



ATCD : antécédents
ECG : électrocardiogramme
AV : atrio-ventriculaire

■ Introduction

Les palpitations sont définies comme une sensation désagréable de battements cardiaques dans la poitrine ou à proximité, ressentis comme trop forts, trop rapides, trop lents, ou irréguliers. La durée et la fréquence des palpitations est très variable, ce qui peut compliquer leur description.

Chez l'adulte, l'incidence des palpitations en consultation de premiers recours chez le médecin généraliste ou aux urgences est estimée à environ 16 %, dont près de la moitié sont de cause cardiaque et un tiers de cause psychologique (anxiété, attaque de panique). En pédiatrie, les mécanismes sous-jacents aux palpitations sont hétérogènes mais représentent rarement sur de réels troubles du rythme engageant le pronostic vital. Ainsi la tachycardie est le plus souvent un symptôme banal lié à la fièvre, l'exercice ou l'anxiété. Mais malgré leur fréquence, les palpitations sont rarement associées à une cardiopathie sous-jacente et conduisent rarement à un diagnostic. Chez l'adolescent, un trouble du rythme généralement supraventriculaire est retrouvé dans 10 % à 15 % des palpitations. Chez l'enfant, ce symptôme est le plus souvent transitoire et la plainte reste difficile à exprimer : les plus âgés peuvent évoquer des douleurs thoraciques ou abdominales, tandis que les plus jeunes auront tendance à se tenir la poitrine, pleurer brutalement ou refuser de manger ; le symptôme est parfois rapporté par les parents eux-mêmes (« mon enfant a le cœur qui tape vite »).

L'enfant est le plus souvent asymptomatique au moment de l'examen clinique. L'évaluation diagnostique repose alors sur un interrogatoire orienté et sur l'électrocardiogramme. L'existence de malaises à l'effort (ou au repos sans contexte vagal), ainsi que les antécédents de syncopes ou morts subites familiales, sont des critères de gravité.

■ Conduite à tenir face à des palpitations

Interrogatoire : précis, difficile

Bien que difficile, l'interrogatoire orienté doit essayer d'identifier les éléments évocateurs de causes cardiaques :

(1) Recueil des antécédents. Un antécédent personnel de cardiopathie congénitale ou de trouble du rythme potentiellement responsable, suggère de contacter le cardiologue référent pour un contrôle plus rapproché du suivi. De même, un **antécédent familial de mort subite, de syncopes ou d'HTAP** doit faire solliciter l'avis d'un cardio-pédiatre.

(2) Description des palpitations à la recherche de critères évocateurs de troubles du rythme :

- Des palpitations associées à des malaises (syncopes ou lipothymies) ou à des convulsions inexplicables nécessitent une recherche d'atteinte cardiaque sous-jacente.
- L'apparition des palpitations à l'effort est en faveur d'une cardiopathie sous-jacente. Cela justifie un bilan cardiologique avec échocardiographie, Holter ECG et épreuve d'effort, ainsi qu'un arrêt du sport jusqu'à l'avis spécialisé si la suspicion est forte. Néanmoins, au cours d'une activité physique intense ou un stress émotionnel, il est possible de percevoir pendant de brèves périodes sa propre activité cardiaque normale s'apparentant à des palpitations physiologiques en l'absence de tout signe de mauvaise tolérance.
- On explore plus volontiers les palpitations avec récurrences fréquentes, qui majorent la chance de corrélation diagnostic-symptôme par l'enregistrement prolongé (Holter ECG, ou systèmes d'ECG à distance avec télétransmission).
- Le mode apparition / disparition brusque des palpitations, comme un effet interrupteur, fréquemment associé à une sensation douloureuse, est évocateur d'une cause cardiologique rythmique et souvent responsable d'inquiétude. Les autres éléments per-critiques à rechercher dans ce cas sont : régularité / irrégularité du rythme ressenti ; pouls ressenti dans le cou ou non (« signe de la grenouille », très évocateur de tachycardie jonctionnelle et donc rassurant).

(3) Des palpitations invalidantes par leur impact psychologique (anxiété avec appréhension voire altération franche de la qualité de vie) peuvent être une indication au bilan cardiologique spécialisé.

Examen clinique : rarement positif

(4) Une mauvaise tolérance de l'épisode est un critère de gravité et nécessite un diagnostic étiologique rapide, surtout en cas de **signes d'altération hémodynamique** avec perte de connaissance, ce qui est exceptionnel. L'existence de symptômes tels que pâleur et douleur thoracique associés aux palpitations suggère une cause organique. La dyspnée, les pleurs soudains ou le calme inhabituel avec interruption de l'activité chez les plus jeunes enfants sont également à rechercher.

(5) En dehors des épisodes, l'examen recherche des signes de cardiopathie congénitale (souffle cardiaque, cyanose, absence de pouls fémoraux), une arythmie auscultatoire persistante lors de l'apnée (à distinguer de l'arythmie respiratoire banale) ou des signes d'insuffisance cardiaque (dyspnée, pâleur, hépatomégalie, tachycardie de repos, stagnation pondérale).

Électrocardiogramme : très informatif si pathologique

(6) La documentation électrocardiographique d'un trouble du rythme **pendant les symptômes** fournit la preuve d'imputabilité, mais elle est en pratique difficile. Il faut chercher à démontrer la présence ou non d'une corrélation entre les symptômes et l'électrocardiogramme (ECG) ; néanmoins, certains patients ont des extrasystoles qu'ils ne ressentent pas et d'autres une perception subjective d'irrégularité de leur rythme cardiaque malgré un rythme sinusal.

(7) Certaines **anomalies sur l'ECG de repos** dans un bilan de palpitations nécessitent de poursuivre davantage les explorations : extrasystoles auriculaires, extrasystoles ventriculaires, troubles de la conduction (bloc auriculo-ventriculaire), pré-excitation ventriculaire (syndrome de Wolff Parkinson White), trouble de la repolarisation évocatrice de canalopathie (syndrome du QT long congénital, syndrome de Brugada). En cas de suspicion de cardiopathie structurelle, une échocardiographie sera réalisée.

(8) En l'absence d'éléments pathologiques sur l'ECG per ou inter critique, on s'attache à rechercher les diagnostics différentiels à l'interrogatoire et à l'examen clinique (Tableau 1), la pres-

Tableau 1. Palpitations sans cardiopathie sous-jacente.

| | |
|--|--|
| Altération de la perception subjective du rythme cardiaque | |
| Causes extra cardiaques | Fièvre, anémie, hyperthyroïdie, déshydratation, hypoglycémie, malaise vagal, phéochromocytome. |
| Causes psychologiques | Anxiété, attaque de panique. |
| Médicaments ou drogues | Caféine, alcool, drogues (cannabis, cocaïne), psychostimulants (méthylphénidate), béta2-mimétiques. |
| « Tachycardie sinusale inappropriée » | Tachycardie sinusale disproportionnée par rapport à l'activité ou la situation, avec plusieurs mécanismes possibles : déconditionnement musculaire chez l'adolescent (fréquent), dysfonctionnement du système nerveux autonome (plus rare ; tachycardies posturales orthostatiques notamment). |

cription d'examens complémentaires étant guidée par la clinique (en l'absence d'orientation, devant un épisode mal toléré : ionogramme sanguin, bilan thyroïdien). En cas de recherche étiologique négative ou de traitement de l'étiologie supposée inefficace sur les palpitations, et en l'absence de signes nécessitant des investigations (points 1 à 7), une simple réassurance du patient et de sa famille suffit. En fonction de la fréquence et de la durée des symptômes, on peut programmer un examen clinique et un ECG de contrôle à distance et essayer d'obtenir un ECG per-critique lors d'un éventuel épisode ultérieur si celui-ci n'a pas pu être effectué.

■ Conclusion

Les palpitations sont parmi les symptômes cardiologiques les plus courants en consultation. Dans la majorité des cas, il n'y a pas de cardiopathie sous-jacente.

L'interrogatoire difficile en pédiatrie, l'absence fréquente de signes cliniques à l'examen inter-critique et la non-réalisation d'ECG per-critique rendent le diagnostic difficile. L'ECG permet de documenter le rythme cardiaque pendant les palpitations et d'établir ou non l'origine cardiaque.

L'existence de signes cliniques de gravité associés (malaises, insuffisance cardiaque, souffle cardiaque, aggravation par l'effort), ou des antécédents de syncopes ou morts subites familiales justifient un bilan cardiologique spécialisé.

■ Remerciements

Cet article fait partie du numéro supplément « Pas à Pas 2020 » réalisé avec le soutien institutionnel des sociétés Gallia, Procter & Gamble et Sanofi Pasteur.

■ Liens d'intérêts

Aucun.

■ **Mots-clés** Palpitations ; Enfant ; Diagnostic
 ■ **Keywords** Palpitations; Children; Diagnosis

■ Bibliographie

- Raviele, A. *et al.* Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace* **13**, 920–934 (2011).
- Probst, M. A. *et al.* Analysis of Emergency Department Visits for Palpitations (from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey). *The American Journal of Cardiology* **113**, 1685–1690 (2014).
- Sedaghat-Yazdi, F. & Koenig, P. R. The Teenager with Palpitations. *Pediatric Clinics of North America* **61**, 63–79 (2014).