

Item 325 : Palpitations

Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires

Date de création du document 2011-2012

Table des matières

ENC :	3
SPECIFIQUE :	3
I Définition et diagnostic	3
I.1 Définition	3
I.2 Diagnostic	4
II Diagnostic de gravité	4
II.1 Anamnèse alarmante	4
II.2 Signes cliniques de gravité	5
II.3 Electrocardiogramme	5
III Diagnostic étiologique	5
III.1 Principes	5
III.2 Moyens	6
III.3 ECG per-critique	6
IV Étiologies les plus fréquentes	7
IV.1 Extrasystoles	7
IV.2 Tachycardie sinusale	7
IV.3 Troubles du rythme supraventriculaire	8
IV.4 Troubles du rythme ventriculaire	8
IV.5 Névrose cardiaque	9
V Annexes	9

OBJECTIFS

ENC :

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

SPECIFIQUE :

- Connaître la définition des palpitations.
- Savoir d'emblée identifier les signes de gravité liés au terrain ou à des signes d'accompagnement.
- Connaître la gravité immédiate liée au diagnostic de tachycardie ventriculaire.
- Comprendre la notion de corrélation électroclinique, les différents moyens d'enregistrement ECG disponibles pour l'obtenir.
- Connaître les principaux types de troubles du rythme générant des palpitations.
- Connaître les étiologies extracardiaques des extrasystoles et de la tachycardie sinusale.
- Savoir que dans la majorité des cas, la tachycardie sinusale est un mécanisme adaptatif.
- Connaître les causes psychiatriques des palpitations en diagnostic d'élimination et savoir quand les évoquer.

I DÉFINITION ET DIAGNOSTIC

I.1 DÉFINITION

- Perception anormale de battements cardiaques normaux ou anormaux décrite comme le cœur se débattant dans la poitrine.
- Sensation que le cœur bat trop fort, ou trop vite ou irrégulièrement.
- Parfois accompagnée des mêmes sensations latérocervicales le long des axes carotides.
- Trouble subjectif témoignant ou non d'une anomalie cardiaque.
- Souvent anxiogène.

I.2 DIAGNOSTIC

C'est une notion d'interrogatoire, il faut en faire préciser :

- la durée : secondes, minutes, heures ;
- le caractère permanent ou au contraire paroxystique ;
- la survenue à l'effort ou au repos ;
- la fréquence ou la rareté ;
- la régularité ou l'irrégularité des sensations anormales.

Bien rechercher d'emblée d'autres symptômes qui *changeraient immédiatement la prise en charge*, c'est le cas devant :

- une douleur thoracique ;
- une perte de connaissance ou une syncope ;
- une dyspnée.

Cette distinction est cruciale pour dégager le degré d'urgence, mais en pratique elle n'est pas toujours simple, couramment les patients décrivent une oppression thoracique indéfinissable.

Il est souvent utile de faire mimer la perception en demandant au patient de tapoter avec son doigt sur le bord d'une table.

II DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

II.1 ANAMNÈSE ALARMANTE

Il faut faire préciser rapidement :

- les antécédents personnels :

- post-infarctus ou autre cardiopathie,
- hypertension artérielle,
- antécédents connus de trouble du rythme,
- patient appareillé d'un stimulateur ou d'un défibrillateur,
- prises médicamenteuses ;

- les antécédents familiaux :

- surtout devant un enfant ou un adolescent,
- mort subite du nourrisson ou avant 35 ans dans la famille oriente vers des arythmies de cause génétique,
- faire l'arbre généalogique.

II.2 SIGNES CLINIQUES DE GRAVITÉ

- Prise du pouls (rarement gravité immédiate si < 150 bpm).
- Hypotension artérielle, signes d'hypoperfusion périphérique.
- Angor (parfois fonctionnel).
- Signes d'insuffisance cardiaque.

II.3 ELECTROCARDIOGRAMME

Urgence absolue si tachycardie à QRS large, évocatrice de TV jusqu'à preuve du contraire ++, se préparer à réanimer.

L'ECG peut parfois mettre en évidence une anomalie grave :

- anomalie de repolarisation faisant craindre un SCA, surtout si « gêne » thoracique, mais le tableau peut correspondre à un angor fonctionnel (surtout si FC > 200 bpm) ;
- bloc atrioventriculaire du 2e ou 3e degré (rarement) ;
- tachycardie à QRS fins battant > 150 bpm surtout si signes cliniques de gravité.

Mais bien souvent, l'ECG initial est normal.

III DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

III.1 PRINCIPES

Il s'agit de :

- identifier une cardiopathie sous-jacente ou aboutir au diagnostic de palpitations sur cœur sain ;
- rechercher une cause extracardiaque éventuelle si l'état cardiovasculaire est normal ;
- effectuer une *corrélation électroclinique concomitant des palpitations*.

III.2 MOYENS

- Interrogatoire et examen, notamment cardiovasculaire, complets :

- prise d'excitants : alcool +++, tabac, café, cocaïne, amphétamines ;
- prise de sympathomimétiques, d'hormones thyroïdiennes... ;
- signes de grossesse ;
- hyperthyroïdie ;

- apnée du sommeil ;
- fièvre +++ ;
- déshydratation.

- Eléments d'orientation :

- une crise polyurique finale évoque un trouble du rythme ;
- début brutal et fin brutale, démarrage au changement brusque de position évoquent une tachycardie jonctionnelle.

- Rechercher des signes ECG de cardiopathie sous-jacente, d'hypertrophie ventriculaire gauche : bloc de branche gauche, par exemple.

- Réalisation de tests biologiques de routine, ionogramme, NFS, alcoolémie, troponinémie, β -HCG, TSH notamment.

- Echocardiographie de bonne pratique.

- Test d'effort (ECG d'effort) dont l'intérêt est double en cas de doute sur un angor et pour documenter les palpitations si elles surviennent à l'effort.

- Autres examens en fonction du contexte ou de points d'appel.

III.3 ECG PER-CRITIQUE

Il est rarement obtenu aux urgences ou à la consultation.

La méthode de Holter a un intérêt si les palpitations surviennent fréquemment ; cet enregistrement peut varier de 24 à 96 heures.

Un ECG ambulatoire de longue durée (21 j) est pratiqué si les palpitations sont peu fréquentes (> 1 fois/semaine) et il peut être utile si une cause rythmique semble probable.

Sur avis spécialisé, on peut discuter de la réalisation d'une étude électrophysiologique endocavitaire qui peut s'avérer à la fois diagnostique et thérapeutique si une arythmie accessible à une ablation par radiofréquence est identifiée.

Sur avis spécialisé, on peut aussi discuter un moniteur ECG implantable en sous-cutané (jusqu'à 3 ans de monitoring).

IV ÉTIOLOGIES LES PLUS FRÉQUENTES

Cf. (item 309 : http://umvf.univ-nantes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_309/site/html/) consacré à l'électrocardiogramme.

IV.1 EXTRASYSTOLES

Elles peuvent être supraventriculaires ou ventriculaires.

Elles ne constituent pas un élément pathologique en elles-mêmes, mais sont un indice pour rechercher une cardiopathie sous-jacente ou une pathologie extracardiaque.

Isolées, elles peuvent expliquer les symptômes, mais attention de s'assurer qu'elles ne masquent pas une arythmie plus grave (tachycardie ventriculaire, par exemple).

Parmi les causes générales, on trouve :

- alcoolisation massive ;
- électrocution ;
- pneumopathie ou néoplasie bronchique ;
- hyperthyroïdie ;
- anomalie électrolytique ;
- anxiété, dépression ;
- grossesse ;
- syndrome d'apnée du sommeil.

Chez l'obèse ou le diabétique, *a fortiori* hypertendu, *se méfier d'une association extrasystoles et fibrillation atriales*, savoir répéter les enregistrements Holter chez ces patients dont la FA serait emboligène et dont le prochain symptôme peut être un accident vasculaire cérébral embolique.

IV.2 TACHYCARDIE SINUSALE

Elle peut survenir sur cardiopathie, accompagnée de dyspnée au cours de l'insuffisance cardiaque, ou au cours d'une embolie pulmonaire, d'un épanchement péricardique... Dans tous ces cas, elle est adaptative.

Elle peut être adaptative sur une pathologie extracardiaque :

- fièvre, sepsis ;
- anémie, hypovolémie ;
- hypoxie ;
- hyperthyroïdie ;
- grossesse ;
- alcoolisme ;

- hypotension artérielle, notamment iatrogène ;
- sevrage brutal en β -bloqueurs ;
- pathologie psychiatrique, sevrage alcoolique ;
- médicaments (sympathomimétiques, vasodilatateurs, atropiniques...).

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

IV.3 TROUBLES DU RYTHME SUPRAVENTRICULAIRE

Fibrillation atriale (cf. (item 236 : http://umvf.univ-nantes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_236/site/html/)).

- Flutters ou tachycardie atriale.
- Patients dont le profil clinique est en général identique à celui de la fibrillation atriale.
- Tachycardie jonctionnelle (en France, il est d'usage de parler de maladie de Bouveret) :
 - sujet jeune (adolescent, adulte jeune) ;
 - cœur normal ;
 - palpitations avec parfois battements cervicaux ;
 - polyurie en fin d'accès qui est parfois très prolongé (quelques minutes à plusieurs heures) ;
 - arrêtée par manœuvre vagale ou Striadyne®;
 - ECG de base soit normal, soit révélateur d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White ;
 - diagnostic parfois porté grâce à une étude électrophysiologique endocavitaire.

IV.4 TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRE

Ils sont rarement rencontrés dans la problématique des palpitations mais plutôt dans celle des syncopes (cf. (item 209 : http://umvf.univ-nantes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_209/site/html/)).

Ils concernent les TV non soutenues ou soutenues.

En général, les TV surviennent sur cardiopathie (post-infarctus dans 80 % des cas) et sont souvent accompagnées de signes de gravité (angor, collapsus, état de choc ou arrêt cardiaque).

Lorsque des palpitations sont révélatrices, il peut s'agir de TV sur cœur sain, dites TV idiopathiques mais c'est un diagnostic d'élimination porté en milieu spécialisé.

IV.5 NÉVROSE CARDIAQUE

C'est un diagnostic d'élimination, parfois auto-entretenu par la prise en charge ou les consultations itératives mais assez fréquent, lié à une crainte irraisonnée de mourir subitement.

Le diagnostic repose sur un ECG strictement normal au moment des palpitations, 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 extracardiaque identifiée ;
- le patient présente des signes de dépression ou d'anxiété.

Savoir stopper les investigations à visée cardiologique et *rassurer* le patient, ne pas tenir un langage inadapté, ne pas parler de spasmophilie, etc.

Avis psychiatrique souhaitable.

Pour en savoir plus

Josephson ME. STachyarythmies. In : Harrison. Principes de médecine interne. 16e éd. Médecine Sciences Flammarion ; 2006, chapitre 214 : 1342-58.

V ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Josephson ME : STachyarythmies. In : Harrison. Principes de médecine interne. 16e éd. Médecine Sciences Flammarion ; 2006, chapitre 214 : 1342-58.