

Palpiter, c'est sérieux... parfois!

2

Stéphane Tétreault et Martin Loranger

Les palpitations sont fréquentes. Nous le savons tous. Cependant, fréquence n'égal pas clarté! En effet, nos patients ont souvent de la difficulté à décrire leurs symptômes. Par ailleurs, la plupart des ouvrages de référence ne font qu'effleurer les palpitations dans le chapitre des arythmies¹. Nos patients sont inquiets. Comment pouvons-nous les aider? Comme médecins, quand devons-nous nous inquiéter?

Mettez vos connaissances à l'épreuve en répondant aux questions, puis allez lire la réponse pour en savoir plus. Soyez sans crainte, ce sera palpitant! Aucun risque de syncope ni de mort subite!

1. En cas de palpitations, quels sont les éléments à vérifier à l'anamnèse et à l'examen physique?

Les palpitations sont définies comme « une perception anormale des battements cardiaques² ». Dès le début de l'entrevue, il faut faire préciser au patient ce qu'il entend par « palpitations », puis tenter de savoir si ses palpitations constituent le symptôme principal ou si, au contraire, elles font partie d'une kyrielle de symptômes plus ou moins spécifiques. Nous serons alors plus en mesure d'en trouver l'origine. Nous devons ensuite demander au patient d'indiquer certaines caractéristiques de ses palpitations, comme la fréquence d'apparition, la fréquence cardiaque au moment des crises, la régularité ou non du rythme cardiaque ainsi que la présence de possibles facteurs

Les D^{rs} Stéphane Tétreault et Martin Loranger, omnipraticiens, exercent au Département d'urgence du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, à Greenfield Park, et sont professeurs agrégés d'enseignement clinique au Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université de Sherbrooke.

Tableau 1

Symptômes et facteurs de risque d'arythmie³

Arythmies malignes

- Douleur thoracique concomitante ou préalable
- Dyspnée
- Symptômes neurologiques
- Diaphorèse
- Lipothymie, syncope

Arythmies bénignes

- Symptômes somatiques (ex. : étourdissements)
- Fatigue
- Troubles de la concentration
- Myalgies
- Paresthésies non spécifiques

déclencheurs. Par la suite, nous devons soigneusement rechercher les divers symptômes et les facteurs de risque de gravité (tableau 1)³.

Une attention particulière devrait être portée aux antécédents du patient ainsi qu'aux facteurs de risque

Une douleur thoracique concomitante ou préalable, une dyspnée, des symptômes neurologiques, une diaphorèse, une lipothymie ou même une syncope doivent nous orienter vers une cause possiblement maligne.

Repère

Tableau II

Découvertes clés et diagnostics correspondants en cas de palpitations

Découverte	Diagnostic possible
Cœur qui manque un seul battement	Ectopie bénigne
Sensation d'un seul gros battement	Extrasystole ventriculaire
Palpitations importantes et <i>frog sign</i>	Tachycardie supraventriculaire paroxystique
Palpitations qui empirent la nuit	Ectopie bénigne ou fibrillation auriculaire
Palpitations associées aux émotions	Origine psychologique ou arythmies sensibles aux catécholamines
Palpitations à l'effort	Maladie coronarienne
Palpitations importantes à l'effort	Tachycardie supraventriculaire paroxystique ou fibrillation auriculaire
Palpitations depuis l'enfance	Tachycardie supraventriculaire paroxystique
Anxiété générale	Attaques de panique
Tremblements, intolérance à la chaleur, diarrhée	Hyperthyroïdie
Palpitations résolues par des manœuvres vagales	Tachycardie supraventriculaire paroxystique
Palpitations après l'effort, les repas, de l'ingestion d'alcool et polyurie subséquente	Fibrillation auriculaire

de maladie cardiaque (âge, angor ou infarctus, insuffisance cardiaque, arythmie maligne antérieure, etc.), à la liste des médicaments (prescrits ou non) et aux habitudes de vie. Les antécédents d'anxiété, d'attaques de panique, de troubles d'adaptation ou d'autres problèmes psychologiques devraient aussi être évalués. De plus, il faut réviser, s'il y a lieu, les résultats des examens cardiaques précédents, surtout en ce qui a trait à la maladie coronarienne ou à une anomalie structurale. Enfin, il faut vérifier si le patient souffre d'une maladie générale sous-jacente, notamment d'hyperthyroïdie, à l'aide d'une revue des appareils et des systèmes pertinents (tableau II).

Une fois le patient interrogé, place à l'examen physique ! Commençons par la prise des signes vitaux. Un état fébrile nous orientera davantage vers une affection sous-jacente et donc une tachycardie sinusale plutôt qu'une arythmie. L'état hémodynamique du patient nous dictera aussi une conduite appropriée et

mettra en évidence la fréquence cardiaque du patient ainsi que la répercussion de celle-ci sur la pression artérielle. Chez un patient présentant des symptômes à l'examen et dont tous les signes vitaux sont normaux, les palpitations sont fort probablement bénignes. Le reste de l'examen physique portera surtout sur l'appareil cardiopulmonaire à la recherche de signes d'une maladie vasculaire périphérique, d'un goitre ou d'autres manifestations de maladies multisystémiques⁴.

Pour ajouter une corde à votre arc, cherchez le *frog sign*. Intrigué ? Les patients décrivent ce signe comme des palpitations bondissantes et importantes au niveau du cou plutôt que de la poitrine. Vous avez sûrement déjà entendu une telle description. Lors d'une tachycardie supraventriculaire par réentrée nodale, il y a dissociation des contractions auriculaires et ventriculaires, ce qui provoque la contraction des oreillettes contre les valvules tricuspidiennes et mitrales fermées. Se forment alors des « ondes A géantes » (*cannon A waves*) au

Le plus souvent, les examens paracliniques en cas de palpitation seront minimaux et consisteront uniquement en l'obtention d'un électrocardiogramme (ECG) et en la révision de la liste des médicaments.

Repère

Figure 1**Bande de rythme d'un allongement de l'intervalle Q-T**

QT/QTc = 422 ms/533 ms

niveau des jugulaires. Le *frog sign* étant ressenti par plus de la moitié des patients atteints de tachycardie supraventriculaire par réentrée nodale, sa présence devrait augmenter votre degré de présomption pour ce type d'arythmie^{5,6}.

2. Évaluation de base en cas de palpitations : que faire ?

Le plus souvent, les examens paracliniques seront minimaux et consisteront uniquement en l'obtention d'un électrocardiogramme (ECG) et en la révision de la liste des médicaments.

À l'ECG, nous chercherons une anomalie du rythme, une fibrillation auriculaire ou un flutter auriculaire avec conduction partielle, par exemple⁷. Une onde delta, signe d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White, ou un allongement de l'intervalle Q-T (*figure 1*) constituent d'autres éléments qui peuvent évoquer une arythmie comme cause potentielle des palpitations. La présence d'extrasystoles, surtout ventriculaires, est aussi une découverte intéressante puisque la perception de ces dernières est souvent décrite comme des palpitations.

Après l'ECG, nous devons réviser la liste des médicaments d'ordonnance ou en vente libre ainsi que les produits naturels utilisés par le patient. Durant les dernières années, la communauté médicale a pris conscience que de nombreuses substances peuvent modifier la conduction normale des cardiomyocytes^{8,9} et ainsi provoquer une arythmie.

3. Quels tests supplémentaires sont utiles ?

Si les examens paracliniques révèlent une anomalie nous orientant vers un possible diagnostic, nous pourrions en effectuer d'autres, mais toujours de façon ci-

blée (*figure 2*). Un examen large sans aucune présomption clinique n'est absolument pas nécessaire ni utile. Rappelons aussi qu'une évaluation plus poussée est essentielle chez tout patient ayant des facteurs de risque d'arythmie maligne et qu'il faut alors prendre au sérieux les palpitations.

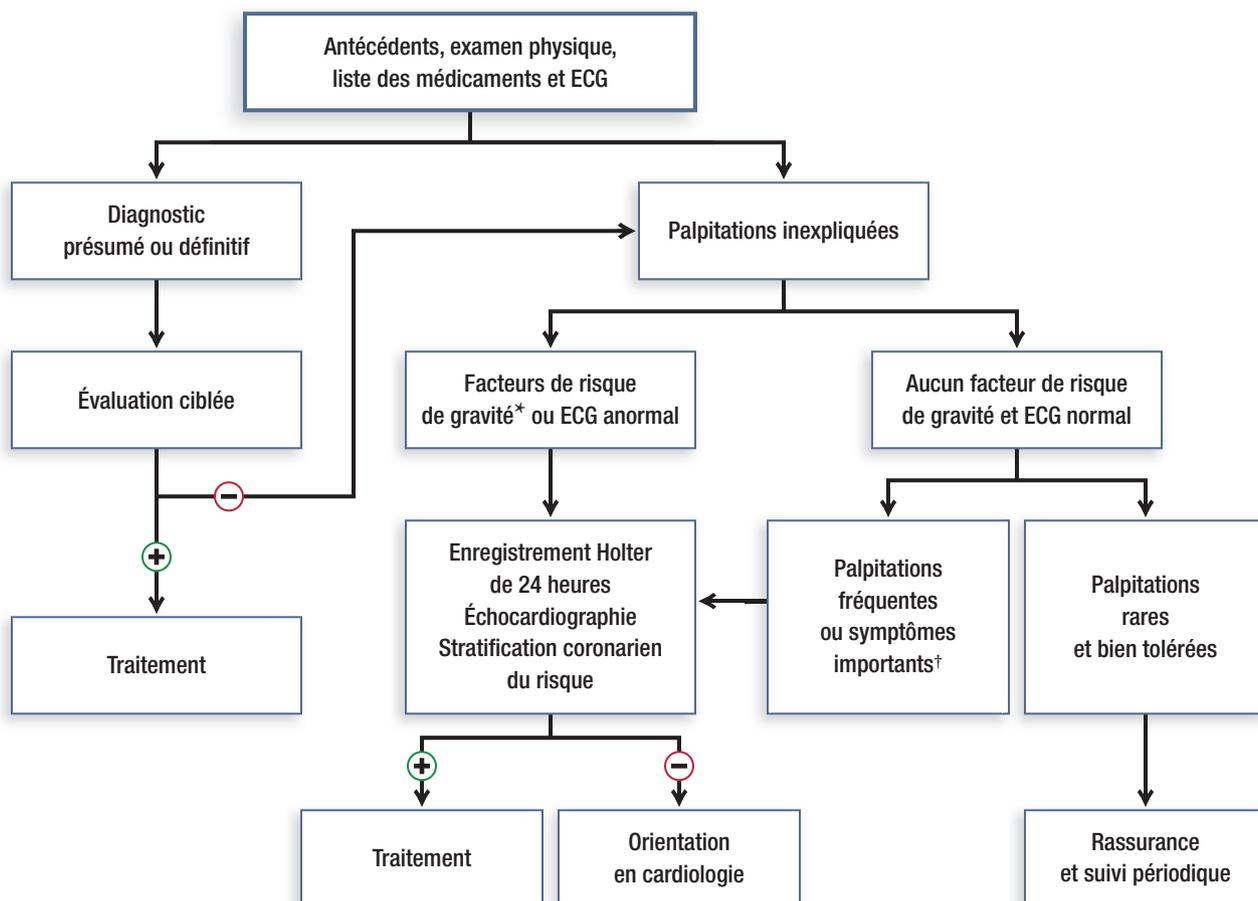
Chez la plupart des personnes sans facteur de risque de gravité, le résultat des examens paracliniques initiaux sera négatif. Si des doutes persistent quant à une arythmie intermittente comme source des palpitations, il est possible de faire un enregistrement Holter en continu du rythme cardiaque. Lorsque le patient ressent des palpitations, il peut l'indiquer à l'appareil, ce qui permet une mise en relation des symptômes et du rythme cardiaque à ce moment-là. Cet examen comporte quand même un grand désavantage : sa durée. En effet, il n'y a aucune garantie que le patient ressentira des palpitations pendant les vingt-quatre heures d'utilisation de l'appareil.

Si le patient éprouve des symptômes qui ne correspondent à rien d'anormal sur l'enregistrement, nous pouvons conclure à une anomalie simple liée à la perception, les plus fréquentes étant la perception du rythme sinusal et les extrasystoles ventriculaires ou auriculaires isolées¹⁰. Si l'appareil enregistre des anomalies du rythme qui ne sont pas ressenties par le patient, il faut tenter de faire la part des choses et de déterminer l'importance relative de cette découverte.

Par contre, il arrive très souvent que ni le patient ni l'appareil ne détectent une anomalie sur la courte période de l'enregistrement. Le médecin et le patient doivent alors soupeser ensemble la gravité possible des symptômes. Si le médecin n'est pas encore convaincu du caractère bénin des palpitations ou qu'il ne parvient pas à rassurer le patient quant à l'absence de gra-

Figure 2

Algorithme décisionnel en présence d'un patient ayant des palpitations



* Facteurs de risque de gravité : âge avancé, maladie cardiaque (structurale, coronarienne, etc.), arythmie maligne antérieure, etc.

† Symptômes importants : douleur thoracique, dyspnée, symptômes neurologiques, syncope, etc.

vité, il lui reste la possibilité d'enregistrer le rythme cardiaque sur une plus longue période. Divers appareils externes peuvent servir à cet enregistrement, dont le Cardiomémo (*event recorder*) qui peut le faire à distance. Quant au moniteur cardiaque implantable (*implantable loop recorder*), il peut enregistrer pendant plusieurs mois. Nul besoin cependant d'expliquer longuement que, dans notre système de santé québécois, ces méthodes sont réservées aux patients vraiment à risque !

4. Comment le patient peut-il nous aider à poser un diagnostic ?

Au cours de l'anamnèse initiale, nous demanderons au patient de reproduire, en tapant du doigt, ce

qu'il ressent au moment des palpitations. L'information obtenue peut nous être très utile. Nous pouvons même lui donner des exemples concrets du rythme (rapide ou lent) et du caractère régulier ou irrégulier des battements cardiaques⁷. Musique !

Nous devrions enseigner à tous les patients comment prendre adéquatement leur pouls. C'est d'autant plus vrai si nous sommes convaincus que les palpitations sont d'origine psychologique. En effet, rien ne dit que nous avons toujours raison ni que le patient ne souffrira pas d'une autre maladie ultérieurement. Ainsi, nous pouvons lui apprendre à évaluer sa fréquence cardiaque et à déterminer si son rythme est régulier ou irrégulier à l'aide du pouls radial. Si le patient est trop anxieux pour prendre son pouls lui-

même, il peut avoir recours à un tensiomètre ou se faire aider.

Nous devons éviter de montrer au patient à prendre son pouls au niveau de la carotide, car cette méthode est très efficace pour ralentir une tachyarythmie supraventriculaire, mais peut aussi occasionner d'autres symptômes !

Enfin, un calendrier des symptômes et des facteurs déclencheurs, comme chez les patients atteints de céphalées, pourra nous aider à poser un diagnostic plus précis. Si le patient revient pour des palpitations subséquentes, nous serons alors encore mieux préparés.

5. Comment le patient ayant des palpitations peut-il s'autotrainer ?

Maintenant, si le patient présente des palpitations de nature bénigne, nous devons le convaincre de l'absence de gravité de ses palpitations, malgré leur caractère possiblement angoissant. Cependant, ce type de patient est reconnu pour être difficile à traiter⁷.

Commençons tout simplement par lui expliquer qu'il s'agit d'une augmentation de la perception des battements du cœur, sans tomber dans le piège de lui donner l'impression que « c'est juste dans sa tête ». En le conseillant sur ses habitudes potentiellement néfastes, comme le tabagisme ou encore la consommation de café ou d'autres drogues récréatives, le médecin pourra l'amener à agir directement et personnellement sur ses symptômes. Souvenez-vous qu'une explication convaincante de la cause des palpitations constitue la base d'un traitement efficace¹¹.

Par la suite, nous discuterons des événements déclencheurs et nous tenterons d'en atténuer les répercussions. Comme les palpitations ne sont généralement pas causées par des maladies sérieuses, mais plutôt par un problème de perception des battements normaux ou du moins sans conséquence sur la santé, une grande partie du traitement sera axée sur cette sensation que perçoit le patient.

Plusieurs techniques de relaxation permettent au patient de diriger son attention ailleurs que sur la sensation de ses battements cardiaques. Parmi les plus connues, la méditation, le biofeedback et l'autohyp-

nose sont axées sur un vide mental ou, au contraire, sur la visualisation d'une image mentale relaxante. L'autre méthode est le yoga et ses diverses variantes. Elle met l'accent sur la focalisation autour d'une posture physique fixe, sur la respiration ou sur la relaxation progressive de divers groupes musculaires. Enfin, le patient peut aussi choisir de consacrer plus de temps à ses activités favorites (lecture, sport, peinture, musique, etc.) dans le but de rediriger son centre d'attention vers une activité plaisante plutôt que vers la perception de ses battements cardiaques.

Comme la personnalité des patients diffère, il faut adapter les moyens de relaxation en conséquence pour obtenir une efficacité optimale. Par exemple, la relaxation progressive des groupes musculaires par la visualisation est plus bénéfique que la méditation introspective chez une personnalité de type A. Pour le lecteur voulant en connaître davantage sur le sujet, l'article des D^{rs} Lumpkin et Rakel sur les techniques de relaxation est très bien fait, clair et concis¹².

VOUS VOILÀ MAINTENANT mieux outillés pour évaluer les palpitations adéquatement et de façon ciblée. De plus, vous pourrez faire participer vos patients au processus diagnostique et en tirerez un avantage. Une fois les personnes présentant des facteurs de risque d'arythmies dangereuses repérées, vous pourrez traiter, en cabinet, celles dont la cause des palpitations est bénigne. N'oubliez pas que la base du traitement consiste à offrir une explication plausible des symptômes. Vos recommandations sur les thérapies de relaxation permettront ensuite aux patients dont les palpitations ont une cause bénigne de participer à leur traitement.

Espérons que la prochaine fois qu'un patient viendra vous voir pour des palpitations, vous n'en aurez plus vous-même ! 🍷

Date de réception : le 31 mai 2012

Date d'acceptation : le 19 juillet 2012

Le D^r Stéphane Tétreault et le D^r Martin Loranger n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Une explication convaincante de la cause des palpitations constitue la base d'un traitement efficace.

Repère

Summary

Palpitations Are Serious... Sometimes! Palpitations are a common complaint heard at the doctor's office. The role of the physician is to make sure to eliminate dangerous and urgent pathologies. A thorough and careful history, a meticulous directed physical examination, an ECG and an analysis of patients' medications are crucial parts of the assessment. Most of the time, these will allow the physician to conclude that the palpitations are benign in origin. If the palpitations are frequent or bothersome or if a risk factor is found, the investigation must be continued with a 24-48 hour Holter monitor test, an echocardiogram and/or a cardiac risk stratification test. Patients can help with the diagnosis by recording their symptoms and by better characterizing them. Basic treatment for benign palpitations involves providing patients with a plausible explanation for their symptoms. These patients are often difficult to treat. Relaxation techniques may help reduce their symptoms and better control their anxiety, which is frequently related to their palpitations.

Bibliographie

1. Yealy D, Delbridge T. Dysrhythmias. Dans : Marx J, Hockberger R, Walls R, rédacteurs. *Rosen's Emergency Medicine*. 7^e éd. Philadelphie : Mosby/Elsevier ; 2010. p. 984-1024.
2. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L et coll. European Heart Rhythm Association. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace* 2011 ; 13 (7) : 920-34.
3. Thavendiranathan P, Bagai A, Khoo C et coll. Does this patient with palpitations have a cardiac arrhythmia? *JAMA* 2009 ; 302 (19) : 2135-43.
4. Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. *Am Fam Physician* 2005 ; 71 (4) : 743-50.
5. Gürsoy S, Steurer G, Brugada J et coll. Brief report: The hemodynamic mechanism of pounding in the neck in atrioventricular nodal reentrant tachycardia. *N Engl J Med* 1992 ; 327 (11) : 772-4.
6. Brugada P, Gürsoy S, Brugada J et coll. Investigation of palpitations. *Lancet* 1993 ; 341 (8855) : 1254-8.
7. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. *N Engl J Med* 1998 ; 338 (19) : 1369-73.
8. Chung MK. Vitamins, supplements, herbal medicines, and arrhythmias. *Cardiol Rev* 2004 ; 12 (2) : 73-84.
9. Roden DM. Drug-induced long QT syndrome. *N Engl J Med* 2004 ; 350 (10) : 1013-22.
10. Pickett CC, Zimetbaum PJ. Palpitations: a proper evaluation and approach to effective medical therapy. *Curr Cardiol Rep* 2005 ; 7 (5) : 362-7.
11. Mayou R, Sprigings D, Birkhead J et coll. Characteristics of patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. *QJM* 2003 ; 96 (2) : 115-23.
12. Lumpkin M, Rakel D. Relaxation technique. Dans : Rakel D. *Integrative Medicine*. 3^e éd. Philadelphie : Elsevier Saunders ; 2012.