

Item 337 – Malaise, Perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte

Définitions				
Syncope	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ischémie cérébrale transitoire (car diminution débit cérébral de plus de 50%), PdC complète (chute + amnésie) brutale, pas de prodromes, brève, retour rapide à état de conscience normal, hypotonie 			
Lipothymie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PdC incomplète, pas d'amnésie, reste vigilant, peut s'allonger/s'asseoir, brève, retour rapide à la conscience 			
Etiologies				
Origine cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bradycardie sinusale (iatrogène, hypothyroïdie, idiopathique) ▪ BSA ++ (lors introduction Tt anti-arythmique ou bradycardisant) ▪ BAV II2 ou III => syncope d'Adams-Stokes ▪ Troubles conduction intra-ventriculaire (BAV I + BBG, BAV I + BBD + HB) ▪ Trb rythme supraventriculaire (FA, Flutter, tachycardie atriale, tachycardie jonctionnelle) <ul style="list-style-type: none"> - Bien tolérés - Si syncope/lipothymie, craindre : dysfonction VG sévère, TV très rapide, dysfonction sinusale ▪ Trb rythme ventriculaire <ul style="list-style-type: none"> - TV : tolérance variable - TdP - Fibrillation ventriculaire : cause d'ACR mais pas de syncope/lipothymie ▪ Obstacles à éjection ou remplissage cardiaque <ul style="list-style-type: none"> - Relation avec effort ou position 			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cœur gauche</th> <th>Cœur droit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - RAC - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive - Thrombose obstructive de prothèse valvulaire mécanique - Tumeurs obstructives de OG - Volumineuses végétations des valves aortiques et mitrales - Rétrécissement mitral </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - EP massive - HTAP - Cardiopathies congénitales - Rétrécissement pulmonaire - Tamponnade </td> </tr> </tbody> </table>	Cœur gauche	Cœur droit	<ul style="list-style-type: none"> - RAC - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive - Thrombose obstructive de prothèse valvulaire mécanique - Tumeurs obstructives de OG - Volumineuses végétations des valves aortiques et mitrales - Rétrécissement mitral
Cœur gauche	Cœur droit			
<ul style="list-style-type: none"> - RAC - Cardiomyopathie hypertrophique obstructive - Thrombose obstructive de prothèse valvulaire mécanique - Tumeurs obstructives de OG - Volumineuses végétations des valves aortiques et mitrales - Rétrécissement mitral 	<ul style="list-style-type: none"> - EP massive - HTAP - Cardiopathies congénitales - Rétrécissement pulmonaire - Tamponnade 			
Syncopes circulatoires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syncope vaso-vagale ++++ : vasoplégie + ralentissement brutal de la FC <ul style="list-style-type: none"> - Sujet jeune, per-prandial, émotion/chaleur/douleur/foule/sang/décours exercice physique/ stress - <u>Prodromes</u> : asthénie, difficultés de concentration, flou visuel, paresthésies diffuses, bâillements, pâleur, sueurs, pesanteur épigastrique, nausées, éructations - <u>Per critique</u> : hypotension, bradycardie - Tt atropine + surélévation MI - <u>Décours</u> : pas de confusion post-critique, asthénie, persistance symptômes, vomissements ++ - Eliminer SCA inf ▪ Hypersensibilité sino-carotidienne = Syndrome du glomus carotidien <ul style="list-style-type: none"> - Agé avec lésions athéromateuses - Compression du glomus carotidien : mouvements brutaux de la tête en rotation externe, rasage, serrage col/cravate - Diagnostique par massage sino-carotidien ▪ HTOS ++++++ la plus fréquente : <ul style="list-style-type: none"> - \surdPAS ≥ 30 +/- chute PAM ≥ 20 - <i>Attention</i> aux Tt cardiotropes, neurotropes et psychotropes 			

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Etiologies exceptionnelles</u>: hypovolémie sévère, insuffisance veineuse sévère, endocrinopathie, dysautonomie, Sd de Shy-Dragger ou de Bradburg-Eggleston ▪ Vol sous-clavier : <ul style="list-style-type: none"> - = sténose de a. sous-clavière => inversion du flux sanguin - Asymétrie tensionnelle aux 2 bras + écho TSA 						
Diagnostic différentiel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Affections neurologiques</u>: épilepsie, crise comitiale, AIT/AC, trb équilibre et marche du sujet âgé, vertiges, catalepsie, cataplexie, narcolepsie ▪ <u>Affections psychiatriques</u>: attaque de panique, crise de spasmophilie ou tétanie, hystérie ▪ <u>Comas métaboliques ou toxiques</u>: hypoglycémie, monoxyde de carbone, alcoolisme aigu 						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Arguments cliniques pour une origine cardiaque ou non cardiaque a la syncope</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">plus souvent associé à une cause cardiaque de syncope</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">plus souvent associé à une cause non cardiaque de syncope (HTO, syncope VV)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Age > 60ans - sexe masculin - cardiomyopathie ou troubles de rythme/conduction connus - absence de prodromes ou be=refs prodromes à type de palpitations - syncope d'effort - syncope de décubitus - anomalie de l'examen clinique - faible nombre d'épisode de syncope (1 ou 2) - histoire familiale de mort subite (< 50 ans) - élévation de troponine </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Age jeune - Absence de maladie cardiaque connue - Syncope survenue lors de passage à la position debout - Prodromes: nausées, vomissements, bouffée de chaleur - Présence de triggers spécifiques: déshydratation, station debout prolongée, douleur, évènement stressant - Triggers situationnels: touw, rire, miction, défécation, déglutition - Récurrences fréquentes et histoire ancienne de syncopes avec des caractéristiques similaires </td> </tr> </tbody> </table>	Arguments cliniques pour une origine cardiaque ou non cardiaque a la syncope		plus souvent associé à une cause cardiaque de syncope	plus souvent associé à une cause non cardiaque de syncope (HTO, syncope VV)	<ul style="list-style-type: none"> - Age > 60ans - sexe masculin - cardiomyopathie ou troubles de rythme/conduction connus - absence de prodromes ou be=refs prodromes à type de palpitations - syncope d'effort - syncope de décubitus - anomalie de l'examen clinique - faible nombre d'épisode de syncope (1 ou 2) - histoire familiale de mort subite (< 50 ans) - élévation de troponine 	<ul style="list-style-type: none"> - Age jeune - Absence de maladie cardiaque connue - Syncope survenue lors de passage à la position debout - Prodromes: nausées, vomissements, bouffée de chaleur - Présence de triggers spécifiques: déshydratation, station debout prolongée, douleur, évènement stressant - Triggers situationnels: touw, rire, miction, défécation, déglutition - Récurrences fréquentes et histoire ancienne de syncopes avec des caractéristiques similaires
	Arguments cliniques pour une origine cardiaque ou non cardiaque a la syncope						
plus souvent associé à une cause cardiaque de syncope	plus souvent associé à une cause non cardiaque de syncope (HTO, syncope VV)						
<ul style="list-style-type: none"> - Age > 60ans - sexe masculin - cardiomyopathie ou troubles de rythme/conduction connus - absence de prodromes ou be=refs prodromes à type de palpitations - syncope d'effort - syncope de décubitus - anomalie de l'examen clinique - faible nombre d'épisode de syncope (1 ou 2) - histoire familiale de mort subite (< 50 ans) - élévation de troponine 	<ul style="list-style-type: none"> - Age jeune - Absence de maladie cardiaque connue - Syncope survenue lors de passage à la position debout - Prodromes: nausées, vomissements, bouffée de chaleur - Présence de triggers spécifiques: déshydratation, station debout prolongée, douleur, évènement stressant - Triggers situationnels: touw, rire, miction, défécation, déglutition - Récurrences fréquentes et histoire ancienne de syncopes avec des caractéristiques similaires 						
Examens complémentaires							
1 ^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ECG 12D causes directes (<i>paralysie sinusale, BSA, BAV III, salves de TV ou TdP ?</i>) ou causes indirectes (<i>EP, SCA, cardiopathie sous-jacente, QT long, BBD avec sus-décalage ST (Sd Brugada), pré-excitation ventriculaire, blocs bi- / tri-fasciculaires</i>) + Test à aimant chez porteur de PM ▪ Bilan bio : ciblé selon évaluation clinique initiale ▪ <u>Imagerie</u> : écho cardiaque si suspicion cause cardiaque 						
2 ^{nde} intention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Holter rythmique ▪ EEP = exploration du faisceau de His. A effectuer si anomalies ECG ou cardiopathie sous-jacente ▪ Tilt-test : si suspicion syncope vaso-vagale ou HTO ▪ Holter implantable ▪ ECG d'effort : si suspicion arythmie ventriculaire ▪ Autres : angio-TDM, coronarographie, IRM cardiaque 						

Hospitalisation ?	Indications d'hospitalisation pour surveillance télémétrique et bilan complémentaire
	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic avéré ou supposé d'une origine rythmique ou de trouble conducteur après évaluation initiale - Douleur thoracique/dyspnée ou anomalie de l'examen initial évoquant une urgence cardiologique (SCA, EP, sténose aortique, dissection aortique, tamponnade, cardiomyopathie hypertrophique, dysfonction de prothèse valvulaire, insuffisance cardiaque aigue, - Anomalie ECG faisant évoquer un trouble du rythme ou de conduction (Trouble conducteur, Brugada, ESV R/T, WPW, QT long ...) - Syncope inexpliquée chez un patient porteur de cardiomyopathie - Suspicion de maladie génétique chez un sujet jeune : ATCD familiaux de mort subite - Syncope avec traumatisme grave - Syncope d'effort/ de décubitus - Syncope associée à une cause grave extra cardiaque (hémorragie digestive, ...)
Traitements	
Bradycardies et trb conductifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulateur cardiaque
TV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tt Médical (amiodarone et BB) ▪ Ablation par radiofréquence ▪ Défibrillateur
Syncopes vaso-vagales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévenir épisodes ▪ Apprentissage manœuvres de contre-pression ▪ S'allonger en surélevant les MI ▪ Si échec : BB ou alpha-agoniste (midodrine, Gutron®) + rééducation par tilt-test
HTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrêt Tt hypotenseurs ▪ Alpha-agoniste (midodrine, Gutron®) ou heptaminol (Heptamyl®) ▪ Bas de contention ▪ Apprentissage manœuvres de contre-pression