

Conduite à tenir devant un malaise, une syncope et une perte de connaissance

Management of faintness, syncope and loss of consciousness

P. LESTAVEL, I. HALLE, A.P. FORGET

Service d'Accueil et d'Urgence, Hôpital Roger Salengro, CHRU, F-59000 Lille.

Mots-clés : Malaise. Syncope. Perte de connaissance.

Key-words : Faintness. Syncope. Loss of consciousness.

Le malaise est un motif de consultation extrêmement fréquent en médecine générale comme en médecine d'urgence où il représente près de 10 % des admissions. Le terme de malaise recouvre une grande diversité de situations cliniques. L'interrogatoire, les données cliniques et paracliniques simples permettent une orientation diagnostique dans 70 à 80 % des patients [1-4]. Une prise en charge raisonnée permet d'éviter 2 erreurs. La 1^{ère} erreur consiste à banaliser et à sous-estimer la gravité de certains malaises révélateurs d'une pathologie menaçant le pronostic vital. La 2^e erreur consiste à l'inverse à multiplier systématiquement des investigations para-cliniques inutiles. Au terme d'une investigation complète, un tiers des malaises reste sans diagnostic mais il n'existe pas de surmortalité chez ce sous-groupe de patients par rapport à un groupe contrôle [3].

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire du patient, de l'entourage et de tout témoin visuel. On entend par malaise un épisode aigu et régressif, caractérisé par un trouble de la conscience ou de la vigilance

avec ou sans hypotonie, parfois responsable de chute. Le retour à l'état antérieur est spontané, rapide ou progressif [5].

Sous le terme de malaise on regroupe habituellement :

- La syncope caractérisée par une perte de connaissance totale de survenue brutale entraînant une chute. Sa durée est brève et la récupération est totale en quelques minutes sans symptomatologie post-critique (syncope à l'emporte pièce).

- La lipothymie est habituellement associée à des prodromes. La perte de conscience ou de vigilance est partielle avec classiquement une asthénie post-critique.

- la perte de connaissance brève associe une perte de connaissance complète sans les caractères à l'emporte pièce de la syncope.

Ces différents cadres nosologiques n'ont aucune spécificité étiologique.

L'existence d'une perte de connaissance sera précisée par un interrogatoire prolongé et patient. Ses caractéristiques peuvent parfois orienter le diagnostic. Il n'existe cependant aucune relation entre l'existence d'une perte de connaissance et la sévérité de la pathologie sous-jacente. L'absence de perte de connaissance ne permet pas d'éliminer une pathologie cardiaque menaçant le pronostic vital. L'existence ou l'absence d'une perte de connaissance n'implique pas une démarche diagnostique différente.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La définition du malaise (aigu, régressif, avec trouble de la conscience ou de la vigilance) élimine un certain nombre de situations cliniques [5] :

1 — Les états pathologiques d'apparition progressive en plusieurs heures ou plusieurs jours (asthénie, altération de l'état général).

2 — Les états pathologiques où les symptômes ne sont pas résolutifs. Un trouble persistant de la conscience et de la vigilance doit faire poser le diagnostic de coma. La persistance d'une douleur abdominale ou thoracique, d'une céphalée, d'une dyspnée, d'un déficit neurologique, d'un sepsis ou de manifestations psychiatriques doivent guider la démarche diagnostique. Le malaise avec ou sans perte de connaissance n'est alors qu'un signe associé et souvent un critère de gravité.

3 — Les états pathologiques aigus et régressifs mais n'ayant pas comporté de trouble de vigilance ou de la conscience. L'interrogatoire permettra, derrière le terme de malaise, d'identifier d'autres symptômes. Il s'agit de patients ayant présenté isolément un déficit neurologique transitoire (« drop attack », accident ischémique transitoire, ictus amnésique), un vertige, une dyspnée ou des sensations de palpitations.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

INTERROGATION ET EXAMEN

- *L'interrogatoire* est un élément capital du diagnostic. Il sera réalisé auprès du patient mais également de son entourage et de tout témoin visuel, au besoin par téléphone. Les données importantes sont les suivantes.

L'interrogatoire s'attachera à préciser les antécédents et les facteurs de co-morbidité. L'existence de malaises antérieurs est extrêmement fréquente. La prévalence des pathologies iatrogènes justifie de relever tout traitement en cours ou récemment arrêté ainsi que toutes modifications récentes de posologie.

Les prodromes les plus fréquents sont des palpitations, des sueurs, un état vertigineux, des troubles visuels et auditifs. L'analyse des circonstances de survenue du malaise doit être soigneuse : changement positionnel (passage en orthostatisme), délai de survenue par rapport au dernier repas, survenue à l'effort. On recherchera systématiquement un facteur déclenchant ; une station debout prolongée, une émotion, une douleur, un confinement évoqueront un mécanisme vagal. La survenue du malaise au moment d'une quinte de toux, d'un effort de miction, d'une compression cervicale évoqueront une

cause réflexe. Il convient de s'assurer de l'absence d'une source potentielle de monoxyde de carbone.

Une symptomatologie clinique même fugace peut être rapportée par le patient ou par l'entourage en cas d'amnésie post-critique. Tout symptôme associé au malaise est capital pour orienter le diagnostic. La nature de ces symptômes est très variable (dyspnée, douleurs, céphalées, mouvements anormaux...).

L'interrogatoire précisera également la rapidité de la récupération après le malaise ou la perte de connaissance, sa qualité, l'existence d'un trouble confusionnel post-critique ou d'un syndrome déficitaire transitoire.

- *L'examen clinique* doit être complet et systématique. L'examen cardio-vasculaire et neurologique doit être soigneux. La recherche d'une hypotension orthostatique doit être systématique. L'existence d'une lésion traumatique impose de préciser qu'il s'agit bien d'une conséquence et non de la cause de la perte de connaissance.

- *L'électrocardiogramme* est le seul examen paraclinique obligatoire. Il doit être réalisé précocement et interprété immédiatement car il peut mettre en évidence une anomalie grave justifiant une hospitalisation immédiate.

- *Au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique*, un diagnostic ou une orientation diagnostique peuvent être posés dans 50 à 70 % des malaises. Ce diagnostic guidera les investigations paracliniques complémentaires.

La majorité des auteurs proposent plusieurs catégories diagnostiques [1-4]. La plupart des séries de référence n'étudie que les syncopes. Le pourcentage de chaque catégorie varie selon les études, les populations étudiées et les critères diagnostiques. Le malaise vasovagal est le diagnostic le plus fréquent (30 à 50 %). Les causes cardiaques représentent 5 à 20 % des étiologies selon les séries. L'hypotension orthostatique est fréquente et responsable de 10 % des malaises. Les autres causes sont plus rares (moins de 10 % des diagnostics) et sont dominées par les crises convulsives, les intoxications surtout éthyliques et oxycarbonées et les causes psychiatriques.

LES CAUSES CARDIAQUES

Les étiologies cardiaques sont capitales à identifier car elles sont associées à une surmortalité à un an. Elles imposent au moindre doute l'hospitalisation immédiate.

Schématiquement des explorations complémentaires cardiologiques seront proposées dans 2 types de situation.

1. *L'interrogatoire, l'examen clinique et l'électrocardiogramme orientent d'emblée vers une cardiopathie*

Une syncope à l'emporte pièce évoque une cause cardiaque mais cette présentation n'est ni sensible ni spécifique.

L'existence d'antécédents cardio-vasculaires, la survenue à l'effort, la prise de médicament anti-arythmique, l'association d'une douleur thoracique, d'une palpitation ou d'une dyspnée font évoquer une pathologie cardiaque de principe.

— Les cardiopathies obstructives

Le rétrécissement aortique orificiel réalise classiquement une syncope d'effort. L'examen clinique retrouvera un souffle systolique caractéristique avec une surcharge ventriculaire à l'électrocardiogramme. L'échodoppler cardiaque permettra d'apprécier l'importance du rétrécissement et son retentissement.

La cardiomyopathie hypertrophique peut également entraîner une syncope d'effort. L'auscultation retrouve un souffle systolique sans les caractéristiques d'une sténose aortique et l'électrocardiogramme une onde Q d'hypertrophie septale. Le diagnostic sera confirmé par l'échodoppler.

Une pathologie pulmonaire doit être évoquée devant l'existence d'une cyanose et d'une dyspnée même transitoire. L'hypertension artérielle pulmonaire primitive, la sténose valvulaire pulmonaire sont exceptionnelles. Un malaise peut être révélateur d'une embolie pulmonaire.

— Les troubles du rythme cardiaque

Un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) complet peut être objectivé par un électrocardiogramme réalisé précocement. Un BAV III paroxystique est probable devant un bloc du 2^e degré de type Mobitz II (PR constant). Le diagnostic est suspecté et doit être confirmé s'il existe des troubles de conduction intraventriculaires (bloc de branche droit et hémibloc postérieur gauche, bloc de branche gauche et BAV I, blocs de branches droit et gauche alternants). Un bloc auriculo-ventriculaire du 1^{er} degré, un bloc de branche isolé sont peu prédictifs d'un BAV paroxystique. L'exploration électrophysiologique endocavitaire permettra d'affirmer le trouble conducteur et de poser les indications de stimulateur cardiaque.

Une dysfonction sinusale avancée est diagnostiquée d'emblée devant une bradycardie sinusale inférieure à 40 par minute ou une pause sinusale supérieure à 2 secondes. L'association d'épisodes de bradycardie et d'accès de tachycardie évoque une maladie rythmique auriculaire. Le diagnostic peut être confirmé par un enregistrement holter.

Une tachycardie paroxystique peut également être responsable de lipothymie ou de syncope. L'existence d'une cardiopathie associée conditionne le pronostic qui est dominé par le risque de mort subite. Le diagnostic est d'emblée évoqué si des extra-systoles ventriculaires fréquentes, polymorphes ou en salve (plus de 3) sont constatées.

L'existence d'une pré-excitation ventriculaire ferait évoquer une tachycardie supra-ventriculaire dans le cadre d'un syndrome de Wolff-Parkinson White.

Enfin, l'allongement important du QT (supérieur à 0,52 seconde) doit faire craindre la survenue d'une torsade de pointes avec parfois des extrasystoles ventriculaires de type « R/T à couplage long ». Il faut alors rechercher une hypokaliémie ou la prise d'antiarythmiques favorisants. Plus rarement, il s'agira chez l'enfant d'un syndrome du QT long congénital.

— Un angor de Prinz Metal ou un infarctus myocardique doit être évoqué et confirmé devant tout angor syncopal.

2. *En l'absence d'anomalie clinique ou électrocardiographique significative, une cause cardiaque ne peut être retenue d'emblée*

La stratégie des investigations paracliniques est alors difficile. En l'absence d'orientation diagnostique les arguments pour proposer des investigations cardiologiques en 1^{ère} intention sont les suivants : âge avancé, antécédents de cardiopathie quelle que soit sa nature, brutalité de la syncope, bloc de branche gauche isolé.

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

L'hypotension orthostatique est une cause très fréquente de malaises ou de perte de connaissance. Elle doit être recherchée systématiquement et précocement par une prise de la tension artérielle au repos puis après passage en orthostatisme toutes les minutes pendant au moins 5 min. Cette recherche est positive si le malaise est reproduit avec conjointement une chute tensionnelle d'au moins 30 mmHg pour la systolique et 20 mmHg pour la diastolique. Ce test rétrospectif manque de fiabilité et sa négativité n'exclut pas le diagnostic. Les pathologies conduisant à une hypotension orthostatique sont extrêmement nombreuses. Les causes iatrogènes sont très fréquentes (neuroleptiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, diurétiques, dérivés nitrés, bêtabloquants). Une hypovolémie vraie ou relative doit être recherchée, l'hypotension orthostatique en étant habituellement le premier signe. Puis rarement, on retrouvera des arguments en faveur d'une insuffisance surrénalienne, d'une insuffisance hypophysaire ou d'un phéo-

chromocytome. Enfin, une anomalie de l'arc baroréflexe peut être entraînée par toute neuropathie périphérique (diabète, éthylisme...). Exceptionnellement, l'association d'un syndrome extrapyramidal et d'une ataxie cérébelleuse fera évoquer un syndrome de Shy-Drager.

MALAISE ET SYNCOPE NEURO-CARDIOGÉNIQUE

Les malaises ou les syncopes vaso-vagaux sont les plus fréquents et peuvent représenter jusqu'à 50 % des étiologies.

Le tableau clinique est souvent typique et le diagnostic peut être posé aisément à l'interrogatoire. On retrouvera des circonstances déclenchantes habituelles (confinement, douleur, émotion, station debout prolongée, réplétion gastrique). Les prodromes sont bien connus associant pseudo-vertiges, sueurs, nausées, asthénie intense et pâleur. Une perte de connaissance survient une fois sur deux. La récupération est souvent progressive avec persistance d'une asthénie. Exceptionnellement, on aura la notion pendant la crise d'un pouls lent pouvant aller jusqu'à une pause cardiaque associée à une chute tensionnelle. Dans ce contexte, et en l'absence d'anomalies cliniques ou électrocardiographiques, le diagnostic peut être posé et ne justifie pas d'examen complémentaire. Il s'agit souvent de sujets jeunes sans autre antécédent que de multiples épisodes identiques antérieurs.

La syncope vaso-vagale est parfois de présentation atypique. L'interrogatoire ne retrouvera pas, surtout en l'absence de témoin visuel, les circonstances déclenchantes et les prodromes caractéristiques. L'aspect peut alors évoquer une syncope de type Stokes-Adams. L'âge jeune, des antécédents de malaises vagues typiques antérieurs, l'absence d'arguments pour une cardiopathie conduisent à évoquer un mécanisme vagal. Ce dernier peut être confirmé par un test d'inclinaison (inclinaison de 60 à 70° pendant 45 min, éventuellement sensibilisé par test pharmacodynamique). Il est positif quand il reproduit un malaise contemporain d'une chute tensionnelle et d'une bradycardie importante pouvant conduire dans les cas extrêmes à une pause cardiaque et des mouvements cloniques. L'indication du test d'inclinaison doit être large et prioritaire dans l'exploration des malaises inexpliqués chez le sujet jeune et en l'absence d'anomalie cardiaque, clinique ou électrique [6].

L'origine vagale d'un malaise ne peut être retenue qu'après un examen clinique complet et normal. Il existe en effet des situations trompeuses où le malaise vagal est symptomatique d'une autre affection (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire...).

Les syncopes réflexes sont rares et sont une variété particulière de malaise neuro-cardiogénique.

L'hypersensibilité sinocarotidienne est suspectée à l'anamnèse par la notion d'une compression extrinsèque du sinus carotidien déclenchant le malaise (mouvement d'extension de la tête, compression locale par le col de chemise ou un rasoir...). La tumeur du sinus carotidien est exceptionnelle. Les manœuvres vagues ne doivent pas être réalisées de façon systématique. Le massage carotidien doit être prudent en particulier chez les sujets âgés car il peut être à l'origine d'accident embolique.

Les autres syncopes réflexes seront évoquées sur des circonstances bien précises et caractéristiques : syncope tussive, mictionnelle.

CAUSES NEUROLOGIQUES

Le diagnostic d'une crise convulsive généralisée peut être facile si des témoins oculaires permettent d'affirmer la succession de phases tonique et clonique suivie d'un stertor et d'un syndrome confusionnel post-critique. Le diagnostic peut être plus difficile en l'absence de témoin oculaire. L'insomnie, un sevrage éthylique ou médicamenteux (antiépileptique, benzodiazépine), une stimulation lumineuse intermittente sont des situations favorisant. Une morsure de langue n'est pas pathognomonique. Sa valeur augmente s'il s'agit d'une morsure latérale et profonde. L'émission d'urines n'est aucunement spécifique de la crise convulsive et ne témoigne que de l'importance de la perte de connaissance. L'électroencéphalogramme réalisé à titre diagnostique et sans orientation clinique n'a aucune rentabilité.

Les crises comitiales partielles sont de diagnostic plus difficile. La symptomatologie peut être riche, polymorphe et trompeuse. C'est essentiellement le caractère stéréotypé du déroulement d'un malaise récidivant qui fera évoquer le diagnostic.

Un malaise ou une syncope ne sont qu'exceptionnellement liés à un accident neuro-vasculaire qui sera objectivé sur le plan clinique. L'existence d'une symptomatologie déficitaire fera discuter une tomographie cérébrale ou un Doppler des vaisseaux cervicaux.

CAUSES MÉTABOLIQUES ET TOXIQUES

1. Hypoglycémie

Elle est rarement responsable d'un malaise isolé. L'absence de fiabilité de la glycémie capillaire en situation d'hypoglycémie impose, pour affirmer le diagnostic, une glycémie veineuse chez tout patient diabétique ou tout sujet prenant des médicaments potentiellement hypoglycémisants. Une véritable hypoglycémie symptomatique chez un sujet sain est exceptionnelle et

impose la détermination conjointe de l'insulinémie et le dosage du c-peptide

2. Les troubles de l'ionogramme sanguin

Ils ne donnent qu'exceptionnellement un malaise isolé. Leur réalisation systématique a une rentabilité très faible et n'est pas justifiée. La détermination de l'ionogramme ou d'un hémogramme peut être utile dans certaines circonstances déterminées par le terrain, les antécédents, les traitements ou l'observation d'anomalies cliniques (pli cutané, œdème, pâleur...).

3. L'intoxication éthylique aiguë

C'est une cause assez fréquente de malaise aux divers stades de l'intoxication. La symptomatologie peut être trompeuse. Le dosage de l'alcoolémie est nécessaire au moindre doute afin d'éviter la réalisation ultérieure de bilans inutiles.

4. L'intoxication oxycarbonée

Elle doit être recherchée par l'anamnèse à titre systématique. Une source potentielle de monoxyde de carbone, un malaise collectif nécessitent la détermination de la carboxihémoglobinémie.

Enfin un bilan toxicologique non orienté et systématique sans argument clinique n'a pas d'intérêt. Un malaise peut survenir lors d'intoxication médicamenteuse volontaire ou accidentelle. Le malaise n'est pas alors isolé, le diagnostic sera porté devant les signes associés d'intoxication.

CAUSES PSYCHIATRIQUES

L'existence d'une pathologie psychiatrique est fréquente chez les patients présentant des syncopes récurrentes. Deux aspects doivent être évalués [7].

– La survenue très fréquente de malaises ou de syncopes est invalidante. Le retentissement psychologique, quelle que soit l'étiologie, peut alors être important.

– Des pathologies psychiatriques peuvent être à l'origine de syncope. Les diagnostics les plus fréquents sont les syndromes dépressifs majeurs, les attaques de panique (anxiété généralisée et somatisation). Les patients présentant des malaises ou syncopes d'origine psychiatrique sont volontiers jeunes avec des syncopes récidivantes associées à un cortège fonctionnel riche. L'origine psychiatrique d'une syncope doit être évaluée

systématiquement chez les patients ayant une enquête étiologique négative.

CONCLUSION

L'imprécision du terme « malaise » et la grande diversité des diagnostics envisageables nécessitent une démarche systématique reposant sur l'interrogatoire, l'examen clinique et l'électrocardiogramme. L'objectif premier de cette démarche est d'identifier les patients présentant une cause cardiaque menaçante. Le deuxième objectif est de réaliser des examens complémentaires orientés et utiles.

Un diagnostic sera souvent porté au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Il s'agit le plus souvent d'un malaise vaso-vagal, d'une hypotension orthostatique, parfois d'une crise convulsive ou d'un trouble du rythme. En l'absence d'orientation diagnostique immédiate, une cause toxique ou psychiatrique doit être recherchée systématiquement. Un test d'inclinaison ou des explorations cardiologiques pourront être proposés secondairement devant un malaise inexpliqué. Le choix de ces examens complémentaires tiendra compte de l'âge, du terrain et des arguments en faveur d'une cardiopathie.

RÉFÉRENCES

- [1] BLETTYER B, CORGIBERT-ESCALIER F, VIROT C. et coll. Les malaises dans un service d'urgence. Approche diagnostique. *Presse Med* 1989 ; 18 : 753-6.
- [2] DAY SC, COOK EF, FUNKENSTEIN H and coll. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982 ; 73 : 15-23.
- [3] KAPOOR WN. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medecine* 1990 ; 69 : 160-75.
- [4] NINET S, BORDAIRON S, DUCLUZEAU R et coll. Syncopes et lipothymies. Étiologies, survie, rentabilité des examens cliniques et paracliniques d'après une série de 175 cas consécutifs hospitalisés en urgence. *Sem Hôp Paris* 1987 ; 63 : 1079-88.
- [5] Prise en charge des malaises au service d'accueil et d'urgences. Conférence de consensus de la Société Francophone d'Urgence Médicale. Avril 1996. *Réanimation Urgence* 1996 ; 5 : 537-48.
- [6] BLANC JJ. La syncope vaso-vagale, du diagnostic au traitement. *Arch Mal cœur* 1994 ; 87 : 47-53.
- [7] LINZER M, VARIA I, PONTINEN M et coll. Medically unexplained syncope : relationship to psychiatric illness. *Am J of Med* 1992 ; 92 : 1A 18S-1A 25S.