



ARCFA

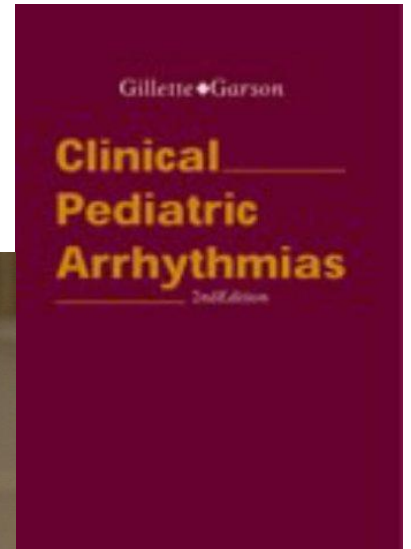
Diagnostic des palpitations en 2018



M3C

Questions clefs d'après Arthur Garson

1. Nombre d'épisodes ou de crises ?
2. Fréquence des épisodes ?
3. Durée des épisodes ?
4. Facteurs déclenchants ?
5. (Mode de début et de fin ?)
6. Quelle est le teint ?
7. Où les palpitations sont elles ressenties ?
8. Qu'est ce qui arrête la crise ?
9. (Prise du pouls ?)



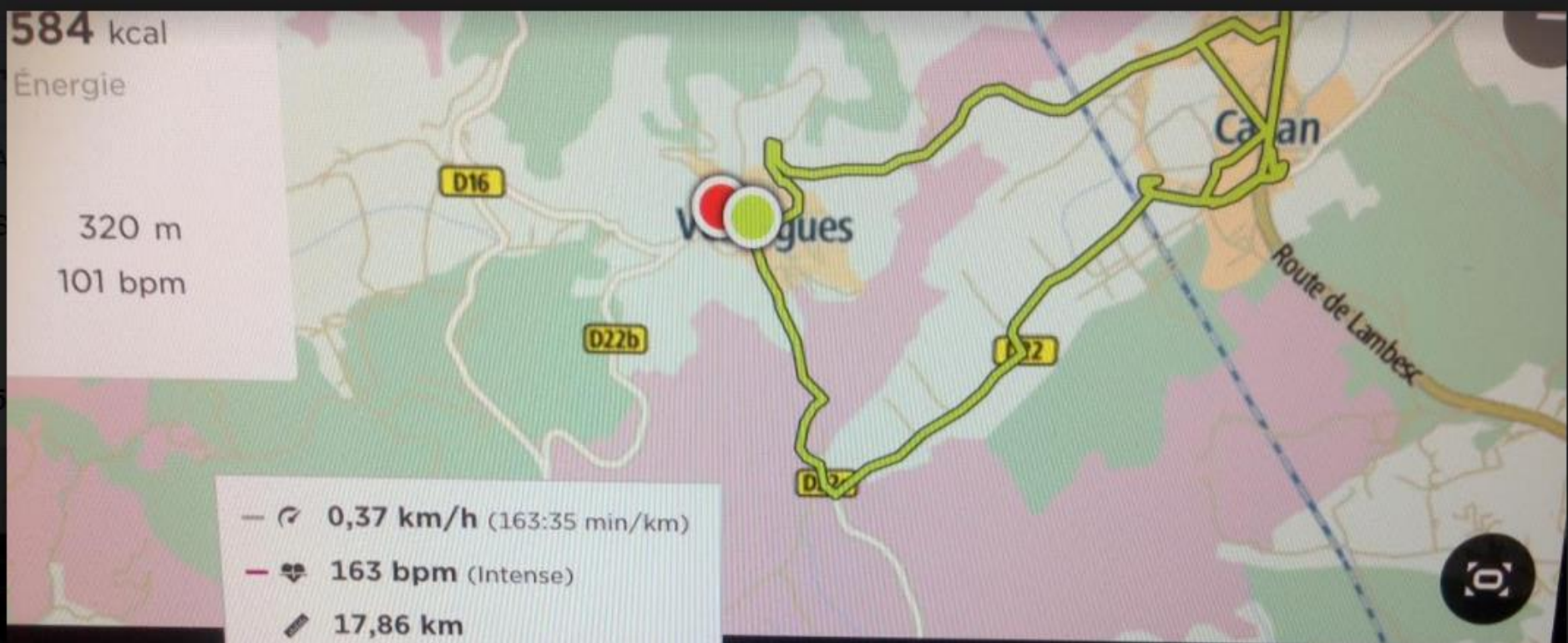
	TSV Probable	TSV peu vraisemblable
Nombre d'épisodes ou de crises ?	Plusieurs	Unique
Fréquence des épisodes ?	Mensuel	Quotidien
Durée des épisodes ?	5 à 30 minutes	qq secondes
Facteurs déclenchants ?	Aucun spécifique, mouvement brusque	Endormissement, post effort
Mode de début et de fin ?	Début brusque, fin souvent progressive	Début et fin progressive
Quelle est le teint ?	Pâle, en sueur	Coloré
Où les palpitations sont elles ressenties ?	Thorax, ventre, cou	Thorax
Qu'est ce qui arrête la crise ?	Réflexe nauséux, vomissement, déglutition, Valsalva	Repos
Prise du pouls ?	Imprenable	Fort, plus rapide

584 kcal

Énergie

320 m

101 bpm



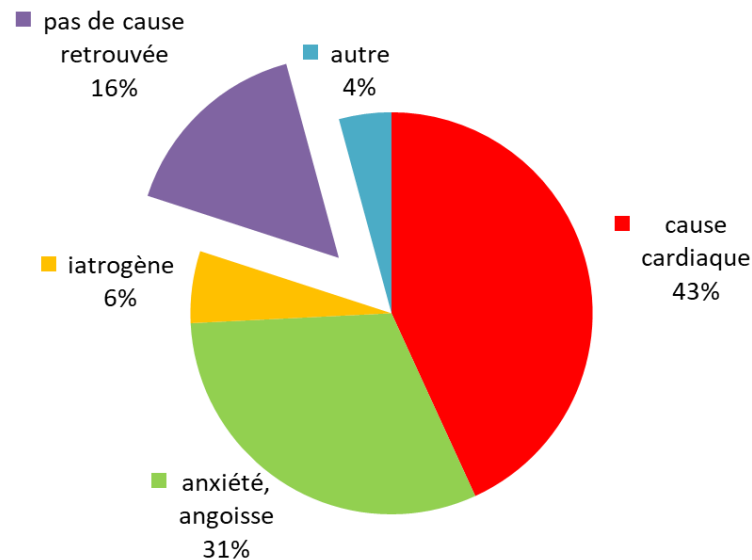
- 🏍️ 0,37 km/h (163:35 min/km)
- ❤️ 163 bpm (Intense)
- 📏 17,86 km
- ▲ 123 m



Etiologie des palpitations

- Chez l'adulte

Weber et al. Am J Med 1996



- Chez l'enfant: 15% de TSV

Saarel et al. Pediatrics 2004

- Trouble du rythme
ESA, ESV, TSV, TV
- Causes cardiaques autres
Prolapsus mitral
Myocardopathie, Myo-péricardite
- Causes extra-cardiaques
Anémie
Hyperthyroïdie
Fièvre
Hypovolémie
POT syndrome
Syndrome d'hyperventilation
- Causes Psy
Anxiété, Crise d'angoisse, ...
- Iatrogène
Boisson caféinée
Alcool
Tabac
 β 2 mimétique
Psycho stimulant

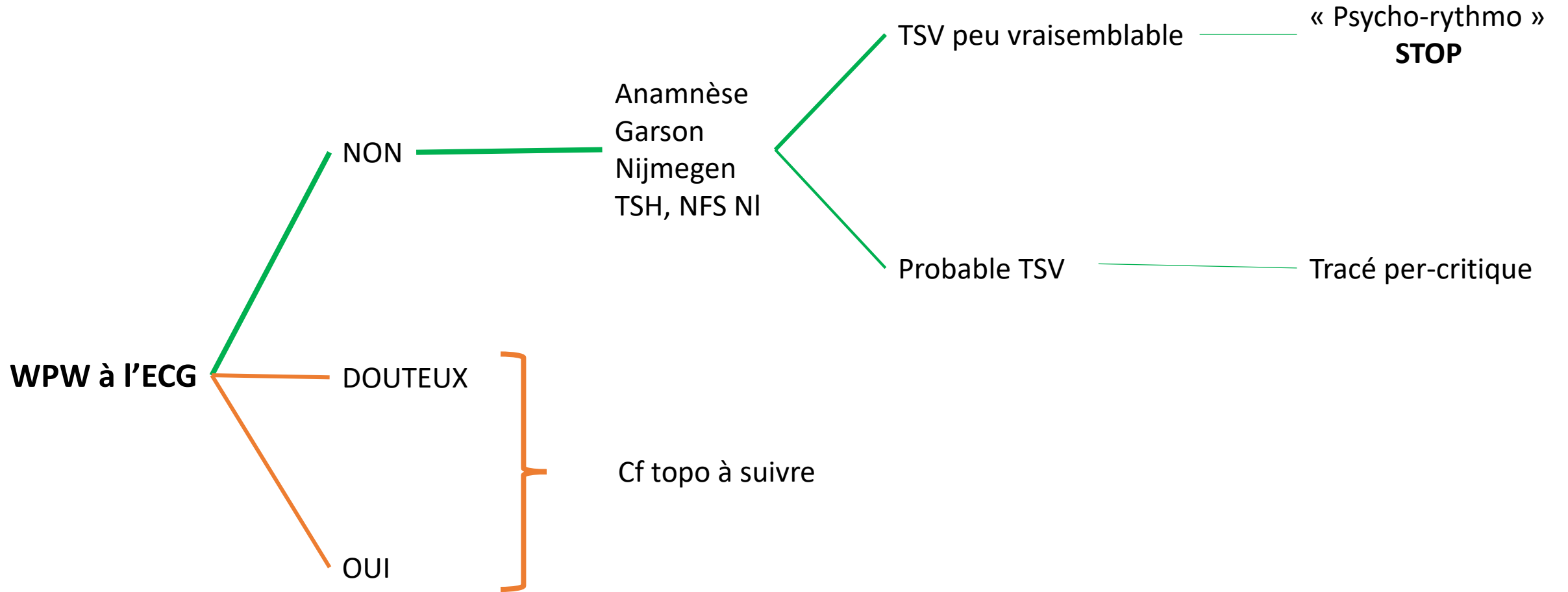
Quels examens complémentaires ?

- ECG 12 D (WPW)
- TSH, NFS ?
- ETT ?
- Score de NIJMEGEN

Douleur thoracique	<input type="text" value="jamais"/>	0
Tension nerveuse	<input type="text" value="jamais"/>	0
Vision floue	<input type="text" value="jamais"/>	0
Vertiges	<input type="text" value="jamais"/>	0
Confusion ou perte de contact avec la réalité	<input type="text" value="jamais"/>	0
Respiration rapide ou profonde	<input type="text" value="jamais"/>	0
Essoufflement	<input type="text" value="jamais"/>	0
Serrement dans la poitrine	<input type="text" value="jamais"/>	0
Ballonnement de l'estomac	<input type="text" value="jamais"/>	0
Fourmillements dans les doigts	<input type="text" value="jamais"/>	0
Difficulté à respirer profondément	<input type="text" value="jamais"/>	0
Raideur ou crampes dans les mains et doigts	<input type="text" value="jamais"/>	0
Contraction de la bouche	<input type="text" value="jamais"/>	0
Mains ou pieds froids	<input type="text" value="jamais"/>	0
Palpitations dans la poitrine	<input type="text" value="jamais"/>	0
Anxiété	<input type="text" value="jamais"/>	0
TOTAL		0
Syndrome d'hyperventilation		IMPROBABLE

Jamais = 0
Rarement = 1
Parfois = 2
Souvent = 3
Très souvent = 4

Dg positif d'hyperventilation si score > 23/64



Dans 50% des cas, les palpitations s'apaisent au terme de ce bilan de débrouillage

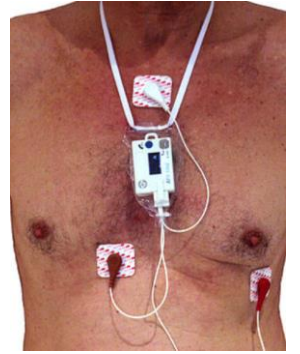
Tracé per-critique

- Holter (24h, 48h, ...) si symptômes > 2/semaine
- Holter longue durée
- Certificat médical pour réalisation d'un ECG rapide si crise moins fréquente mais assez longue
- Enregistreur d'événement
 - R-test
 - Vitaphone, cardiomémo, ...
- (Holter implantable)
 - Reveal, Reveal link



Sorin: 1-3j

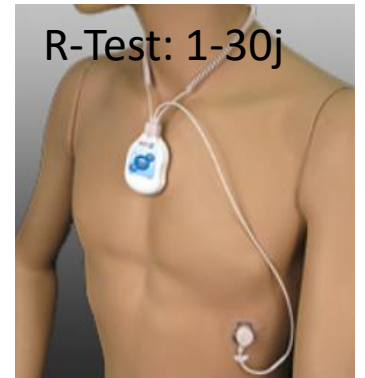
Suply:1-21j



Spider flash: 1-21j



R-Test: 1-30j



Rapport : Lecture réalisée sous réserve de la clinique

Page: 1 of 2

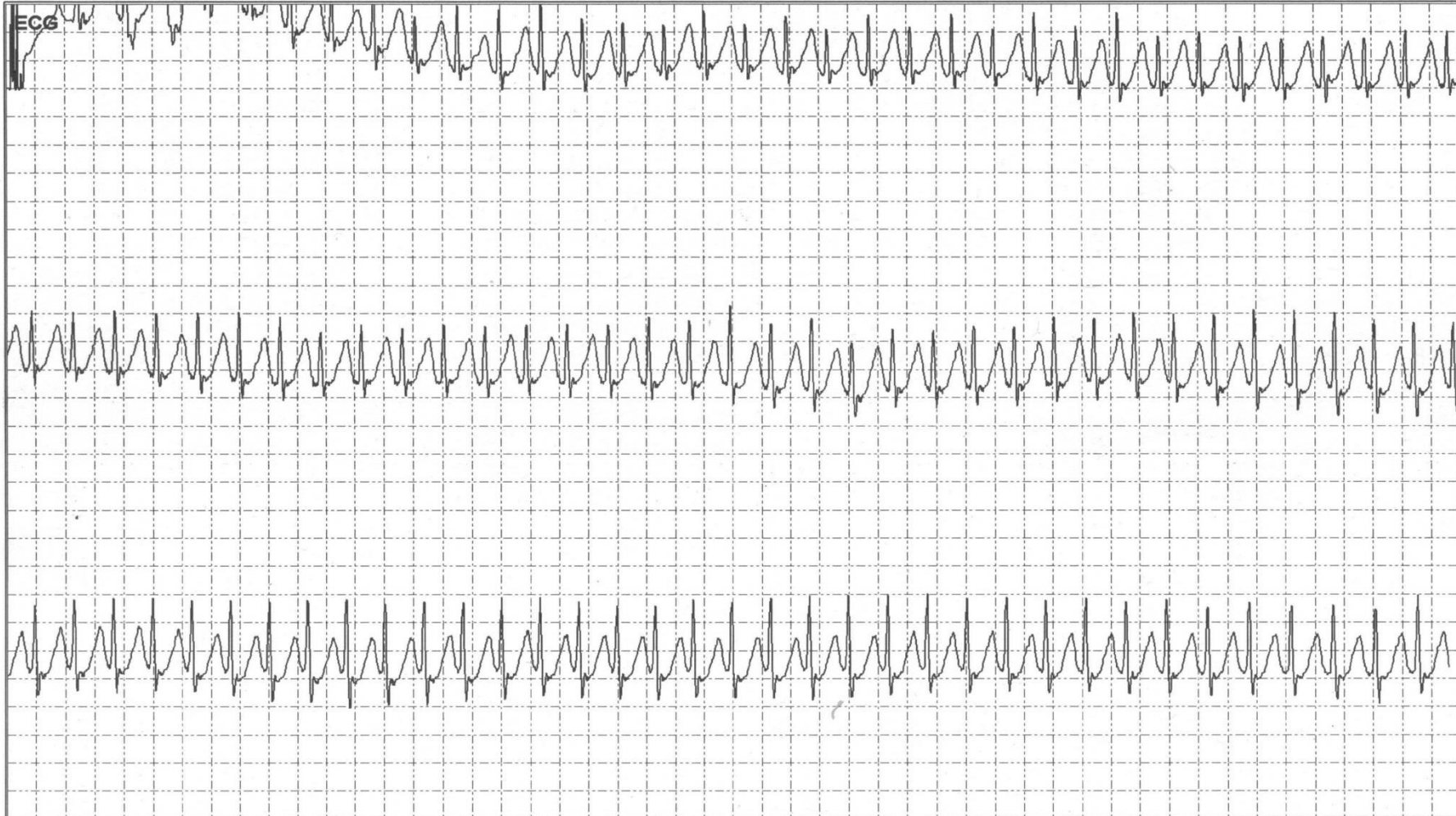
Event: 1/1

Nom Médecin	Code Médecin	First, Middle, Last Name	Sexe	Age
MALTRET ALICE	MD0178	LETSYR01042009F LETSYR01042009F	Female	4.

Remarque(s) technique(s) (éventuelles)

Lecteur:

Signature :

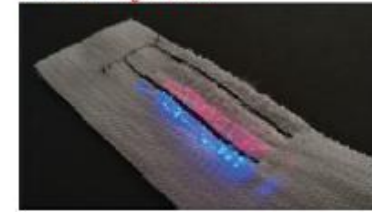
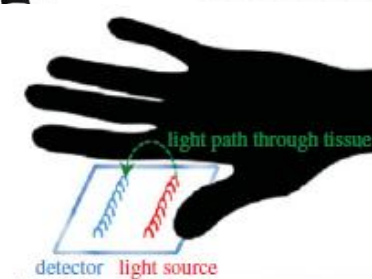
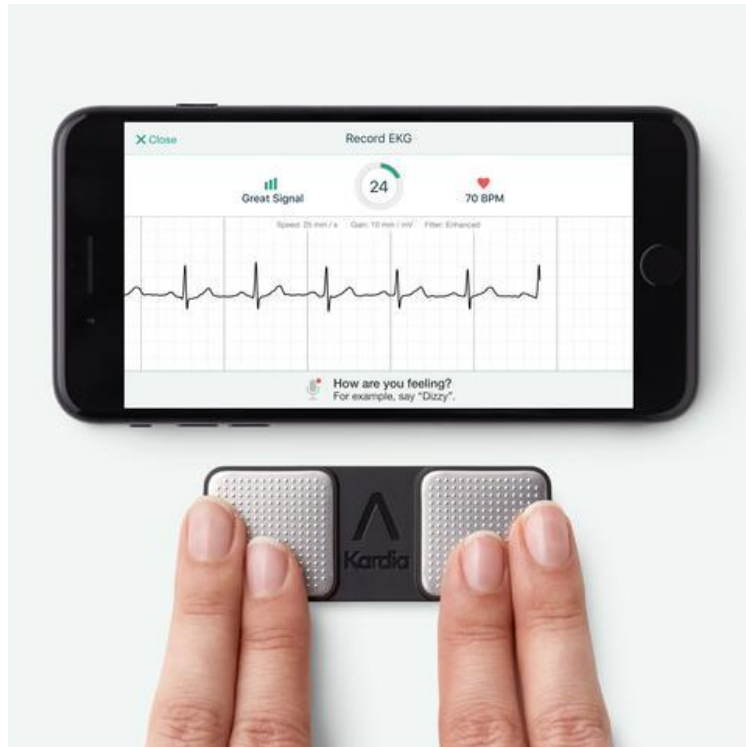


Résolution : 25mm/sec - 10mm/mv Appel. Moniteur : H1001 CardioMemo Enregistré : Cardio Reçu le: 14/01/2014 20:21:24 Imprimé : 14/01/2014

[mm] 0 10 20 30 40 [sec] 0 1 2 [mv] 0 1 2 3 4 ECG Inversé.

Moyens modernes

- Alivecor - Kardia



Patient:
Enregistré:
Fréquence cardiaque:

dimanche 4 février 2018 à 16:27:44
258 bpm Durée: 1min

Notes:
Finding by
Kardia:

Nick when h...
Illisible

Kardia

Filtre amélioré, Mains filter: 50Hz Scale: 25mm/s, 10mm/mV



Place de l'exploration électro physiologique

PACES/HRS expert consensus statement on the use of catheter ablation in children

Class IIa Ablation can be useful in the following cases:

1. Recurrent[#] clinical symptoms clearly consistent with paroxysmal SVT in larger* patients, and one of the following: evidence of AV accessory pathway involvement; inducible SVT (LOE: C).

Class IIIb Ablation can be reasonable for the following cases:

1. Slow pathway modification in larger* patients with clinical symptoms clearly consistent with paroxysmal SVT but not documented, when SVT is not inducible at electrophysiological testing but evidence for dual AV nodal physiology with or without single AV nodal echoes is demonstrated. (LOE: C). Cryotherapy should be considered for slow pathway modification (LOE: B).
2. Recurrent[#] clinical symptoms clearly consistent with paroxysmal SVT in smaller* patients, and one of the following at the electrophysiology study: evidence of AV accessory pathway involvement; inducible SVT (LOE: C). Medical therapy should be considered prior to ablation (LOE: C). Cryotherapy should be considered for slow pathway modification (LOE: B).

- EEP devant palpitation évocatrice de TSV
 - Grand enfant
 - Ablation si VA et tachy. inducible
- EEP devant palpitation évocatrice de TSV
 - Grand enfant
 - Dualité nodale sans tachy. inducible
 - Cryo
- EEP devant palpitation évocatrice de TSV
 - Petit enfant
 - VA ou dualité nodale, tachy. inducible
 - TTT médical
 - Cryo si dualité nodale

Take home message

- La plupart des palpitations n'ont pas de cause identifiées
- Eliminer un WPW
- Ne pas traiter une TSV supposée non documentée

