

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ESA: P prématurée / QRS fin / repos</li> <li>- Flutter: tachycardie régulière à 150/min / QRS fins / toit d'usine (D2)</li> <li>- TJ: QRS fins / 200/min / paroxystique / manoeuvres vagues</li> <li>- Intranodale: P invisibles (≠ Kent)</li> <li>- WPW: PR court / QRS large / delta</li> <li>- ESV: QRS larges / repos / pronostic</li> <li>- TV: QRS larges / réguliers / &gt; 120</li> <li>- CAT: amiodarone IV puis pose DAI</li> <li>- TDP: QRS larges / polymorphes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flutter = anticoagulation</li> <li>- Traitement selon gêne fonctionnelle</li> <li>- TDP: allongement du QT</li> <li>- Tachycardie à QRS larges = TV JPDC</li> </ul>

### 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 ↑)

Avertissement : L'usage de cette fiche est strictement personnel. Toute diffusion est donc interdite, sur support papier ou électronique. En cas de manquement, prepECN se réserve le droit d'annuler votre abonnement sans compensation et d'engager des poursuites conformément aux articles L-429-4 et 313-5 du Code de la Propriété Intellectuelle



- 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 » (~ BBD) = ESV du VG
      - si aspect de « retard gauche » (~ 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** ( $\geq 3$  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  $\beta$ 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)