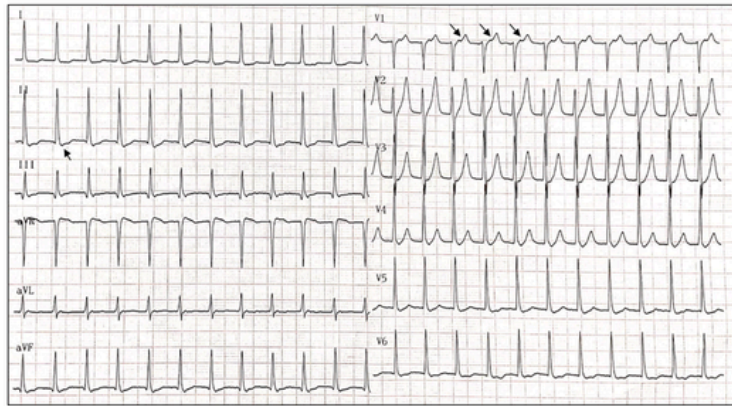
- Exceptionnellement, elle est isolée, on parle de tachycardie sinusale **inappropriée**.



tachycardie sinusale à 115/min avec signes de cœur pulmonaire aigu (bloc de branche droite *, S1Q3 #)

Identifier les tachycardies jonctionnelles OIC-237-07-A

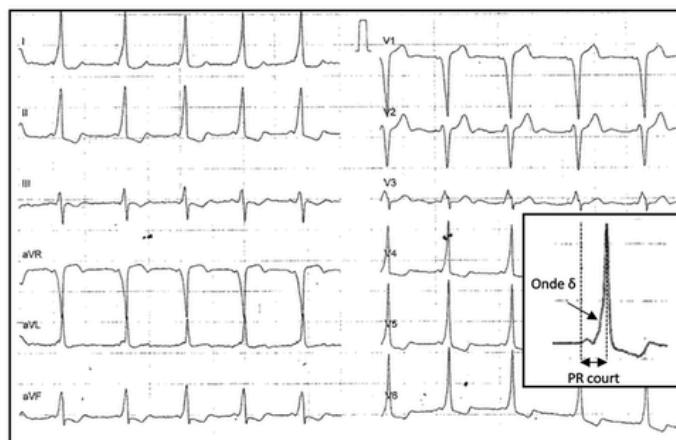
- Les tachycardies jonctionnelles se traduisent sur le plan clinique par des palpitation appelées « *maladie de Bouveret* », elles surviennent classiquement chez le **sujet jeune** (adolescent, adulte jeune) et sur **cœur sain**.
- Elles se manifestent par :
 - des palpitations (avec parfois des battements cervicaux)
 - de **début et fin brutale**
 - de durée variable
 - une sensation de tachycardie **régulière**
 - avec **polyurie post critique**
 - **arrêtées par les manœuvres vagales ou l'injection d'adénosine** ou d'adénosine-5'-triphosphorique
- A l'ECG, on retrouve :
 - en per critique : une **tachycardie régulière, le plus souvent à QRS fins**, avec activité atriale rétrograde (négative dans les dérivations inférieures) parfois invisible ou cachée dans la repolarisation
 - en dehors des palpitations : tracé normal ou révélateur d'une pré excitation ventriculaire (syndrome de Wolff-Parkinson-White)



Tachycardie (150/min), régulière, à QRS fins avec onde P' rétrograde (négative en DII cachée dans la repolarisation 📺)

Identifier le Wolff Parkinson White OIC-237-08-B

- Présence d'une **voie accessoire atrio-ventriculaire** connectant les oreillettes aux ventricules (faisceau de Kent) **responsable de tachycardies jonctionnelles**.
- Manifestations ECG : la pré excitation ventriculaire est évoquée en rythme sinusal devant la triade :
 - **PR court** (<120ms)
 - **QRS larges**
 - Empâtement de la phase initiale du QRS (**onde delta** (δ))



ECG inter critique révélant un intervalle PR court et une onde delta

Identifier la névrose cardiaque OIC-237-09-B

- C'est un **diagnostic d'élimination** reposant sur un **ECG percritique strictement normal**, souvent obtenu grâce au monitoring de longue durée.
- Savoir évoquer le diagnostic quand :
 - les examens cliniques et paracliniques sont tous normaux

- il n'y a pas de pathologie cardiaque et extracardiaque identifiée
- le patient présente des signes de dépression (**humeur triste/douleur morale**) ou d'**anxiété**