

Item235-Palpitations

Objectifs CNCI		
- Chez un sujet se plaignant de palpitations, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié National Cardiologie 2010	- ESA: P prématurée / QRS fin / repos - Flutter: tachycardie régulière à 150/min / QRS fins / toit d'usine (D2) - TJ: QRS fins / 200/min / paroxystique / manoeuvres vagues - Intranodale: P invisibles (≠ Kent) - WPW: PR court / QRS large / delta - ESV: QRS larges / repos / pronostic - TV: QRS larges / réguliers / > 120 - CAT: amiodarone IV puis pose DAI - TDP: QRS larges / polymorphes	- Flutter = anticoagulation - Traitement selon gêne fonctionnelle - TDP: allongement du QT - Tachycardie à QRS larges = TV JPDC

Généralités

Définition

- **Palpitations**: perception par le patient de ses propres battements cardiaques
- Elles sont dites
 - **hyperkinétiques**: si battements ressentis « plus fort » que d'habitude
 - **arythmiques**: si battements ressentis comme surajoutés ou trop rapides

Anti-arythmiques (AA)

- **classe I**: flécaïnide (inhibiteur de canaux sodiques)
- **classe II**: propranolol (béta-bloquants)
- **classe III**: amiodarone (inhibiteur des canaux potassiques)
- **classe IV**: vérapamil (inhibiteur des canaux calciques)

Troubles du rythme supra-ventriculaires

Fibrillation auriculaire (FA)

- cf **Fibrillation atriale**

Extra-systoles auriculaires (ESA)

- **Définition**
 - Dépolarisation au niveau d'un foyer auriculaire ectopique
 - → conduisant un QRS de façon prématurée et aberrante
- **Etiologies**
 - Idiopathique +++
 - Stimulation sympathique: tabac / caféine / stress / cocaïne
 - Coeur pulmonaire aigu ou chronique: EP / BPCO, etc.
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - Pas de cardiopathie sous-jacente le plus souvent
 - Palpitation décrite comme un « raté » ou un « saut »
 - (cf: repos compensateur: diastole ↑ donc VES ↑)

- ECG de repos (5)
 - Onde P prématurée (PP' < PP) / morphologie normale
 - QRS fin (< 80ms; ≠ ESV !) et de morphologie normale
 - « Repos compensateur » après le QRS de l'ESA (P'P > PP)
 - Bi ou trigémisme: 1 ESA tous les 1 ou 2 P normales
 - Double ou triplet: 2 ou 3 ESA à la suite
- **Prise en charge**
 - Si pauci-symptomatique
 - Abstention thérapeutique +++
 - Si symptomatique / handicapant
 - en 1ère intention: AA classe Ic (Flécaïnamide) +/- BB
 - en 2ème intention: AA classe Ia (Sérécór®)

Flutter

- **Définition**
 - Tachycardie supra-ventriculaire (donc à QRS fins)
 - par circuits de macro-réentrée auriculaires (dans OD)
- **Diagnostic**
 - Examen clinique
 - Si paroxystique: déclenchement et fin progressifs
 - Tachycardie **régulière** typiquement à **150/min** (flutter 2/1)
 - ECG de repos
 - Fréquence atriale à 300/min filtrée en 2/1 (ou 3/1, 4/1, etc)
 - Rythme **non sinusal** / QRS fins et **réguliers** (≠ FA +++)
 - Activité atriale typique en « **toits d'usine** » (« ondes f »)
 - QRS négatifs en inférieur: D2-D3-Vf (flutter anti-horaire)
 - **!! Remarque:** ondes de flutter pas forcément partout (D2 ++)
- **Evolution**
 - !! le risque est emboligène (risque identique à une FA +++)
- **Prise en charge = idem FA ++**
 - **Traitement anti-coagulant: HNF puis AVK en urgence devant tout flutter (A savoir !)**
 - **Traitement bradycardisant:** bêta-bloquants (selon FEVG) pour ralentir le flutter
 - **Contrôle du rythme**
 - **Cardioversion:** médicamenteuse ou électrique / après 35 d'AVK
 - **Ablation de flutter +++**
 - **indication:** après anticoagulation efficace +/- ETO / si récurrence ++
 - **modalités:** brûlure de l'isthme cavo-tricuspidé par radiofréquence
 - **au décours:** poursuivre AVK (INR = 2-3) pendant ≥ 1 mois

Tachycardie auriculaire (= tachysystolie auriculaire)

- = tachycardie supra-jonctionnelle par foyers ectopiques intra-auriculaires
- **ECG**
 - **ondes P** monomorphes mais **non sinusales** (foyer ectopique)
 - **QRS** fins et **irréguliers** (espace RR non constant)
- **CAT**
 - anticoagulation / cardioversion / prévention des récurrences par AA Ic

Troubles du rythme jonctionnels

Tachycardie jonctionnelle (Maladie de Bouveret)

- !! Cause la plus fréquente de palpitations chez le sujet jeune sans cardiopathie
- **Physiopathologie**
 - **Tachycardie par réentrée intra-nodale (++)**
 - Coexistence d'une voie rapide et d'une voie lente dans NAV
 - si ESA: descend par voie lente et remonte par voie rapide → TJ
 - **Tachycardie par voie accessoire (syndrome de Wolff-Parkinson-White)**
 - Existence d'un faisceau accessoire: faisceau de Kent
 - Orthodromique: descente par voie lente du NAV / Kent en remontée
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - Terrain: patient jeune / sans cardiopathie sous-jacente
 - Tachycardie **paroxystique:** facteur déclenchant: effort / émotion
 - Diurne / début brutal (ESA) puis tachycardie rapide: FC à 200/min
 - !! Arrêt de la crise par manoeuvres vagales (massage carotidien)

- ECG de repos
 - TJ = tachycardie régulière à QRS fins et fréquence = 150 à 200/min
 - si TJ par réentrée intra-nodale
 - ECG critique = rythme sinusal / onde P invisibles ou terminales du QRS
 - QRS fins (sauf bloc) / tachycardie régulière à 200/min
 - si TJ par voie accessoire: syndrome de Wolff-Parkinson-White
 - ECG hors crise (4)
 - PR court (car descente par faisceau de Kent plus rapide)
 - QRS large (car ventricule dépolarisé séquentiellement)
 - Onde delta (crochetage sur la montée du QRS)
 - Troubles de la repolarisation secondaires (T négatives)
 - ECG critique
 - TJ classique à QRS fins (car remonte par le Kent maintenant)
 - Ondes P visibles dites « rétrogrades »: proches du QRS précédent
- Test à la striadyne
 - Blocage du NAV: donc **arrête** la tachycardie jonctionnelle
 - Remarque: ralentira un flutter / sera sans effet sur une TV
- Complication
 - !! seulement si tachycardie jonctionnelle dans le cadre d'un syndrome de WPW
 - Si survenue d'une FA: conduction par F. de Kent dont la période réfractaire est courte
 - → fréquence ventriculaire parfois à 200-300/min: risque de fibrillation ventriculaire !
- Traitement
 - Si TJ par ré-entrée intranodale
 - Si pas de gêne fonctionnelle: abstention thérapeutique +++
 - Sinon: en 1ère intention BB +/- anxiolytique si contexte de stress
 - Si échec: ablation de la voie lente par radiofréquence (!! risque: BAV3)
 - Si TJ par voie accessoire (WPW)
 - Dépend de la période réfractaire antérograde (PRA) du faisceau de Kent
 - Si PRA < 250ms: risque de mort subite par FV: ablation par radiofréquence

Troubles du rythme ventriculaires

Extra-systoles ventriculaires (ESV)

- Définition
 - Dépolarisation prématurée d'origine ventriculaire
- Etiologies
 - Idiopathique +++
 - Toute cardiopathie évoluée avec dysfonction du VG
 - Métaboliques: dyskaliémie / acidose / hypoxie
- Diagnostic
 - Examen clinique
 - Idem ESA: sensation de « saut » ou de « raté »
 - Pas de retentissement hémodynamique
 - ECG de repos
 - QRS prématuré ($RR' < RR$) et **larges** ($> 100ms$; \neq ESA)
 - Repos compensateur ($R'R > RR$) / mono ou polymorphe
 - Répétition: bi ou trigéminisme / double-triplet (idem ESA)
 - Morphologie du QRS selon origine de l'ESV
 - si aspect de « retard droit » (\sim BBD) = ESV du VG
 - si aspect de « retard gauche » (\sim BBG) = ESV du VD
- Evolution
 - Le risque est la survenue d'une tachycardie ventriculaire (**TV**) sur ESV
 - Facteurs de mauvais pronostic (4) +++
 - Terrain: cardiopathie sous-jacente évoluée
 - ESV polymorphes
 - ESV à point de départ gauche (aspect de retard droit)
 - Couplage court (ESV débutant sur l'onde T précédente)
 - !! facteurs n'ayant aucune valeur pronostique
 - Fréquence des ESV / répétition / bigéminisme
- Traitement
 - ESV bien tolérée / sans facteur de mauvais pronostic
 - Abstention thérapeutique +++
 - ESV mal tolérée / avec facteur de mauvais pronostic

- Anti-arythmiques de classe Ic (Flécaïnide) +/- BB
- Discuter DAI en cas d'ESV « malignes » ou épisode de TV

Tachycardie ventriculaire (TV)

- Définition
 - TV si et seulement si complexes larges; 3QRS réguliers qui se suivent (\neq TDP)
 - **et** FC > 120/min (en deçà: RVA: en post-IDM: cf [Syndromes coronariens aigus](#))
 - !! Toute tachycardie à QRS larges est une TV jusqu'à preuve du contraire (**A savoir !**)
- Etiologies
 - = Toute cardiopathie avec dysfonction VG évoluée
 - Métabolique: dyskaliémie / acidose métabolique / hypoxie
 - Médicamenteux: digitaliques / anti-arythmiques
 - Excitants: café / alcool / drogue / intoxications
- Diagnostic
 - Examen clinique
 - Tachycardie régulière et paroxystique (début et fin brusques)
 - !! Mauvaise tolérance hémodynamique: syncope / angor / choc
 - ECG de repos
 - Tachycardie avec **FC > 120/min** (P souvent invisibles)
 - QRS **réguliers** (≥ 3 de suite) et **larges** (> 120 ms)
 - Origine (ex: retard gauche ~ « BBG » = TV d'origine droite)
 - **Devant une tachycardie à QRS en large, en faveur de la TV:**
 - Dissociation auriculo-ventriculaire (difficile à voir)
 - Complexes de capture (QRS fin sinusal) ou de fusion
 - !! **diagnostic différentiel avec une tachycardie supra-ventriculaire + BB-**
 - **Test à la striadyne:** aucun effet (puisque bloc du NAV seulement)
 - **Enregistrement endo-oesophagien:** montre la dissociation A-V
 - **NPO le diagnostic étiologique**
 - **Coronarographie** systématique en l'absence d'orientation +++
- Complication
 - Mauvaise tolérance hémodynamique: PC / choc cardiogénique
 - Survenue de fibrillation ventriculaire = mort subite
- Traitement
 - En cas de choc: cardioversion par **CEE** en urgence puis amiodarone
 - En l'absence de choc: anti-arythmique (**amiodarone IV**) puis BB si SCA
 - Pose d'un défibrillateur automatique implantable: **DAI** (hors IDM aigu)
 - **Remarque:** si RVA: abstention thérapeutique (bon facteur pronostique)

Torsades de pointes (TDP)

- Définition
 - Tachycardie ventriculaire: QRS larges (> 120ms) et FC > 120/min
 - mais QRS polymorphes: torsion autour de la ligne isoélectrique
- Etiologies
 - Contexte d'**allongement du QT** (**A savoir !**) : $QTc = QTm/\sqrt{RR} > 450ms$
 - **Facteurs favorisant l'allongement du QT**
 - Bradycardie: quelle que soit cause (BAV ++)
 - Hypokaliémie (!! pas l'hypercalcémie qui raccourcit le QT: cf [Hypercalcémie](#))
 - Médicaments: AD tricycliques / NL / quinine / tous les ESM **Éosinophilie**
 - Autres: QT long congénital (rare)
- Diagnostic
 - Examen clinique
 - Tachycardie > 120/min mal tolérée (idem FV)
 - → syncope / instabilité hémodynamique
 - ECG de repos
 - Idem TV: QRS large / FC > 120/min
 - mais **QRS polymorphes:** torsion d'axe
- Complication
 - Passage en fibrillation ventriculaire et mort subite +++
- Traitement
 - Hospitalisation en USIC / en urgence / scope ECG
 - **Prévention du BAV3 / bradycardie**
 - **Isoprénaline** (agoniste β Ad, Isuprel®) (cf « bradycardie-dépendant »)
 - Pose d'une sonde d'entraînement électrosystolique (**SEES**) en « sentinelle »
 - **Correction des facteurs favorisants +++**
 - Arrêt des médicaments potentiellement responsables (**A savoir !**)

- Iono +/- supplémentation potassique si hypokaliémie
- Sulfate de **Magnésium** (hypomagnésémie aggravant)
- !! **NPO bilan puis traitement étiologique**
 - ECG-tropo +/- coronarographie si SCA, etc.
 - Choc électrique externe en urgence si FV +++

Fibrillation ventriculaire

- ECG = activité rapide et anarchique à QRS larges polymorphes
- Diminution progressive de l'amplitude des potentiels électriques
- → FV à grandes mailles puis FV à petites mailles puis asystolie
- **CAT** = prise en charge d'un arrêt cardiaque sur FV: cf [Arrêt cardio-circulatoire](#).
- **Remarque:** FV post-TDM: pas d'amiodarone (car allonge le QT !)

Remarque sur les tachycardies

Effet des manoeuvres vagales et test à la stryadine

- = inhibent la conduction au niveau du NAV donc
- **En cas de tachycardie régulière à QRS fins**
 - réduiront une tachycardie jonctionnelle
 - ralentiront un flutter ou une tachysystolie
- **En cas de tachycardie régulière à QRS larges**
 - seront sans effet sur une tachycardie ventriculaire
 - découvriront les P si tachycardie supra-ventriculaire + BB

Synthèse pour questions fermées

5 critères qui confortent le diagnostic de tachycardie ventriculaire devant une tachycardie à QRS larges ?

- Cardiopathie sous jacente
 - Concordance positive ou négative: QRS entièrement positif (R) ou entièrement négatif (QS) de V1 à V6
 - Déviation axiale extrême en aVR
 - Complexes de capture ou de fusion
 - Dissociation ventriculo-atriale (NPC avec dissociation atrio-ventriculaire des BAV3)
- (Polycopié National Cardiologie)