

APP 2 cardio: palpitations et fibrillation auriculaire

Malaise et palpitation

1. Analyse sémiologique du malaise :

Les malaises regroupent les vertiges, les étourdissements et les lipothymies (perte de conscience incomplète, malaise passager caractérisé par une impression angoissante d'évanouissement imminente). Face à un malaise, il faut faire préciser :

- **Les prodromes** (signes avant coureurs) : s'il n'y en a pas c'est une syncope, sinon c'est un malaise général avec sueurs, nausées, vomissement, douleurs thoraciques, palpitations.
- **L'horaire** : diurne, nocturne, post-prandial
- **Les circonstances déclenchantes** : changement de position, compression du cou, effort, émotion, aucune...
- **La durée** : quelques secondes ou quelques minutes (demander aux témoins ou sinon demander le 1^{er} souvenir net du patient)
- **Les signes d'accompagnement** : mouvement convulsifs, perte d'urine, morsure de la langue...
- **La reprise de conscience** : immédiate ou progressive (confusion post critique)
- **Les signes post critique** : les syncopes, les lipothymies et les angors ne donnent aucun signe post critique
- **La notion de blessure** : morsure de la langue, fracture, traumatisme crânien...
- **Début et fin progressif ou brutal.**

2. Causes de palpitations :

Il y a 5 causes de palpitations :

- **Les extrasystoles** : supraventriculaires ou ventriculaires
- **Une tachycardie** (FC > 100/min) : sinusale, supraventriculaire ou ventriculaire
- **Un rythme irrégulier** : extrasystoles, FA, arythmie respiratoire (↑insp et ↓exp)
- **Une bradyarythmie** : rythme cardiaque irrégulier lent
- **Une stimulation catécholergique** (action inotrope et chronotrope +) : stress, effort, excitants...

Mécanismes des troubles du rythme

1. Anomalies de la génération des impulsions :

Certaines cellules myocardiques autres que celles du nœud sinusal peuvent se dépolariser spontanément et ainsi donner des foyers ectopiques. Si ce phénomène est sporadique, cela donne une extrasystole, mais si celui-ci se répète, cela donne une tachycardie.

2. Anomalies de la conduction de l'impulsion : phénomène de réentrée

La dépolarisation de deux cellules myocardiques adjacentes est simultanée. Si ce caractère simultané disparaît, il peut arriver que l'influx partant du nœud sinusal rencontre au cours de sa propagation 1 zone de tissu myocardique dans laquelle il ne peut pénétrer dans le sens normal (antérograde). Cette zone inactivée peut être activée dans le sens inverse (rétrograde). Dans ce cas, lorsque l'influx arrive (dans le sens rétrograde) au niveau du blocage il peut passer et ainsi renouvelé l'activation indépendamment de l'activité du nœud sinusal. Si ce phénomène est sporadique, cela fait une extrasystole, et s'il se répète, il crée une tachycardie (non sinusale).

3. Facteurs favorisant la survenue de l'arythmie :

Ils sont au nombre de huit :

- Le SNA sympathique (stress, effort...)
- L'hyperthyroïdie
- L'hypokaliémie (à l'ECG, allongement du [QT] et onde T négative)
- L'alcool (excite les oreillettes)
- L'âge (vieillesse du tissu auriculaire avec fibrose)
- L'hypoxémie ($\downarrow O_2 \rightarrow FC \uparrow$)
- La fièvre
- Les facteurs anatomiques (dilatation auriculaire)

Identification de quelques troubles du rythme

1. Les extrasystoles :

a) Les extrasystoles auriculaires :

Il y a un foyer ectopique à l'intérieure de l'oreillette. L'ECG montre un QRS normal précédé d'une onde P' différente de l'onde P.



b) Les extrasystoles jonctionnelles :

Il y a un foyer ectopique dans le NAV ou le faisceau de His. Les complexes QRS sont normaux avec une onde P généralement absente mais une onde P' avant, pendant ou après le QRS (généralement pendant).

c) Les extrasystoles ventriculaires :

Le foyer ectopique est ventriculaire, le complexe QRS est donc large et n'est pas précédé d'une onde P.



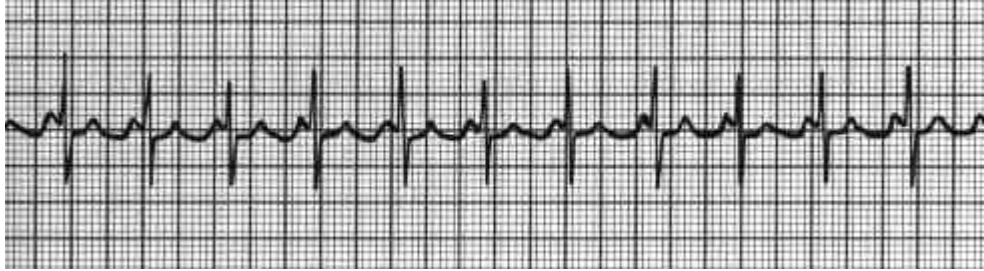
2. La fibrillation auriculaire :

On assiste à une dépolarisation anarchique et désynchronisée des cellules auriculaires. On observe donc une trémulation de la ligne isoélectrique avec des QRS irréguliers et rapides.



3. Le flutter auriculaire :

On assiste à un phénomène de macro réentrée intra-auriculaire. On observe alors une onde F (de flutter) en dent de scie qui remplace les ondes P. il n'y a pas de retour à la ligne isoélectrique et l'activité auriculaire est de 300/min.



NB : -si QRS fin → origine supraventriculaire
-si QRS large → origine ventriculaire

La fibrillation auriculaire

1. Chronique ou paroxystique :

- Chronique : dure longtemps, au moins un mois, rechercher un cœur pathologique.
- Paroxystique : survient par crise de durée moindre et se termine spontanément, rechercher un cœur sain.

2. Facteurs favorisants :

- HTA
- HVG (cardiopathie dilatée)
- Ischémie
- Pathologie mitrale (RM+++)
- Post opératoire de chirurgie cardiaque
- Péricardite
- Congénital
- Dilatation auriculaire

3. Complications :

- a) **Thrombo-emboliques** : stase sanguine dans un cœur le plus souvent dilaté et remanié. Le risque artériel est un AVC ischémique ou une ischémie des membres

- b) ***Hémodynamiques*** : diminution du débit due à la perte de la systole auriculaire et diminution du remplissage ventriculaire lié à la tachycardie. Les conséquences sont donc une augmentation de la conso en O₂ du myocarde (angor) et une diminution de l'éjection ventriculaire (IC, hypotension).