



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
• ٧٨٤٣ | : ٥٨٤٣ | ٨ : ١١٤٣ | ٨ : ١٠٨٤ : ٥٨٤٣ |



République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Module de sémiologie

« Pertes de connaissance »

À l'intention des étudiants de médecine en 3^e année

Docteur MAYOU Abdelhamid

Université Farhat Abbas. Sétif

Département de Médecine

Octobre 2022

■ INTRODUCTION

- Les malaises et les pertes de connaissances brèves sont des motifs fréquents de consultations et d'hospitalisation en médecine
 - Notamment des personnes âgées
- Ils peuvent ne pas être spontanément décrits par le patient ou son entourage
 - Il faut savoir les rechercher par l'interrogatoire

1 – DEFINITIONS

2 – PHYSIOPATHOLOGIE

3 – INTERROGATOIRE

4 – EXAMEN CLINIQUE

5 – PRINCIPALES ETIOLOGIES

DEFINITIONS

PERTE DE CONNAISSANCE

- **Interruption complète et transitoire des fonctions de relation :**
 - Conscience
 - Mobilité
 - Sensibilité
- **Brève ou prolongée**

LA SYNCOPE

- Elle réalise une perte de connaissance :
 - < 3 minutes
 - complète soit chute brutale soit affaissement progressif
 - en général sans mouvements anormaux, ni morsure de la langue ou perte d'urine
 - avec une reprise de conscience rapide et totale sans obnubilation
 - survenant le plus souvent en position debout

■ LA PERTE DE CONNAISSANCE PROLONGÉE

- Sa durée dépasse 3 minutes et peut atteindre plusieurs dizaines de minutes
- Elle peut s'accompagner de mouvements tonico-cloniques, d'une morsure de la langue et d'une perte d'urine
- Pouvant survenir en toute position
- Le retour à la conscience est souvent progressif avec obnubilation

■ LIPOTHYMIE

- Elle peut précéder la perte de connaissance ou rester isolée réalisant un équivalent mineur de la syncope
- La symptomatologie est riche et variée : fatigue extrême, brouillard visuel
- acouphènes, étourdissement, oppression respiratoire, palpitations, sueurs

■ MALAISE

- Terme peu précis
- **Sensation subjective de mal être**
 - Difficile à décrire par le patient
 - Sensation de chute ou de PC imminente, d'instabilité

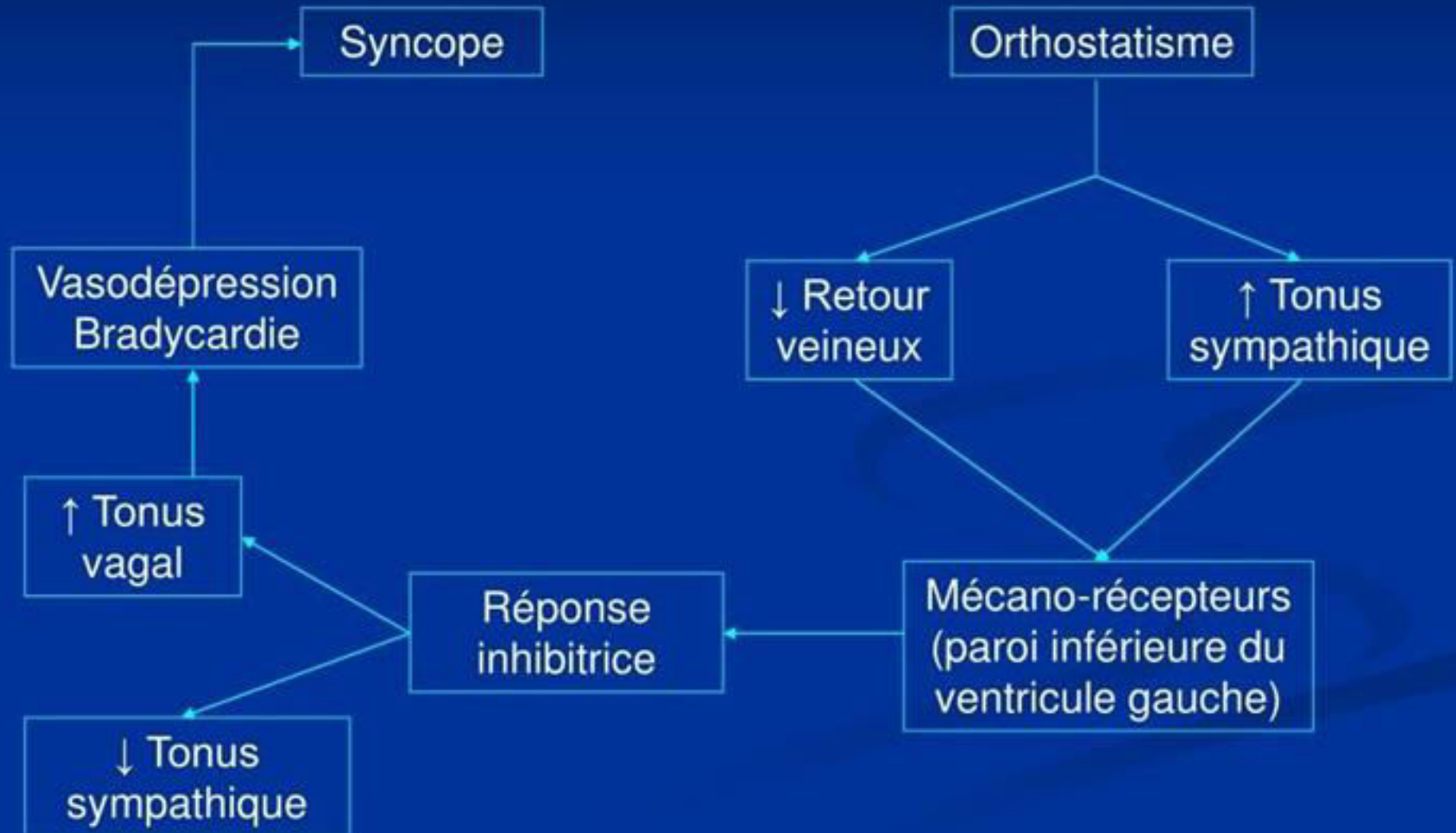
PHYSIOPATHOLOGIE SYNCOPÉ

■ BAISSÉ TRANSITOIRE DU DÉBIT SANGUIN CÉRÉBRAL +++

- Diminution du débit cardiaque
 - Mécanique
 - Trouble du rythme ou de la conduction
- Diminution des résistances périphérique (SNA)

Orthostatisme...

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA SYNCOPÉ VASO-VAGALE



Diminution du retour veineux central



Contraction vigoureuse du
ventricule gauche qui est
hypovolémique

Activation des
mécanorécepteurs

Fibre C

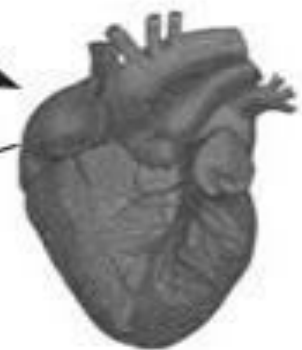


Augmentation du tonus vagal

Diminution de l'activité
sympathique



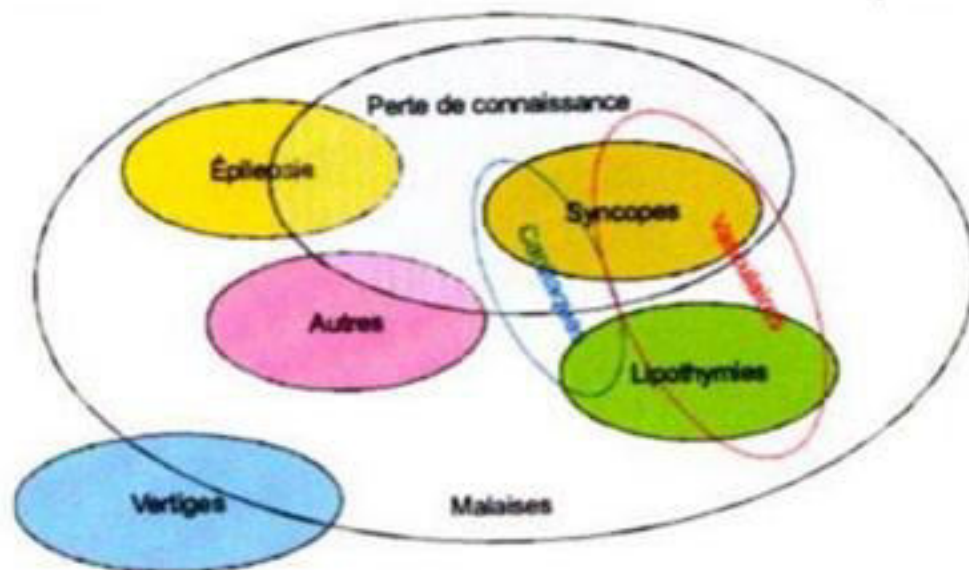
Hypotension artérielle
Bradycardie



PHYSIOPATHOLOGIE SYNCOPÉ

- Troubles de l'électrogénèse cérébrale
 - Crise épilepsie
- Troubles métaboliques ou toxiques
 - Hypoglycémies – Intoxication CO

Classification des malaises



INTERROGATOIRE

- L'interrogatoire est absolument fondamental celui du malade mais aussi celui de son entourage familial et/ou socio-professionnel
- Souvent difficile dans le contexte de l'urgence
- il doit être repris à distance dans le calme et en revenant sur les points qui paraissent litigieux.

« Un bon interrogatoire fait la moitié du diagnostic »

INTERROGATOIRE

- Existence d'antécédents analogues
- Durée de l'épisode

Tendance à la surestimation

- Circonstances d'apparition : heure, lieu, position du corps, activité
- Éléments déclenchants possibles : émotion, jeûne, effort, miction, toux, lever, pression latérale du cou, atmosphère confinée et surchauffée

INTERROGATOIRE

- **Les prises médicamenteuses :**
 - traitement habituel,
 - traitement récemment introduit, posologie, horaire des prises
- **Les antécédents personnels**
 - cardio vasculaires
 - neurologiques...

■ EN CAS DE PERTE DE CONNAISSANCE, IL FAUDRA EN PARTICULIER RECHERCHER :

- une éventuelle **phase PRODROMIQUE** (lipothymies, palpitations...)
- **LES SIGNES DE LA PÉRIODE ICTALE** : pâleur, sueurs, secousses tonico-clonique, bradycardie
- **LA PHASE DE RÉCUPÉRATION** :
 - rapide ou lente, avec ou sans obnubilation,
 - les signes accompagnateurs (nausées, perte d'urines, morsure de langue, céphalée)

L'EXAMEN CLINIQUE

■ EXAMEN CARDIOVASCULAIRE

- Rythme cardiaque au repos (régulier ou non) et éventuellement après massage sino-carotidien
- Auscultation cardiaque, des vaisseaux cervicaux et des creux sus-claviculaires
- Tension artérielle aux deux bras en position couchée puis après passage en position debout toutes les minutes pendant cinq minutes
- Recherche d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs (varices)

L'EXAMEN CLINIQUE

■ EXAMEN NEUROLOGIQUE

- Paires crâniennes
- Réflexes ostéo-tendineux
- Fibres longues motrices, sensibles, cérébelleuses

■ CONSÉQUENCES ÉVENTUELLES D'UNE CHUTE :

Fractures

Hématomes, Ecchymoses

Plaies

PRINCIPALES ETIOLOGIES DES SYNCOPES

- Syncopes vasculaires réflexes
- Syncopes cardiaques
- Syncopes neurologiques et psychiatriques
- Syncopes métaboliques et toxiques

LES SYNCOPES VASCULAIRES REFLEXES

- Elles font appel à une intervention du système nerveux autonome et/ou à une sensibilité anormale des structures vagales
- **La syncope vaso-vagale ou vaso-dépressive ou essentielle est la cause la plus fréquente**
- Elle est souvent déclenchée par des événements (choc émotif, peur, douleurs) ou des situations (atmosphère confinée, station debout in



- Nausée
- Vomissement
- Bâillement
- Sensation vertigineuse

- Vision floue, voile noir
- Sudation
- Sensation de chaleur
- Bouche sèche

- Douleurs
- Emotion
- Déshydratation
- Station debout prolongée
- Postprandial, repas copieux
- Posteffort

- Traitement vasodilatateur et/ou diurétique
- Après long trajet en voiture
- Chaleur extrême, confinement dans des locaux surchauffés

SYNCOPES VASCULAIRES REFLEXES

■ LES SYNCOPES VAGALES DE SITUATION

- Leur diagnostic repose le plus souvent sur l'interrogatoire :
 - syncopes mictionnelles
 - syncope de défécation
 - syncope de la toux ou ictus laryngé
 - syncope réflexe de la déglutition

SYNCOPE VASCULAIRES REFLEXES

■ L'HYPERSENSIBILITÉ SINO-CAROTIDIENNE

- Mouvement de rotation brutale de la tête
- Survenue lors du massage du sinus carotidien d'une pause sinusale
 - d'au moins 3 secondes et/ou d'une chute tensionnelle
 - d'au moins 50 mm de mercure

■ L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

• Définition

• Baisse tensionnelle

- atteignant ou dépassant 20 mm de mercure pour la systolique et 10 mm pour la diastolique chez le sujet âgé
- ou dépassant 30 mm de mercure pour la systolique et 20 mm pour la diastolique chez l'adulte

• Technique

- Prise de la TA en position couchée puis lors du passage à la station debout (0' → 5') + mesure du rythme cardiaque

Figure 179.2 Hypotension orthostatique.



■ SELON LA VARIATION CONCOMITANTE DU POULS ON DISTINGUE :

• HYPOTENSION SYMPATHICOTONIQUE

- Accélération du rythme cardiaque
- L'arc baro-réflexe est anatomiquement intact mais ses capacités d'adaptation sont dépassées par l'intensité de la perturbation périphérique : hypovolémie globale (diminution du volume extra-cellulaire) ou relative (diminution du volume sanguin efficace) souvent en rapport avec des causes médicamenteuses (vaso dilatateurs, diurétiques, antihypertenseurs...)

■ HYPOTENSIONS ASYMPATHICOTONIQUES

- Pas d'accélération du rythme cardiaque
- Beaucoup plus rares elles témoignent d'une lésion de l'arc réflexe.

■ LES SYNCOPES CARDIAQUES

- **Les syncopes cardiaques mécaniques obstructive**
 - La gêne à l'éjection ventriculaire gauche explique leur survenue à l'effort, au cours des rétrécissements aortiques serrés et des myocardiopathies obstructive
- **L'angor syncopal**
 - Douleur thoracique survenant à l'effort suivie d'une syncope

■ LES SYNCOPES CARDIAQUES RYTHMIQUES OU CONDUCTIVES

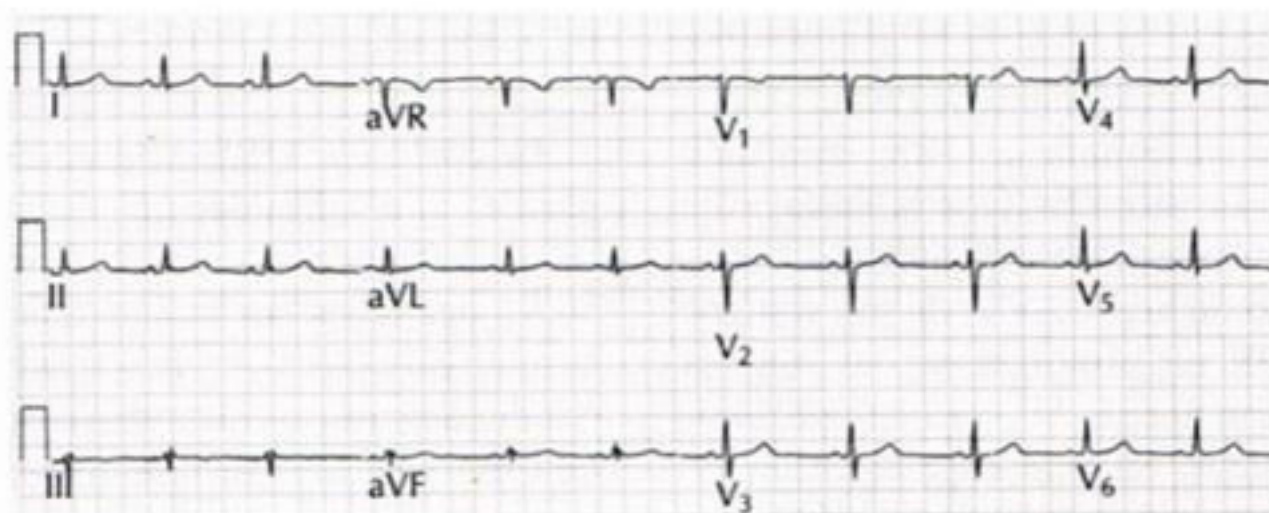
• Troubles de la conduction

- Le bloc auriculo-ventriculaire de haut degré (syndrome de Stokes Adams) est une cause fréquente en particulier chez les sujets âgés
- Le bloc sino-auriculaire

• Les troubles du rythme paroxystique :

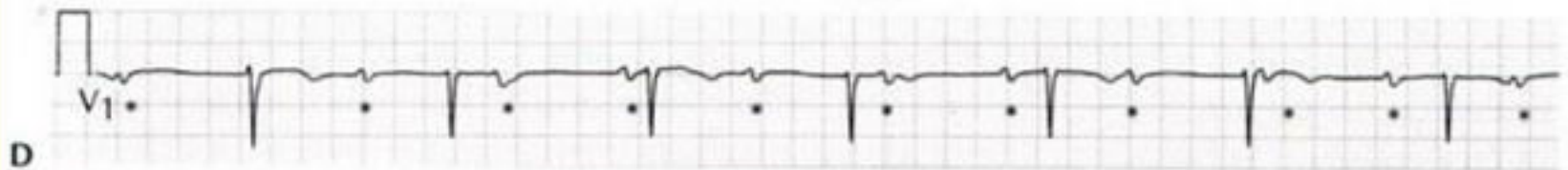
- tachycardies ventriculaires,
- torsades de pointe,
- tachycardies supra-ventriculaires paroxystiques

Figure 30.3 ECG normal.



Exemple d'un ECG normal enregistré chez une femme de 24 ans. Notez que l'onde P est orientée vers le haut dans les dérivations I et II et inversée en aVR. Le complexe QRS change d'orientation en passant de V₁ à V₆ ; négatif, il devient progressivement positif. Notez également que la polarité de l'onde T est semblable à celle du complexe QRS

Bloc AV complet



Bloc AV complet chez une femme de 78 ans. Le rythme auriculaire est de 70 battements/min et le rythme ventriculaire de 46 battements/min. Il n'y a pas de relation entre les ondes P (désignées par un astérisque) et les complexes QRS

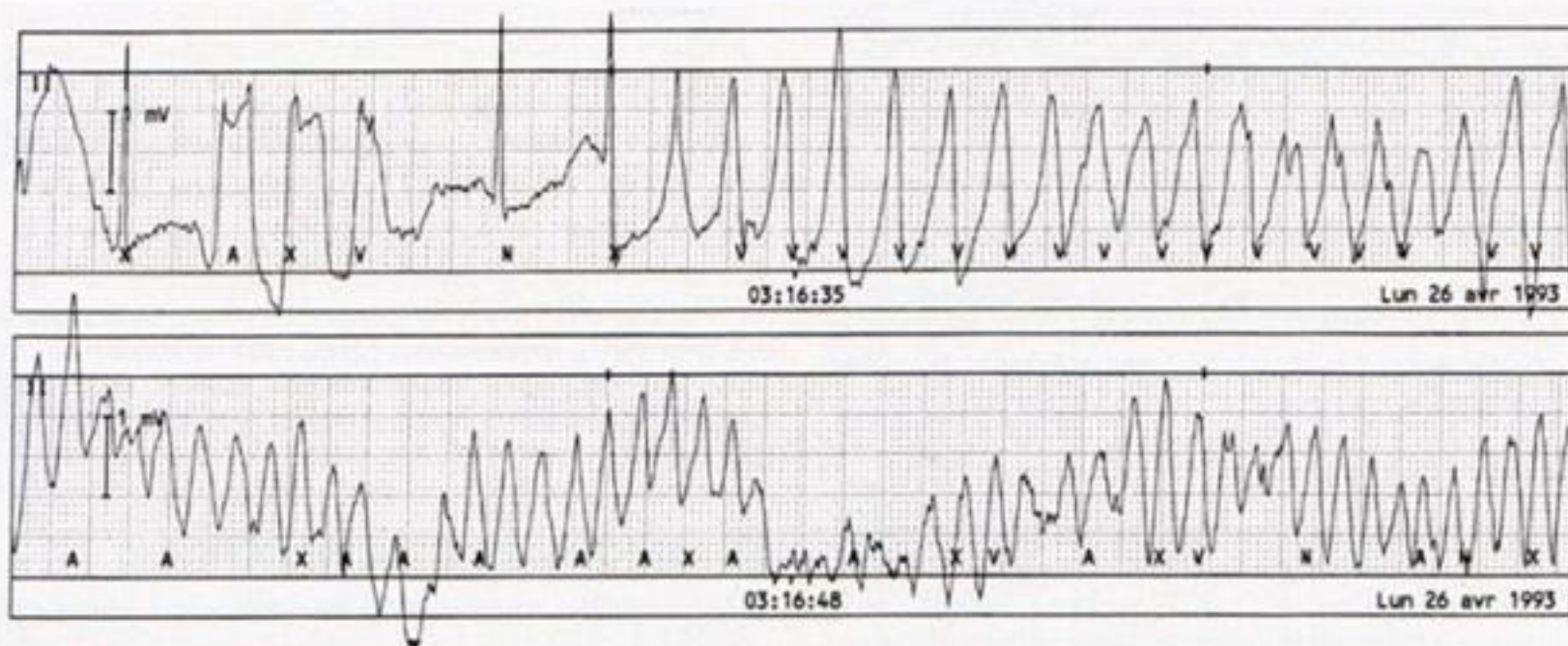


Figure 20.12. Épisodes de torsades de pointe dégénérant en fibrillation ventriculaire (enregistrement Holter) chez une patiente présentant un syndrome du QT long congénital (ultérieurement traitée par mise en place d'un défibrillateur implantable).

ET PSYCHIATRIQUES

- **les causes neurologiques**

- Les accidents vasculaires cérébraux et la pathologie tumorale s'accompagnent exceptionnellement de syncopes
- Le véritable problème est celui du diagnostic différentiel que posent les crises d'épilepsie généralisée ou localisée qui entraînent des pertes de connaissances en règle plus longues

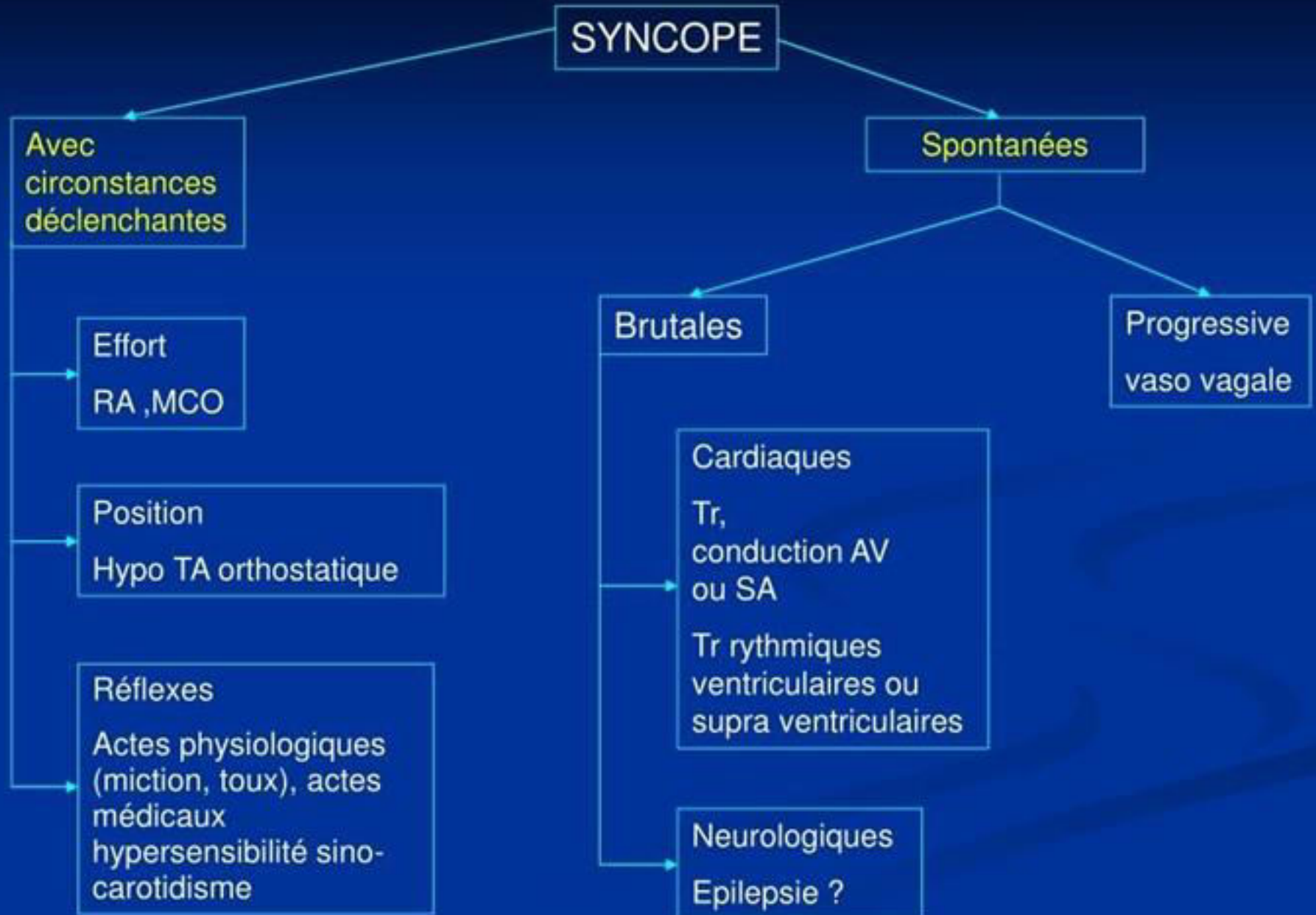
- **Les causes psychiatriques**

- L'hyperventilation associée à une attaque de panique peut éventuellement par le biais d'une hypocapnie entraîner une syncope
- L'hystérie où la perte de connaissance est simulée, constitue

■ LES SYNCOPES MÉTABOLIQUES ET TOXIQUES

- L'hypoglycémie entraîne le plus souvent des lipothymies
- L'intoxication par l'oxyde de carbone

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES SYNCOPES



■ PERTES DE CONNAISSANCE PROLONGÉES

- La principale étiologie est constituée par la crise d'épilepsie généralisée: phase tonique, clonique, post-critique
 - L'intoxication alcoolique aiguë est également une cause fréquente en sachant l'intrication avec les crises d'épilepsie
 - Plus rarement, il peut s'agir d'une intoxication au CO, d'une hypersomnie paroxystique (syndrome de Gélineau) ou d'un syndrome d'apnée du sommeil

■ MALAISE SANS PERTE DE CONNAISSANCE

- Il peut être secondaire à des chutes, des vertiges, des crises névropathiques et des hypoglycémies

EN CONCLUSION

- L'interrogatoire et l'examen clinique constituent la clé de voûte du diagnostic +++
- Mais... Difficultés du recueil des données,
- Et Intrication des étiologies chez les sujets âgés.