



Item337-Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un malaise, une perte de connaissance, une crise comitiale chez l'adulte. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RP: Syncope / HAS / 2008 - Syncope / ESC / 2009 - Polycopié National: - Polycopié National: Item-105.pdf	- Syncope: hypoperfusion cérébrale (3) - Hypotension orthostatique - Syncope vaso-vagale - Cardio: TdC / TdR / IDM / RAo / EP - Non syncopal = 3 (épilepsie / hypoG / TC) - Confusion post-critique - PA aux 2 bras couché/debout - Auscultation: souffle (TSA) - Test d'inclinaison (vaso-vagal)	- Facteurs déclenchant - Prise médicamenteuse - Glycémie capillaire / veineuse - ECG (+/- holter ou ETT) - Troponine si FdR CV - TDM cérébrale si trauma

Généralités

Perte de connaissance (PC)

- = suspension de la conscience brève (sec à min) spontanément et entièrement réversible

Devant une perte de connaissance, distinguer

- **Causes syncopales (3)**
 - Par baisse globale et transitoire du débit de perfusion cérébrale
 - = étiologies cardiaques / hypotension orthostatique / malaise vagal
- **Causes non syncopales (3)**
 - Pas d'ischémie cérébrale à l'origine de la perte de connaissance
 - = crise comitiale +++ / hypoglycémie / trauma crânien

En pratique, principal problème diagnostique = distinction syncope / crise comitiale

Syncope	Crise comitiale
<ul style="list-style-type: none"> • durée brève (< 1min) • retour rapide à la conscience • atonie / pas de mouvements 	<ul style="list-style-type: none"> • durée prolongée (> 5min) • confusion post-critique • hypertonie / mouvements anormaux
!! morsure de langue et perte d'urine ne sont pas spécifiques	

Etiologies

Syncope (classification HAS 08 / ESC 09)

- **Etiologies cardiaques (5)**
 - **Arythmies**
 - Troubles de la conduction +++ : BAV2M2 / **BAV3** et BSA 2/3 (cf [Troubles de la conduction intracardiaque](#))
 - Troubles du rythme: tachycardie (TV ++) ou bradycardie brutale (cf [Palpitations](#))
 - **Autres cardiopathies**
 - Coronaropathie: angor syncopal et IDM (cf [Syndromes coronariens aigus](#))
 - Rétrécissement aortique: syncope d'effort (cf [Valvulopathies - Insuffisance aortique](#))
 - Embolie pulmonaire syncopale (cf [Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire](#))
 - Myxome de l'OG: syncope positionnelle (cf obstruction)
 - Autres causes de syncope d'effort: CMH obstructive / HTAP sévère

- **Etiologies réflexes**
 - **Syncope vaso-vagale +++**
 - !! Type de syncope le plus fréquent / parasympathique
 - → par diminution brutale des résistances périphériques
 - **Hypersensibilité sino-carotidienne**
 - cf bradycardie et vasodilatation réflexe
 - **Causes:** rasage / col trop serré...
 - **Syncopes situationnelles**
 - Même mécanisme que syncope vaso-vagale (parasympathique)
 - **Causes:** syncope mictionnelle / ictus laryngé / défécation, etc.
- **Hypotension orthostatique**
 - **Dysautonomie**
 - Primaire (Parkinson / AMS)
 - Secondaire: neuropathie (diabète ++ / amylose / SGB)
 - **Iatrogène / toxiques**
 - Prise médicamenteuse +++ (**BB-**) / Intoxication alcoolique
 - **Hypovolémie**
 - Vraie (hémorragie) / fonctionnelle (déshydratation / ISA)
- Pertes de connaissance non syncopales**
- **Crise comitiale** (cf **Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.**)
 - **Etiologies générales**
 - **Toxiques:** alcool ++ / médicaments ++ / drogues
 - **Métaboliques:** hypoglycémie ++ / THE / IRC ou IHC
 - **Etiologies cérébrales**
 - **Infectieuses:** méningite / encéphalite / abcès
 - **Tumorales:** tumeurs hémisphériques (gliomes, méningiomes, métastases)
 - **Vasculaires:** AVC ischémiques / hématome / thrombophlébite / HSA
 - **Traumatiques:** trauma récent ou ancien
- **Hypoglycémie** (cf **Hypoglycémie chez l'adulte et l'enfant**)
 - **Hypoglycémies iatrogènes/toxiques**
 - Traitement antidiabétique: sulfamides et insuline +++
 - Alcool ++ chez un sujet non diabétique
 - Médicaments: quinine / BB à forte doses
 - **Hypoglycémies organiques**
 - Avec hyperinsulinisme = insulinome
 - Sans hyperinsulinisme: IHC sévère / ISA ou corticotrope
 - **!! Remarque: hypoglycémies fonctionnelles**
 - Malaise (syndrome neurovégétatif) mais **jamais de PC (A savoir !)**
- **Trauma crânien** (cf **Polytraumatisme.**)
 - Hématome extra-dural / hématome sous-dural / HM traumatique
 - Agressions cérébrales secondaires d'origine ischémique (ACSOS)

Diagnostic

Examen clinique devant toute PC

- **Interrogatoire (+++ / témoins si possible)**
 - **Antécédents:** **cardiopathie** / neurologiques / **diabète** / atcd familiaux de mort subite
 - **Prises/intoxications:** **médicaments** ++ / alcool / toxiques (**A savoir !**)
 - **Anamnèse:** facteurs déclenchant / notion de **traumatisme**
 - **Caractéristiques du malaise (5) (HAS 08)**
 - **Prodromes +++ :** brouillard visuel / palpitations / dyspnée, etc.
 - **Circonstances de survenue:** en décubitus, stress, post-prandial.
 - **Perte de connaissance:** complète ou incomplète / **durée** de la PC
 - **Signes associés:** pâleur / sueurs / perte d'urine / **mouvements** anormaux, etc.
 - **Retour à la conscience:** déficit post-critique / chute et conséquences
- **Examen physique**
 - **Examen cardio-vasculaire**
 - **PA** aux 2 bras ; couché/debout (cf **hypotension orthostatique A savoir !**) Diagnostic si ↓ **PA**s ≥ 20mmHg et/ou **PA**d ≥ 10mmHg à 1-2-3min
 - **Auscultation** cardiaque + TSA: **souffle** de RAO / carotidien (**A savoir !**)
 - Recherche d'une hypersensibilité sino-carotidienne (massage carotidien)
 - FC / pouls (diabète) / insuffisance veineuse / signes d'ICC

- Examen neurologique
 - Rechercher signe focal / déficit sensitivo-moteur
 - Signe en faveur d'une cause générale ou focale d'épilepsie
- Examen traumatologique
 - Recherche plaie / fracture / luxation (!! SAT-VAT si plaie)
 - Morsure de langue (!! pas d'orientation étiologique ; non spécifique)
- !! NPO systématiquement (A savoir !)
 - ECG 12 dérivations
 - Glycémie capillaire

Diagnostic « syndromique »

- Syncope
 - Symptomatologie typique
 - PC brutale complète à l'emporte-pièce (dite « Adams-Stoke »)
 - Durée brève: typiquement < **1min** (max: 2/3 min)
 - Sujet immobile / **atonie** musculaire
 - Résolution spontanée et complète / **pas de confusion** post-critique ++
 - Si PC incomplète = lipothymie
 - Sensation de faiblesse généralisée / « brouillard visuel », etc.
 - Régression spontanée < 1min pas de signes neurologique focal (sinon [Accidents vasculaires cérébraux \(AVC\)](#).)
 - !! Même signification diagnostique et pronostique qu'une syncope
- Crise comitiale
 - Crise généralisée tonico-clonique typique
 - Perte de connaissance brutale inaugurale (= chute)
 - Phase tonique (10-20s) = contraction musculaire généralisée + S végétatifs
 - Phase clonique (30s) = contractions musculaires rythmiques bilatérales
 - Phase résolutive (qqes min) = perte d'urine + coma hypotonique
 - Signes post-critiques
 - Retour progressif à la conscience: **confusion** post-critique (≠ syncope)
 - Stertor: respiration bruyante (cf sécrétions muqueuses pdt phase tonique)
 - Morsure latérale (≠ pointe) de la langue pendant la phase clonique
 - Au total, durée de l'épisode ~ **15-20min**: plus **long** que syncope +++
- Malaise hypoglycémique
 - Syndrome neurovégétatif: précède la PDC
 - Signes adrénergiques
 - sueurs +++ / pâleur / tremblements
 - palpitations / tachycardie (voire angor)
 - Syndrome neuro-glucopénique
 - = glucopénie cérébrale: plus de compensation efficace
 - **Tableau neurologique polymorphe +++**
 - céphalées / diplopie / hémiplegie transitoire / paresthésie
 - sensation de froid / crise comitiale généralisée / confusion
- Perte de connaissance traumatique
 - Circonstance de survenue = traumatisme
 - !! Si intervalle libre: évocateur d'un HED

Diagnostic étiologique

- !! seul l'ECG est indispensable / le reste dépend de l'orientation clinique
- Bilan paraclinique devant une syncope
 - Examens systématiques en urgence (5) +++
 - ECG de repos 12 dérivations: recherche [TdC / TdR / SCA] (A savoir !)
 - iono (K+) / troponine / glycémie / NFS-protidémie (hypovolémie)
 - Examen selon orientation étiologique (à faire si cardiopathie sous-jacente)
 - Holter-ECG des 24h ou télémétrie (scope): si orientation vers TdC +++
 - Test d'inclinaison (Tilt-test): si orientation vers syncope vaso-vagale
 - ETT: pour recherche valvulopathie / cardiopathie (IC)
 - EEP endocavitaire: recherche TdC +/- SVP pour recherche TdR
- Bilan paraclinique devant une crise comitiale
 - Pour diagnostic positif: EEG
 - Systématique après tout 1er épisode / à distance de la crise sauf EME
 - Anomalies paroxystiques inter-critiques: pointes / ondes / polypointes-ondes
 - Pour diagnostic étiologique
 - Bilan biologique
 - Systématique: glycémie +++ / NFS-P / TP-TCA / iono-créat
 - +/- : PL si fièvre / alcoolémie / dosage urinaire toxique/Mdts

- **Imagerie cérébrale**
 - IRM cérébrale avec Gado / à défaut: TDM avec inj. de PdC
 - systématique devant toute 1ère crise d'épilepsie et si chute
- **Bilan paraclinique devant un malaise hypoglycémique**
 - **Glycémie capillaire** en 1ère intention / systématique devant toute PDC (**A savoir !**)
 - **Glycémie veineuse**: pour confirmation = [glc]v < 0.5g/L
 - **Epreuve de jeun**: pour diagnostic étiologique: cf [Hypoglycémie chez l'adulte et l'enfant](#)
- **Bilan paraclinique devant une PC traumatique**
 - **TDM cérébral sans injection en urgence +++**
 - HED = Hyperdensité en **lentille biconvexe** extra-parenchymateuse
 - HSD = Hyperdensité en **lentille biconcave (croissant)** intra-parenchymateuse

Traitement

Prise en charge

- **CAT pré-hospitalière (schéma P.A.S) devant toute PDC**
 - **Protéger**: mettre le patient en lieu sûr / baliser la chaussée
 - **Avertir**: appeler SAMU (15) / Pompiers (18)
 - **Secourir**: allonger en PLS / libération des VAS
- **Indications de l'hospitalisation devant une syncope aux urgences (!! HAS 08)**
 - **Pour le diagnostic si (5)**
 - cardiopathie sous-jacente connue
 - syncope d'effort
 - histoire familiale de mort subite
 - palpitations avant la syncope
 - syncope survenant en décubitus
 - **Pour le traitement si**
 - syncope sur arythmie cardiaque
 - syncope sur ischémie cardiaque
 - complications traumatiques
- **!! Dans tous les cas: rechercher une participation iatrogène**
 - **et ARRÊT des médicaments**: si bradycardie ou hypotension ++
 - BB → hypotension orthostatique / BAV
 - Diurétiques → dyskaliémie +/- TdC et TdR
 - Amiodarone → dyskaliémie / TDP / BAV

Traitement étiologique

- **Devant une perte de connaissance syncopale**
 - **Syncope de cause cardiaque**
 - Si trouble de conduction: indication formelle à un pace-maker (cf [Troubles de la conduction intracardiaque](#))
 - Si rétrécissement aortique: indication formelle à une prothèse valvulaire
 - **Syncope réflexe / vaso-vagale**
 - Education du patient +++ : éviter les facteurs déclenchant
 - CAT si prodromes / manoeuvre pour éviter la survenue (s'allonger ++)
 - Reprendre l'ordonnance: éviter les médicaments hypotenseurs
 - **Syncope sur hypotension orthostatique**
 - MHD: hydratation suffisante / lever progressif en 2 temps
 - Bas de contention (à mettre avant le lever)
 - Traitement médicamenteux: fludrocortisone / midodrine (Gutron®)
- **Devant une perte de connaissance non syncopale**
 - **Crise comitiale**
 - Pas d'indication à un traitement de fond si 1ère crise comitiale
 - Rechercher et traiter une étiologie (métabolique, neurologique..)
 - **Hypoglycémie**
 - En urgence: resucrage par G30 en IV +/- glucagon et G10 ensuite
 - Au décours: reprendre éducation du patient sous insuline / sulfamide
 - **Trauma crânien**
 - Prise en charge des complications (HSD / HED)

Surveillance

- Consulter si récurrence devant une 1ère perte de connaissance +++

Synthèse pour questions fermées

4 causes mécaniques fréquentes de syncope

RA serré / CMH obstructive / EP / Tamponnade

5 causes de syncope à l'effort

RA serré / CMH obstructive / Angor de Prinzmetal / HTAP / Troubles du rythme ventriculaire

5 examens biologiques à réaliser systématiquement en cas de syncope

ECG / Kaliémie / Troponine / NFS / Glycémie