*Question mise à jour le 11 février 2005*

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

# La Collection Hippocrate

## *Épreuves Classantes Nationales*

# CARDIOLOGIE

# Palpitations

**III-325**

Dr Alain COMBES
Praticien Hospitalier Universitaire

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

**Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate**

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

# Palpitations

**Objectifs :**

**– Chez un sujet se plaignant de palpitations, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

- L'interrogatoire est le temps essentiel de l'examen, il permet d'orienter le diagnostic étiologique en faisant préciser les antécédents, les circonstances déclenchantes, les caractéristiques, les signes associés notamment de mauvaise tolérance.
- Les causes les plus fréquentes sont les troubles du rythme supraventriculaire, en particulier les tachycardies jonctionnelles et l'AC/FA.

## ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

### A/ Interrogatoire

#### 1. Antécédents

- Antécédents de troubles du rythme paroxystique (auriculaires ou ventriculaires), d'infarctus du myocarde, de valvulopathie, d'insuffisance cardiaque. Recherche aussi d'antécédents endocrinologiques (hyperthyroïdie, diabète).

#### 2. Recherche d'un facteur déclenchant

- Effort (arythmie sympathique, cardiopathie sous-jacente), émotion, douleur angineuse ayant précédée les palpitations…

#### 3. Recherche de facteurs favorisants

- Prise de médicaments proarythmogènes (antidépresseurs tri- ou tétracycliques, diurétiques (par l'hypokaliémie qu'ils induisent), les antiarythmiques…).

#### 4. Caractéristiques

- Régulières ou irrégulières, des palpitations irrégulières évoquant fortement une arythmie complète par fibrillation auriculaire.

#### 5. Arrêt de la crise

- Caractère spontané ou provoqué. L'arrêt d'une crise provoquée par des manœuvres vagales évoque une tachycardie jonctionnelle ou une tachycardie liée à un faisceau accessoire.

#### 6. Durée et fréquence des crises

- Elles conditionnent l'attitude thérapeutique ; des crises brèves et peu fréquentes, bien tolérées, lorsqu'il s'agit d'une tachycardie jonctionnelle, ne nécessitent pas en général un traitement médicamenteux. À l'inverse, des crises fréquentes, prolongées et mal tolérées nécessitent un traitement.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

### 7. Signes associés et tolérance

- Recherche de signes de mauvaise tolérance : douleur angineuse chez un sujet coronarien, lipothymie ou perte de connaissance. Une crise polyurique postcritique oriente fortement vers une AC/FA.

## B/ Examen clinique

- Souvent peu contributif, on recherche un souffle cardiaque (pathologie mitrale évoquant plutôt des troubles du rythme supraventriculaires à type d'AC/FA), des signes d'insuffisance cardiaque, des localisations athéromateuses (orientant vers une pathologie coronarienne sous-jacente).

## C/ Examens complémentaires

### 1. ECG

- Il est le plus souvent normal en dehors des épisodes, il faut rechercher un hyperexcitabilité supraventriculaire orientant vers une arythmie complète par fibrillation auriculaire, une hyperexcitabilité ventriculaire orientant vers un trouble du rythme ventriculaire (TV), un syndrome de préexcitation signant un syndrome de Wolff-Parkinson-White, des arguments en faveurs d'une pathologie sous-jacente (séquelle d'infarctus, hypertrophie ventriculaire).
- Effectué lors d'un épisode, il permet de porter le diagnostic étiologique.

### 2. Échographie cardiaque

- Elle permet de rechercher une pathologie sous-jacente.

### 3. Holter ECG sur 24 heures

- Il ne permet pas toujours de porter un diagnostic. Lorsqu'il enregistre l'épisode, il permet habituellement de faire le diagnostic étiologique. Négatif, il doit être répété.

### 4. NFS

- Recherche d'une anémie, facteur favorisant de certains troubles du rythme ou diagnostic différentiel (tachycardie sinusale).

### 5. Ionogramme plasmatique à la recherche d'une hypo- ou d'une hyperkaliémie.

### 6. Calcémie

- Certains troubles du rythme supraventriculaires peuvent être déclenchés par une dyskaliémie.

### 7. Bilan thyroïdien à la recherche d'une hyperthyroïdie.

### 8. Autres

- Guidés en fonction de l'orientation diagnostique et des résultats du premier bilan. Enregistrement endocavitaire en cas de syndrome de Wolff-Parkinson-White, stimulation ventriculaire programmée en cas de trouble du rythme ventriculaire.

## C/ Causes

### 1. Troubles du rythme auriculaire

*a) Extrasystoles auriculaires*

– Les extrasystoles auriculaires sont des complexes ectopiques prématurés qui naissent à l'étage auriculaire. Le plus souvent symptomatiques, elles peuvent néanmoins déclencher des palpitations lorsqu'elles sont nombreuses. Le diagnostic est effectué par l'ECG de surface ou l'enregistrement Holter ECG, après avoir éliminé les autres causes de palpitations.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

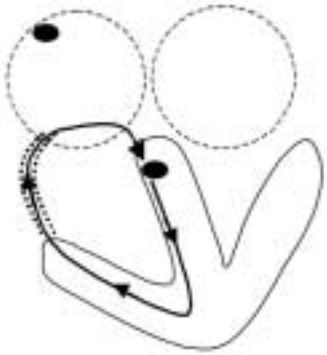


***Fig. 1 a :*** *Tachycardie réciproque orthodromique : l'influx emprunte les voies normales de conduction et remonte par le faisceau de Kent, réalisant une macro-réentrée. Le QRS est fin car il emprunte les voies normales de conduction.*

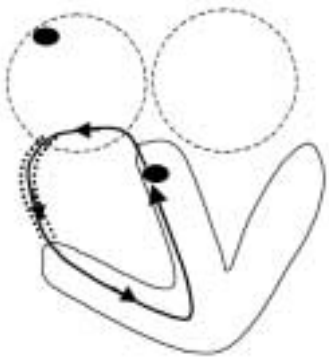


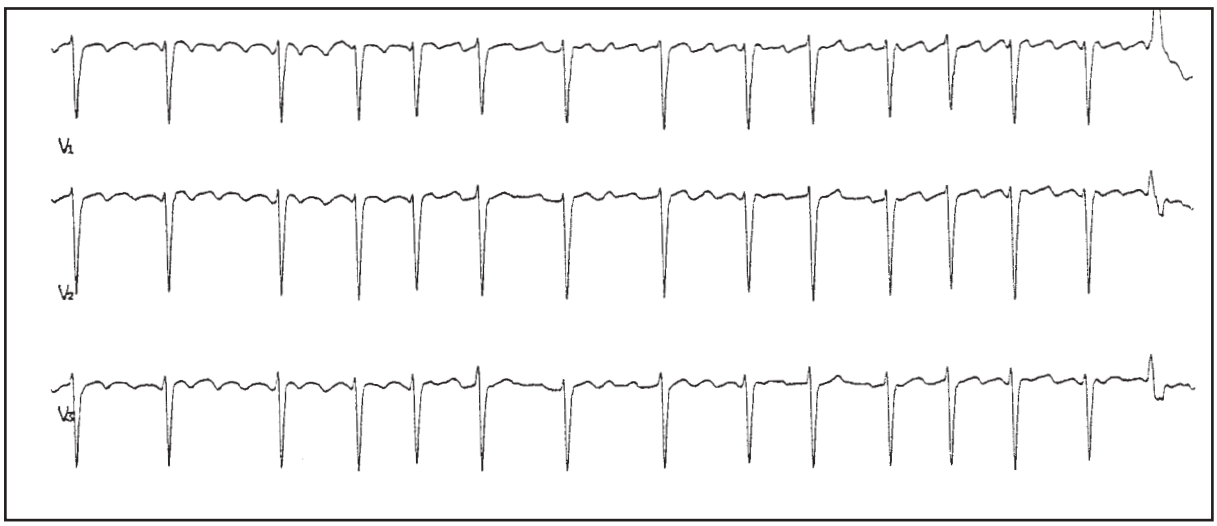
***Fig. 1 b :*** *Tachycardie réciproque antidromique : l'influx emprunte le faisceau de Kent par voie antérograde et remonte par les voies normales de conduction, réalisant une macro-réentrée. Le QRS est large car il est déformé par le passage dans le myocarde ventriculaire.*

***b) Arythmie complète par fibrillation auriculaire (AC/FA) paroxystique***

- Pathologie la plus fréquente qui peut être déclenchée par l'effort, une émotion… Cliniquement, la crise a un début et une fin brutale, les palpitations sont irrégulières (*cf.* « ECG n° 1 »). Typiquement, la crise finie par une crise polyurique liée à la sécrétion par l'oreillette du facteur atrial natriurétique. Il faut rechercher une cardiopathie sous-jacente, une dysthyroïdie clinique et/ou biologique.
- Lorsque le diagnostic est établi, le traitement préventif dépend de l'existence ou non d'une cardiopathie sous-jacente.
- En l'absence de cardiopathie sous-jacente, le traitement initial associe un anti-arythmique de classe I (quinidinique type Serecor ou Longacor ou classe Ic ; Flécaïne, Cipralan ou Rythmol) et un antiagrégeant plaquettaire. L'emploi d'un anticoagulant n'est pas justifié si les crises sont peu nombreuses et courtes. En revanche, si les crises sont nombreuses, prolongées, ou résistent au traitement antiarythmique, l'utilisation des anticoagulants (type AVK) est justifiée.
- En présence d'une cardiopathie sous-jacente, l'anticoagulation au long cours par AVK est indispensable. Le traitement antiarythmique de première intention reste les antiarythmiques de classe I. En cas d'échec, on utilisera la Cordarone.

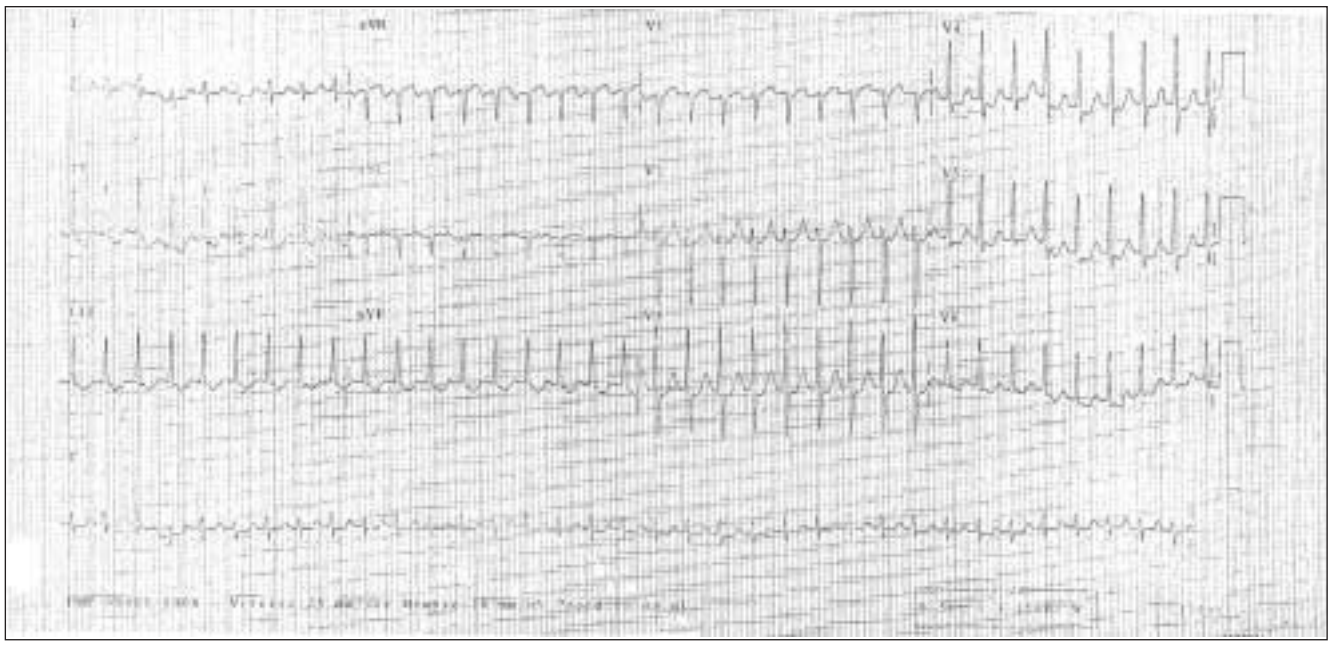
***c) Autres troubles du rythme auriculaires : flutter, tachysystolie auriculaire***

- Les palpitations sont régulières, à la différence de l'AC/FA. Le diagnostic est porté sur l'ECG ou le Holter lorsque celui-ci enregistre un épisode (*cf.* « Électrocardiogramme »). Le traitement est le même que l'AC/FA.




***ECG n° 1 :*** *AC/FA.*

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



***ECG n° 2 :*** *Tachycardie jonctionnelle.*

## 2. Tachycardie jonctionnelle

- Liée à une réentrée intranodale, s'observe plus fréquemment chez l'adulte jeune sans cardiopathie sous-jacente. Il s'agit d'une tachycardie régulière, rapide, entre 150 et 200 par minute (*cf.* « ECG n° 2 »). Du fait de la fréquence ventriculaire rapide elle peut s'accompagner de syncope, de lipothymies.
- Le diagnostic est posé par l'enregistrement ECG d'une crise.
- Traitement de la crise
  - Les manœuvres vagales permettent une réduction de la tachycardie dans la majorité des cas.
  - En cas d'échec, la Striadyne ou un antiarythmique de classe IV (Isoptine ou Tildiem) peuvent permettre de réduire la crise.
  - Traitement d'entretien : si les crises sont nombreuses, mal tolérées, le traitement d'entretien fait appel aux antiarythmiques de classe II (bêta-bloquants) ou de classe IV (Isoptine ou Tildiem). Si les crises sont peu fréquentes, bien tolérées et arrêtées par les manœuvres vagales (ou cèdent spontanément), on peut proposer une abstention thérapeutique.
  - En cas de crises résistantes au traitement médical, on peut proposer une fulguration (ablation par radiofréquence) de la voie intranodale qui favorise les crises de tachycardie.
  - Il n'y a jamais lieu de proposer un traitement anticoagulant devant une tachycardie jonctionnelle, hormis en cas d'indication du traitement anticoagulant.

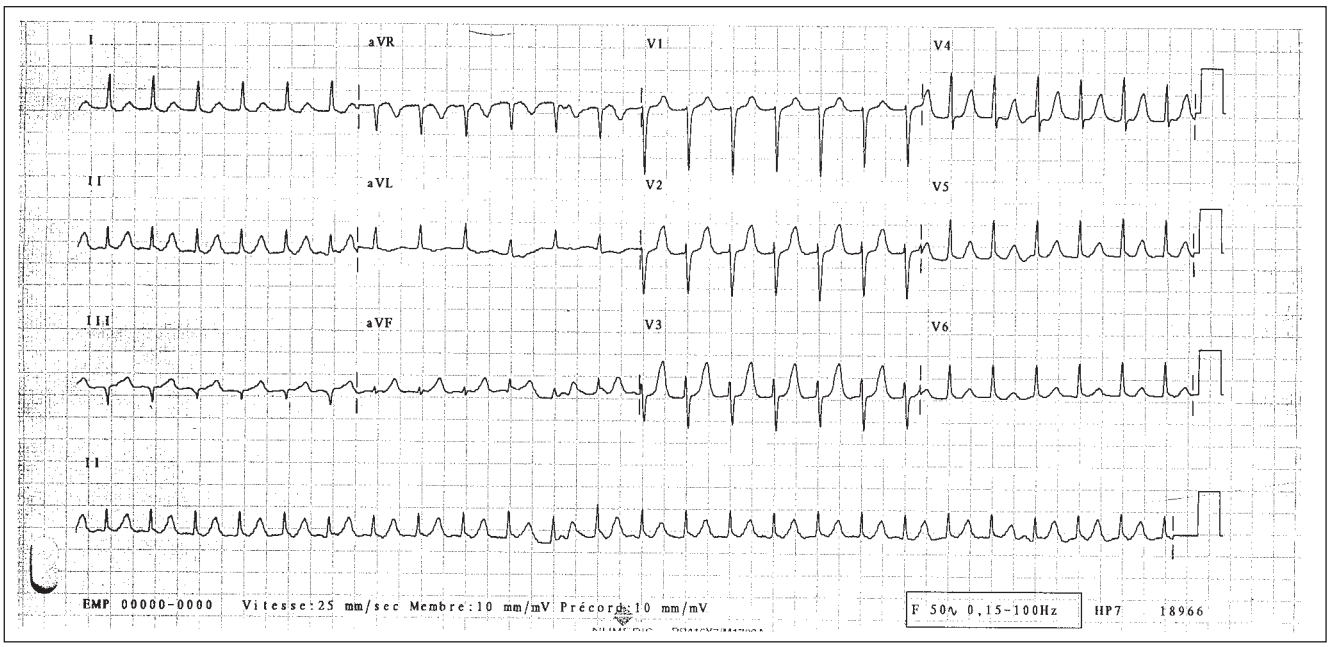
## 3. Troubles du rythme liés à un syndrome de Wolff-Parkinson-White

- Le syndrome de WPW est lié à un l'existence d'un faisceau accessoire qui court-circuite le nœud auriculo-ventriculaire. Les troubles du rythme sont liés à un phénomène de réentrée entre le faisceau de Kent et les voies normales de conduction (cf. figure 1).
- On distingue plusieurs causes de palpitations :

### *a) Tachycardie réciproque orthodromique*

- Dans ce type de crise, l'influx descend par les voies de conduction normales et remonte par le faisceau de Kent (*cf.* figure 1a). L'influx empruntant les voies de conduction normales, dans ce type de tachycardie le QRS est fin, il n'y a pas d'onde P (cf. « ECG n° 3 »).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier




***ECG n° 3 :*** *Tachycardie réciproque orthodromique dans le cadre d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White.*

### *b) Tachycardie réciproque antidromique*

– L'influx descend par le Kent et remonte par les voies de conduction normales (*cf.* figure 1b). L'influx passant par le myocarde ventriculaire, le QRS est large, sans onde P visible.

### *c) AC/FA*

– L'AC/FA est plus fréquente chez les sujets ayant un faisceau de Kent que dans la population générale, sans qu'il y ait d'explication claire. Lorsque le faisceau de Kent est très perméable, la réponse ventriculaire n'est plus filtrée par le nœud auriculo-ventriculaire et peut dégénérer en fibrillation ventriculaire.

### *d) Traitement*

– En dehors de l'AC/FA, les crises de tachycardie peuvent être stoppées par les manœuvres vagales. En cas d'échec, la Striadyne permet dans la majorité l'arrêt de la crise. D'autres médicaments peuvent être utilisés, tels que l'Isoptine IV, le Tildiem IV, les bêta-bloquants injectables, les antiarythmiques de classe Ic (Flécaïne, Rythmol).
– Le traitement de fond se discute en fonction de la fréquence et de l'intensité des crises ; si les crises sont peu fréquentes, brèves, et réduites par manœuvres vagales, on peut discuter l'abstention thérapeutique ; alors que si les crises sont fréquentes, prolongées, mal tolérées, on peu proposer soit un traitement médicamenteux (classe Ic type Flécaïne ou Rythmol, Cordarone ou bêtabloquants), soit une ablation endocavitaire du faisceau de Kent.
– En cas d'AC/FA sur un faisceau de Kent, celle-ci est en général mal tolérée en raison de la réponse ventriculaire rapide. En urgence, le traitement d'une AC/FA sur faisceau de Kent est le choc électrique externe, puis un traitement antiarythmique par Cordarone. L'ablation endocavitaire du faisceau de Kent est généralement nécessaire car le risque de récidive est élevé.
– L'emploi des digitaliques est contre-indiqué au long cours en cas de faisceau de Kent, car ils déprime la conduction auriculo-ventriculaire et favorisent la conduction antérograde par le Kent, potentiellement létale en cas d'AC/FA.

## 4. Troubles du rythme ventriculaires

### *a) Extrasystoles ventriculaires (ESV)*

– Comme les extrasystoles auriculaires, les ESV sont le plus souvent asymptomatiques, cepen-

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

dant si elles sont nombreuses elles peuvent donner des sensations de palpitation. Là encore, le diagnostic est posé sur l'ECG de surface ou sur le Holter ECG, après avoir éliminé les autres causes.

*b) Tachycardie ventriculaire*

– Les torsades de pointe ne donnent typiquement pas de palpitations mais plutôt un tableau de syncope d'Adams-Stokes (perte de connaissance à l'emporte-pièce).
– Les tachycardies ventriculaires sont souvent mal tolérées ; cependant elles peuvent être aussi strictement asymptomatiques. Les symptômes peuvent aller de la simple asthénie jusqu'au choc cardiogénique en passant par les palpitations, l'angor fonctionnel ou organique.
– Les causes les plus fréquentes de TV sont :
  * cardiopathie ischémique ;
  * les myocardiopathies (hypertrophiques, obstructives, dilatées, de surcharge, etc.) ;
  * la dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) (qui donne un aspect de TV monomorphe à type de retard gauche) ;
  * les TV iatrogènes (médicaments antiarythmiques).
  * les TV déclenchées par la présence d'un corps étranger dans le ventricule droit (sonde de stimulation, sonde de Swan-Ganz).
– Si la TV se présente sous forme paroxystique (épisodes de TV spontanément résolutifs), est bien tolérée, le traitement fait appel aux bêta-bloquants ou à l'amiodarone (Cordarone).
– Si les troubles du rythme sont graves (résistance au traitement médicamenteux), plusieurs options existent :
  * ablation par radiofréquence en cas de foyer ectopique individualisé (cardiopathie ischémique, DAVD…) ;
  * Défibrillateur automatique implantable. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier