



# Quand le cœur s'emballe

2

*Alain Renzo*

**M<sup>me</sup> L. Pannick, une comptable de 52 ans, se présente au service de consultation sans rendez-vous. Elle est inquiète, car son cœur bat différemment depuis hier matin. D'ailleurs, elle a pris son pouls, qui a atteint 94 battements par minute, ainsi que sa pression artérielle, qui était de 150 mm Hg sur 94 mm Hg. La patiente est anxieuse et vous demande si elle a le cœur malade. S'agit-il d'anxiété ou pourrait-elle présenter un trouble du rythme plus sérieux ? Quels sont les éléments qui permettent de poser un diagnostic plus précis ? Quels sont les examens nécessaires à ce moment ?**

**L**ES PATIENTS QUI PRÉSENTENT des palpitations consultent fréquemment leur médecin de famille ou encore vont au service de consultation sans rendez-vous. Ils peuvent formuler leurs symptômes de différentes façons : « mon cœur débat », « il saute des coups », « je sens mon cœur qui va vite », etc. Certains de ces patients présentent des troubles du rythme importants alors que d'autres ont simplement besoin d'être rassurés<sup>1,2</sup>. Comment s'y retrouver dans un contexte non hospitalier ? Il faut avant tout avoir une approche structurée.

## **Comment distinguer des extrasystoles d'une arythmie cardiaque importante ?**

La priorité principale du clinicien en cabinet est de distinguer une arythmie potentiellement mortelle des autres causes de palpitations. M<sup>me</sup> Pannick vous consulte donc en vous indiquant qu'elle a des palpitations. De façon générale, les palpitations peuvent être définies comme une perception anormale des battements cardiaques. Elles peuvent être associées

*Le Dr Alain Renzo, omnipraticien, exerce à l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise, au Centre hospitalier universitaire de Québec ainsi qu'à la Clinique médicale Pierre-Bertrand, à Québec.*

à des troubles anxieux, à des problèmes cardiaques ou à des affections attribuables à une augmentation des catécholamines (fièvre, hypoglycémie, hyperthyroïdie). Certaines personnes peuvent ne pas ressentir de symptômes ou en avoir seulement quelques-uns et présenter une arythmie maligne, alors que d'autres ont de simples extrasystoles bénignes dont la perception est amplifiée par l'anxiété.

Les symptômes liés à l'anxiété se manifesteront souvent lorsque le patient est au repos. L'absence de stimulus antagonistes augmente la perception des palpitations d'origine bénigne. Selon une étude prospective, les palpitations causées par des manifestations ou des maladies psychiatriques peuvent représenter jusqu'à 31 % des cas<sup>3</sup>. Lorsque les palpitations sont d'origine cardiaque, elles sont la manifestation d'un changement de rythme, de fréquence ou de contractilité. Comment s'y retrouver ?

L'anamnèse demeure la pierre angulaire de la démarche. On doit d'abord chercher à préciser si le patient ressent une augmentation de l'intensité des battements, une modification de la fréquence ou un rythme irrégulier. On peut demander au patient d'imiter son rythme cardiaque avec une main en frappant sur sa cuisse. Le patient a-t-il pris son pouls lorsque les symptômes sont apparus ? Les extrasystoles

**Les extrasystoles auriculaires ou ventriculaires isolées sont souvent décrites comme « le cœur qui vire à l'envers » pendant quelques secondes. La pause compensatrice qui suit peut être décrite comme « un saut ou un vide de une ou deux secondes ». Le battement suivant l'extrasystole peut être perçu comme un battement plus intense, comme « un coup de travers ».**

Repère

auriculaires ou ventriculaires isolées sont souvent décrites comme « le cœur qui vire à l'envers » pendant quelques secondes. La pause compensatrice qui suit peut être décrite comme « un saut ou un vide de une ou deux secondes ». Le battement suivant l'extrasystole peut être perçu comme un battement plus intense, comme « un coup de travers ». C'est ce qu'on appelle le phénomène de potentialisation postextrasystolique. La description de périodes où le cœur cogne, avec début et fin progressifs, évoque plutôt une tachycardie sinusale.

Y a-t-il un lien entre les symptômes et l'effort ? La recherche de facteurs précipitants (*tableau I*) permet de cibler certaines substances qui augmentent les symptômes. Il faut cependant demeurer critique face au rôle de ces substances. La restriction de caféine ne permettrait pas de supprimer les extrasystoles<sup>4</sup>. En ce qui concerne les antécédents personnels, il faut garder à l'esprit que la présence d'athérosclérose coronarienne, d'insuffisance cardiaque, d'une anomalie des structures cardiaques ainsi que d'une valvulopathie importante est associée à une augmentation considérable du risque d'une arythmie grave.

*Le reste de l'examen physique de M<sup>me</sup> Pannick est normal. Vous posez un diagnostic d'extrasystoles isolées. Vous la libérez et validez auparavant avec elle la technique pour prendre le pouls radial et la pression artérielle (PA) dans le but de mieux décrire d'autres crises éventuelles. Aucun examen supplémentaire n'est nécessaire. Il est alors important que vous expliquiez le diagnostic à la patiente et que vous la rassuriez.*

### **Quels examens paracliniques le clinicien en cabinet doit-il proposer ?**

*Trois semaines plus tard, vous revoyez M<sup>me</sup> Pannick au service de consultation sans rendez-vous. Cette fois, elle vous décrit qu'elle a présenté deux périodes de*

#### **Tableau I**

##### **Facteurs précipitants**

- ⊗ Tabac
- ⊗ Café, thé, boisson énergisante
- ⊗ Alcool
- ⊗ Théophylline
- ⊗ Éphédrine

#### **Tableau II**

##### **Symptômes d'alerte**

- ⊗ Syncope
- ⊗ Chute
- ⊗ Étourdissements et lipothymie
- ⊗ Douleur thoracique
- ⊗ Dyspnée

#### **Tableau III**

##### **Médicaments qui prolongent l'espace QT**

- ⊗ Antiarythmiques (sotalol, amiodraone)
- ⊗ Phénothiazines, antidépresseurs tricycliques
- ⊗ Agents antimicrobiens (érythromycine, kétoconazole)

*quelques minutes où son cœur battait à 140 battements par minute. Elle ne peut préciser si le rythme était régulier. Elle s'est sentie légèrement étourdie pendant ces crises. À l'examen, le rythme cardiaque est régulier à 84 battements par minute, et la pression artérielle est normale. S'agit-il d'extrasystoles ? Doit-on faire des examens plus poussés ? Et si oui, lesquels ?*

Pour poser un diagnostic et établir un plan de traitement approprié, il est essentiel que le médecin fasse une anamnèse et un examen ciblés. Une perception de battements rapides à début et à fin subits laisse croire à une tachyarythmie paroxystique. Les symptômes découlant de la baisse de débit sont autant de signaux d'alerte à rechercher (*tableau II*). Ils témoignent souvent d'une baisse du débit cardiaque attribuable à l'arythmie et des répercussions cardiovasculaires et neurovasculaires associées. Il faut également rechercher des causes précipitantes : infection, fièvre, diarrhée, etc. Les antécédents cardiaques

ainsi que l'existence de troubles thyroïdiens personnels ou familiaux sont à repérer. Le profil médicamenteux du patient est un élément essentiel à connaître, car plusieurs agents peuvent déclencher des arythmies par leurs effets sur le cœur ou encore par les troubles métaboliques qui en découlent. Par exemple, certains décongestionnants nasaux peuvent provoquer une tachycardie alors que des bêtabloquants en gouttes peuvent entraîner une bradycardie importante pour un cœur plus sensible (*tableau III*). À l'examen physique, en plus de prendre les signes vitaux complets, y compris la température, il faut rechercher la présence de cardiopathie (souffle cardiaque, apex déplacé, pression veineuse centrale, auscultation pulmonaire, œdème des membres inférieurs et examen vasculaire). Il faut aussi vérifier si le patient a un goitre ou des signes d'hyperthyroïdie, même s'ils sont plus rarement présents.

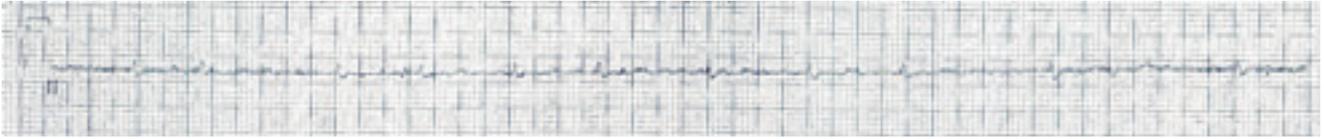


Figure 1. Fibrillation auriculaire



Figure 2. Espace QT long

M<sup>me</sup> Pannick prend de l'hydrochlorothiazide pour traiter son hypertension. L'anamnèse et l'examen physique ne révèlent rien de particulier. Est-ce que vous devez pousser votre évaluation plus loin? De quelle façon? Vos hypothèses diagnostiques sont les suivantes : fibrillation auriculaire (figure 1), tachycardie supra-ventriculaire, tachycardie ventriculaire.

Vous lui prescrivez un bilan sanguin (hémogramme, ions, créatinine, TSH, RIN et TCA), un ECG à faire dans la semaine et une surveillance cardiaque continue de 24 heures (Holter). Vous lui recommandez, en outre, de se rendre à l'urgence en présence de tachycardie paroxystique soutenue. La plupart du temps, un bilan sanguin, un ECG ainsi qu'un enregistrement Holter suffisent. Plus rarement, si le patient présente surtout des palpitations à l'effort ou peu après, une épreuve d'effort permet de diagnostiquer un trouble du rythme d'origine ischémique. Le bilan biologique permet d'établir si le patient est atteint de troubles métaboliques ou endocriniens proarythmogènes, comme une anémie, une hypokaliémie ou une hyperthyroïdie, et de choisir un traitement sûr.

Une thrombopénie ou une anomalie des facteurs de coagulation exigerait des considérations particulières si une anticoagulation s'avérait nécessaire. Une insuffisance rénale exigerait des précautions particulières dans le choix et la posologie d'un éventuel médicament antiarythmique. Un ECG peut révéler des troubles cardiaques sous-jacents. Le patient a-t-il déjà fait un infarctus ou présente-t-il une hypertrophie ventriculaire non soupçonnée? De tels pro-

blèmes constituent des anomalies de la structure du cœur qui peuvent constituer le point de départ d'une arythmie ventriculaire maligne. Le patient souffre-t-il d'un bloc de branche? Si oui, il présente peut-être un trouble de conduction du nœud auriculo-ventriculaire associé. Est-ce que l'espace QT corrigé est long? Cet état (figure 2), qui peut être d'origine médicamenteuse ou intrinsèque, est susceptible de favoriser une tachycardie ventriculaire.

L'enregistrement Holter permet de répondre à plusieurs questions. Tout d'abord, y a-t-il un lien entre les symptômes ressentis et le rythme cardiaque au même moment? Le patient présente-t-il des troubles du rythme asymptomatiques associés (Ex. : une salve de tachycardie supra-ventriculaire paroxystique)? Si oui, quelles en sont la fréquence et la durée? Par contre, l'examen a des limites. Un résultat normal en l'absence de symptômes signalés par le patient peut se révéler non contributif<sup>5</sup>. Dans une étude, l'enregistrement Holter a permis de confirmer un lien entre les palpitations perçues par le patient et une anomalie à l'ECG chez seulement 34 % des sujets<sup>6</sup>. Si les symptômes du patient persistent, il peut être utile de répéter l'examen au bout de 48 heures. La détection d'une arythmie importante dans la deuxième période de 24 h est plus fréquente en présence de symptômes (lipothymie et syncope) chez les personnes de plus de 65 ans et chez les hommes<sup>7</sup>.

Quel est le délai pour les examens paracliniques? L'anamnèse et l'examen physique dicteront votre conduite. Lorsque la description évoque la présence

**La plupart du temps, un bilan sanguin, un ECG ainsi qu'un enregistrement Holter suffisent à l'évaluation.**

Repère

**Tableau IV****Faits saillants de la mise à jour 2006 des techniques de réanimation<sup>9</sup>**

- Ventilation sur une seconde en vérifiant l'élévation de la cage thoracique
- Compressions thoraciques efficaces avec dépression du tiers de l'épaisseur de la cage thoracique
- Rapport de compression-ventilation de 30:2 à tout âge
- Rythme de compression de 100 par minute

**Tableau V****Matériel pour trousse d'urgence au cabinet****Matériel**

- Bonbonne d'oxygène
- Masques et ballons Ambu pour les adultes et les enfants
- Guedelles
- Cathlons
- Soluté
- Autre matériel selon le degré
- Combitube

**Médicaments**

- Épinéphrine 1:1000
- Acide acétylsalicylique, 80 mg
- Nitroglycérine sublinguale
- Ventolin, pompe et aérochambre
- Graval

d'extrasystoles, qu'il n'y a pas de signaux d'alerte et que l'examen physique n'est pas révélateur, aucune évaluation paraclinique n'est nécessaire. Si le patient est inquiet, un ECG et un enregistrement Holter peuvent être suffisants. Si le patient décrit une perception de palpitations rapides, un soutien s'impose pour obtenir ces examens dans les jours suivants. Le patient devra également être avisé de se rendre à l'urgence en cas de palpitations soutenues pendant plus de 10 à 15 minutes. En présence de signaux d'alerte, le patient devrait être dirigé sur-le-champ à l'urgence. L'arythmie importante la plus fréquente est la fibrillation auriculaire, dont la prévalence peut aller jusqu'à 9 % chez les gens de plus de 80 ans<sup>8</sup>.

### Êtes-vous prêt à faire face à une arythmie maligne au cabinet ?

Six mois plus tard, la patiente revient de nouveau au service de consultation sans rendez-vous. La secrétaire vous demande de l'examiner en priorité, car elle ne semble pas bien. Vous demandez à jeter un coup d'œil rapide sur le dossier auparavant. La lecture des notes de votre collègue vous apprend qu'elle est maintenant traitée pour une fibrillation auriculaire, une insuffisance mitrale de 2/4 et un dysfonctionnement systolique modéré à la suite d'un infarctus traité il y a un mois. Votre secrétaire entre alors en catastrophe dans votre bureau, car M<sup>me</sup> Pannick s'est écrasée sur le sol. Quels sont les

premiers gestes à poser ? Quel matériel possédez-vous au cabinet ?

Le vieillissement de la population et la prévalence des maladies cardiaques augmentent la possibilité qu'un tel scénario se produise à votre clinique. Le succès de votre intervention repose sur plusieurs facteurs. Tout d'abord, vous devez vous tenir à jour de façon régulière sur les méthodes de réanimation cardiorespiratoire<sup>9</sup>. En 2006, quelques modifications ont été apportées, et l'approche a été simplifiée (tableau IV). Deuxièmement, quel équipement possédez-vous ? Est-il fonctionnel ? Est-ce que vous et votre personnel savez où il se trouve ? Une intervention rapide et efficace en cas d'arythmie maligne nécessite une trousse d'urgence fonctionnelle et rapidement accessible ainsi qu'une maîtrise des techniques de réanimation de base. Le tableau V propose une liste du matériel à garder dans votre trousse d'urgence au cabinet.

Qu'en est-il des défibrillateurs semi-automatiques ? Ces appareils (photo) sont maintenant présents dans plusieurs lieux publics. Leur utilisation est simple. Même des personnes qui ne travaillent pas dans le milieu de la santé peuvent apprendre à s'en servir facilement<sup>10</sup>.

Vous arrivez près de M<sup>me</sup> Pannick et vous constatez qu'elle est en arrêt cardiorespiratoire. La secrétaire vous apporte rapidement la trousse. Vous lui demandez alors d'appeler sans délai le 911, puis vous amorcez la réani-

**Une intervention rapide et efficace en cas d'arythmie maligne nécessite une trousse d'urgence fonctionnelle et rapidement accessible ainsi qu'une maîtrise des techniques de réanimation de base.**

Repère



Photo. Défibrillateur semi-automatique

mation. Au bout de cinq minutes, les ambulanciers prennent la relève et se dirigent avec la patiente à l'urgence. Les palpitations de M<sup>me</sup> Pannick étaient attribuables à des causes différentes, à chacune de ses visites.

**U**NE BONNE ANAMNÈSE et un examen physique ciblé permettent d'abord de distinguer les extrasystoles bénignes des troubles du rythme plus sérieux. Lorsque l'hypothèse d'un trouble du rythme est retenue, mais qu'il n'y a pas de signaux d'alerte, l'évaluation initiale consiste à faire passer au patient un enregistrement Holter, un bilan sanguin et un ECG. Une mise à jour des techniques de réanimation cardiorespiratoire et l'achat en groupe d'un défibrillateur semi-automatique peuvent sauver des vies en cas d'arrêt cardiorespiratoire au cabinet. 

Date de réception : 15 décembre 2007

Date d'acceptation : 30 janvier 2008

Mots clés : palpitations, arythmie, Holter, défibrillateur semi-automatique

Le D<sup>r</sup> Alain Renzo n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Zipes DP, Libby P, Bonow R, Braunwald E. *Braunwald's Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine*. 7<sup>e</sup> éd. Philadelphie :

## Summary

**When the heart beats too fast...** In family medicine, palpitations are a frequent reason for consultation. The clinician's greatest challenge is to distinguish potentially fatal arrhythmia from other possible causes. Palpitations may originate from cardiac sources or may be the result of anxiety. The key to obtain an accurate diagnosis lies in listening to the patient's symptoms description and in a directed questionnaire, while physical examination mostly helps to identify heart disorders. The necessity for investigation, as well as the rapidity to initiate it, depends on the diagnosis hypothesis. Red flags (syncope, dizziness, thoracic pain and dyspnoea) require immediate referral to the hospital emergency.

Facing a cardiopulmonary arrest in your cabinet needs a structured approach: knowledge of new and simplified rules of Basic Life Support (BLS), a semi-automatic defibrillator and a quick medical intervention could save lives in your office.

**Keywords:** palpitations, arrhythmia, Holter, semi-automatic defibrillator

Saunders ; 2005.

2. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS et coll. *Harrison : Principes de médecine interne*. 16<sup>e</sup> éd. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2006.
3. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med* 1996 ; 100 : 138-48.
4. Newby DE, Neilson JM, Jarvie DR et coll. Caffeine restriction has no role in the management of patients with symptomatic idiopathic ventricular premature beats. *Heart* 1996 ; 76 (4) : 355-7.
5. Page RL, Tilsh TW, Connolly SJ et coll. Asymptomatic or silent atrial fibrillation: frequency in untreated patients and patients receiving azimilide. *Circulation* 2003 ; 107 : 1141-5.
6. Barsky AJ, Cleary PD, Brener J et coll. The perception of cardiac activity in medical outpatients. *Cardiology* 1993 ; 83 (5-6) : 304-15.
7. Arya A, Haghjoo M, Khosrawi A et coll. Predictors of arrhythmic events during second day monitoring in patients with normal first day Holter recordings. *Indian Heart J* 2005 ; 57 (3) : 241-4.
8. Bloom HL. Concise review of atrial fibrillation: treatment update considerations in light of AFFIRM and RACE. *Clin Cardiol* 2004 ; 27 (9) : 495-500.
9. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2005 ; 112 (Suppl 1) : IV-1-IV-5.
10. Montminy A. La défibrillation cardiaque en milieu de travail : réaliste, réalisable et efficace. *Le Médecin du Québec* 2005 ; 40 (8) : 89-94.