

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-44 - Perte de connaissance - Homme 49 ans

Service d'urgences

Jay Keller, homme de 49 ans, se présente après avoir perdu connaissance

TA 135/85 mmHg	FC 76 bpm	FR 16/min	T° 36.7°C
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%) Score : 0/45

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai perdu connaissance]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Description de l'événement				0
Circonstances [Ce matin, je mettais les courses dans la voiture avec ma femme quand je suis soudainement tombé et j'ai perdu connaissance]	<input type="checkbox"/>			
Chronologie [Je pense que j'ai perdu connaissance puis je suis tombé par terre]	<input type="checkbox"/>			
Durée de la perte de connaissance [Ma femme m'a dit que je ne lui répondais plus pendant plusieurs minutes]	<input type="checkbox"/>			
3. Prodromes				0
Palpitations [Oui, juste avant de tomber, mon cœur a commencé à battre très vite]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges/légèreté [J'ai eu la tête qui tourne juste avant de tomber]	<input type="checkbox"/>			
Sensations inhabituelles (sons, lumières, odeurs) [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Caractéristiques de l'épisode				0
Tremblements/convulsions [Oui, ma femme m'a dit que mes bras et mes jambes ont commencé à trembler après que je sois tombé]	<input type="checkbox"/>			
Durée des tremblements [Elle a dit environ 30 secondes]	<input type="checkbox"/>			
Morsure de la langue [Non]	<input type="checkbox"/>			
Perte de contrôle de la vessie [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. État post-critique				0
Confusion après reprise de conscience [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse/engourdissement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Difficultés de parole [Non]	<input type="checkbox"/>			
Maux de tête [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes associés				0
Douleur thoracique [Non]	<input type="checkbox"/>			
Essoufflement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Diarrhée/constipation [Non]	<input type="checkbox"/>			
7. Antécédents similaires				0
Chutes similaires antérieures [Non]	<input type="checkbox"/>			
Étourdissements antérieurs [Non]	<input type="checkbox"/>			
Pertes de connaissance antérieures [Non]	<input type="checkbox"/>			
Anomalie de la démarche [Non]	<input type="checkbox"/>			

8. Autres symptômes			0
Traumatisme crânien [Non]	<input type="checkbox"/>		
Changements de poids [Non]	<input type="checkbox"/>		
Changements d'appétit [Non]	<input type="checkbox"/>		
9. Antécédents médicaux [Hypertension artérielle depuis 15 ans ; infarctus du myocarde il y a 1 an]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10. Antécédents chirurgicaux [Appendicectomie]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Antécédents familiaux [Mon père est mort d'une crise cardiaque à 55 ans, et ma mère est décédée en bonne santé]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12. Médicaments actuels [Hydrochlorothiazide, captopril (IEC), aspirine, aténolo]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
13. Habitudes de vie			0
Profession [Employé dans un magasin de vidéos]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Oui, je bois 3 à 4 bières par semaine]	<input type="checkbox"/>		
CAGE [Non à toutes les questions]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Non]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Non, j'ai arrêté il y a un an. J'avais fumé un paquet par jour pendant les 25 années précédentes]	<input type="checkbox"/>		
14. Activité sexuelle [Oui, avec ma femme]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
15. Allergies médicamenteuses [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)			Score : 0/23	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Signes vitaux orthostatiques [Normaux, sans changements orthostatiques]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
3. Examen de la tête et du cou				0
Tête [Normocéphalique, atraumatique]	<input type="checkbox"/>			
Pupilles [Iso-iso, pas d'anomalies du fond d'œil]	<input type="checkbox"/>			
Langue [Pas de traumatisme]	<input type="checkbox"/>			
Carotides [Pas de souffles, pouls 2+ bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
Thyroïde [Normale]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen cardiovasculaire				0
Choc de pointe [Non déplacé]	<input type="checkbox"/>			
Rythme et fréquence [RR et FC normales]	<input type="checkbox"/>			
Bruits du cœur [B1/B2 normaux]	<input type="checkbox"/>			
Souffles, frottements, galops [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
5. Examen pulmonaire [Bruits respiratoires clairs bilatéralement]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Examen des extrémités [Pouls brachiaux, radiaux et pédieux symétriques 2+ bilatéralement]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

7. Examen neurologique

0

Nerfs crâniens [II-XII grossièrement intacts]

☐

Force motrice [5/5 partout]

☐

Sensibilité [Intacte au touché-piqué]

☐

Réflexes [Symétriques 2+ aux membres supérieurs et inférieurs, Babinski négatif]

☐

Cérébelleux [Romberg, doigt-nez normaux]

☐

Marche [Normale]

☐

Management (25%)

Score : 0/22

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic

Diagnostics différentiels à considérer

Causes cardiaques

• Arythmie cardiaque → ECG, Holter 24h, écho-doppler cardiaque

Arguments POUR:

- ☐ Palpitations précédant la syncope
- ☐ Antécédent d'infarctus du myocarde (substrat arythmogène)
- ☐ Prise de β -bloquant (risque bradycardie)
- ☐ Perte de connaissance brutale
- ☐ Âge et facteurs de risque cardiovasculaire
- ☐ Pas de confusion postcritique

Arythmies possibles : TV post-IDM, BAV, bradycardie sinusale

• Sténose aortique → Échocardiographie transthoracique

Arguments POUR:

- ☐ Syncope possible à l'effort
- ☐ Âge compatible
- ☐ Facteurs de risque cardiovasculaire

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de souffle à l'examen
- ☐ Syncope au repos
- ☐ Pas de dyspnée d'effort

Causes neurologiques

• Syncope convulsive → Pas d'EEG nécessaire si contexte clair

Arguments POUR:

- ☐ Mouvements tonico-cloniques après la chute
- ☐ Durée brève (30 secondes)
- ☐ Secondaire à hypoperfusion cérébrale
- ☐ Pas de morsure langue ni incontinence
- ☐ Pas de confusion postcritique
- ☐ Prodromes cardiovasculaires présents

Phénomène : convulsions anoxiques post-syncopales

• Crise d'épilepsie généralisée → EEG, IRM cérébrale

Arguments POUR:

- ☐ Perte de connaissance prolongée
- ☐ Mouvements tonico-cloniques
- ☐ Durée plusieurs minutes

Arguments CONTRE:

- ☐ Prodromes cardiovasculaires nets
- ☐ Pas de confusion postcritique
- ☐ Pas de morsure langue
- ☐ Pas d'incontinence urinaire

Causes vasculaires

• Syncope vasovagale → Test d'inclinaison si récidives

Arguments POUR:

- ☐ Prodromes avec vertiges
- ☐ Contexte possible (effort courses)

Arguments CONTRE:

- ☐ Palpitations inhabituelles
- ☐ Antécédents cardiovasculaires
- ☐ Pas de trigger émotionnel clair

• Hypotension orthostatique médicamenteuse → Test orthostatique répété, ajustement thérapeutique

Arguments POUR:

- ☐ Polymédicaments antihypertenseurs
- ☐ Diurétique + IEC + β -bloquant
- ☐ Changement postural possible

Arguments CONTRE:

- ☐ Signes vitaux orthostatiques normaux
- ☐ Palpitations présentes

Causes métaboliques

• Hypoglycémie → Glycémie capillaire, glycémie veineuse

Arguments POUR:

- ☐ Perte de connaissance possible
- ☐ Récupération sans séquelles

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de diabète connu
- ☐ Pas de sueurs ni tremblements
- ☐ Contexte matinal (post-prandial probable)

2. Examens complémentaires urgents

0

- ECG 12 dérivations immédiat ☐
- Glycémie capillaire ☐
- FSC, ionogramme, urée, créatinine ☐
- Troponines si suspicion SCA ☐
- CT cérébral sans contraste ☐

3. Examens complémentaires différés

0

- Holter ECG 24-48h ☐
- Échocardiographie transthoracique ☐
- EEG si suspicion épilepsie ☐
- IRM cérébrale si anomalie au CT ☐
- Test d'effort si syncope d'effort ☐

4. Prise en charge immédiate



0

Surveillance et monitoring

- Monitoring cardiaque continu
- Surveillance neurologique horaire
- Voie veineuse périphérique
- Oxymétrie de pouls continue
- Glycémies capillaires répétées

Mesures de sécurité

- Repos au lit initial
- Barrières de lit relevées
- Interdiction de conduite temporaire
- Accompagnement pour déplacements
- Éviter activités à risque

Ajustement thérapeutique

- Révision des antihypertenseurs
- Surveillance kaliémie (diurétique + IEC)
- Ajustement dose β -bloquant si bradycardie
- Maintien aspirine (prévention secondaire)
- Hydratation prudente

Orientation selon résultats

- Si arythmie : cardiologue urgent
- Si épilepsie : neurologue
- Si syncope récurrente : exploration spécialisée
- Éducation reconnaissance prodromes
- Plan d'action si récurrence

5. Critères d'hospitalisation

0

- Antécédent cardiaque significatif ☐
- ECG anormal ou arythmie documentée ☐
- Syncope d'effort ☐
- Absence de prodromes ☐
- Examen neurologique anormal ☐
- Traumatisme secondaire à la chute ☐

⚠ Red Flags - Syncope à haut risque

1. **Syncope d'effort**
→ Sténose aortique, cardiomyopathie, arythmie d'effort
2. **Antécédent d'IDM**
→ Risque TV sur cicatrice, mort subite
3. **Palpitations précédant syncope**
→ Arythmie ventriculaire ou supraventriculaire
4. **Syncope en position couchée**
→ Origine cardiaque probable
5. **Antécédents familiaux mort subite**
→ Cardiopathie héréditaire, canalopathie

Clôture de consultation**Clôture type**

Monsieur Keller, j'ai besoin de faire des tests pour déterminer la raison pour laquelle vous avez perdu connaissance ce matin. Je vais donc demander un scanner de votre tête pour rechercher des saignements ou des masses, et je vais également demander des analyses de sang pour rechercher des infections ou des anomalies électrolytiques. Vous avez mentionné que votre cœur battait très vite juste avant de perdre connaissance, je vais donc également vous demander de porter un moniteur cardiaque pendant 24 heures. Cela fonctionne comme un ECG continu et nous permettra de détecter tout battement cardiaque anormal que vous pourriez avoir. Nous commencerons par ces tests, puis nous aviserons. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Est-ce que vous pensez que j'ai une tumeur au cerveau ?]

Réponse type du candidat

Je pense que c'est peu probable. Pour en être absolument sûr, nous allons faire un scanner cérébral, c'est-à-dire une imagerie de votre cerveau. Cela nous aidera à voir la structure du cerveau et nous permettra d'exclure toute hémorragie ou tumeur cérébrale.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Scénario pour le patient standardisé

Nom : Jay Keller | **Âge :** 49 ans

Contexte : Homme marié, père de 3 enfants, aux urgences après syncope

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai perdu connaissance ce matin.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Ma femme était avec moi et elle a tout vu.»

Consignes

- Montrez de l'inquiétude mais restez calme.
- Soyez précis sur la chronologie des événements.
- Insistez sur les palpitations avant la chute.
- Mentionnez que votre femme a vu les tremblements.
- Exprimez votre peur d'avoir une tumeur cérébrale.

Histoire actuelle

Événement principal :

- Mettait courses dans voiture
- Avec sa femme présente
- Chute soudaine avec PC
- Durée plusieurs minutes
- Tremblements 30 secondes

Prodromes :

- Palpitations rapides
- Tête qui tourne
- Juste avant la chute
- Pas d'aura épileptique

Phase post-critique :

- Pas de confusion
- Pas de morsure langue
- Pas d'incontinence
- Récupération complète

Symptômes absents :

- Pas de douleur thoracique
- Pas d'essoufflement
- Pas de céphalées
- Pas de déficit focal

Inquiétudes et questions du patient

Inquiétudes principales :

- Peur tumeur cérébrale
- Crainte récursive
- Impact sur travail
- Capacité à conduire

Questions à poser :

- C'est grave docteur?
- Je peux reconduire?
- C'est héréditaire?
- Lien avec mon infarctus?

Simulation

Attitude :

- Coopératif
- Légèrement anxieux
- Précis dans ses réponses
- Cherche réassurance

Examen physique :

- Aucune anomalie à simuler
- Signes vitaux stables
- Examen neurologique normal

Traitements

Traitements actuels :

- Hydrochlorothiazide (diurétique)
- Captopril (IEC)
- Aspirine (antiagrégant)
- Aténolol (β -bloquant)

Observance : Bonne compliance

Habitudes de vie

Profession : Employé magasin vidéos

Alcool :

- 3-4 bières/semaine
- CAGE négatif
- Pas d'abus

Tabac :

- Ex-fumeur
- Arrêt il y a 1 an
- 25 paquets-années

Activités :

- Vie sédentaire
- Marié, actif sexuellement
- Pas de sport intense

Antécédents médicaux

Cardiovasculaires :

- HTA depuis 15 ans
- IDM il y a 1 an
- Bien contrôlé depuis
- Suivi cardiologique régulier

Chirurgicaux : Appendicectomie seulement

Familiaux :

- Père décédé IDM à 55 ans
- Mère décédée cause naturelle
- Pas d'épilepsie familiale

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 49 ans avec ATCD d'IDM présentant syncope avec mouvements tonico-cloniques brefs. Prodromes de palpitations orientent vers cause cardiaque (arythmie sur cardiopathie ischémique). Convulsions probablement anoxiques secondaires à hypoperfusion cérébrale. Polymédicaments cardiovasculaires pouvant contribuer. Nécessite bilan cardiologique complet et monitoring. Risque de récurrence et mort subite à évaluer.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e :

- Conclut trop vite à l'épilepsie sans considérer syncope convulsive
- Oublie le risque d'arythmie ventriculaire post-IDM
- Ne fait pas d'ECG immédiat
- Minimise le risque de récurrence
- Oublie d'interdire la conduite temporairement

Points clés

- Syncope + ATCD IDM = haut risque arythmie
- Convulsions brèves post-syncope ≠ épilepsie
- Palpitations = indice majeur cause cardiaque
- Monitoring cardiaque prolongé indispensable
- Interdiction conduite jusqu'à diagnostic

Pièges

- Confondre syncope convulsive et épilepsie
- Négliger risque arythmie ventriculaire
- Oublier effet cumulé polymédicaments
- Ne pas rechercher sténose aortique
- Omettre conseil arrêt conduite

Diagnostic

Syncope d'origine cardiaque probable avec convulsions anoxiques secondaires chez patient à haut risque cardiovasculaire

Syncope : définition et épidémiologie

Perte de connaissance transitoire avec récupération spontanée :

- Prévalence : 3-5% aux urgences
- Incidence : 6/1000 personnes-années
- Récidive : 30% à 3 ans
- Mortalité : variable selon étiologie (cardiaque 18-33%)
- Coût : bilan souvent extensif et coûteux
- Impact : qualité de vie, conduite, emploi

Classification étiologique

Trois grandes catégories :

- Syncope réflexe (60%) : vasovagale, situationnelle
- Syncope cardiaque (10-25%) : arythmie, structurelle
- Hypotension orthostatique (10%) : médicamenteuse, neurogène
- Autres (5%) : métabolique, psychiatrique
- Indéterminée (20%) : malgré bilan complet
- Pronostic : dépend de la cause sous-jacente

Syncope cardiaque post-IDM

Mécanismes et risques spécifiques :

- TV sur cicatrice : mécanisme de réentrée
- Dysfonction VG : réduction débit cardiaque
- Bradyarythmies : BAV, dysfonction sinusale
- Ischémie résiduelle : angor instable possible
- Médicaments : β -bloquants, antiarythmiques
- Mortalité : 18-33% à 1 an si cause cardiaque

Syncope convulsive

Phénomène mal connu mais fréquent :

- Mécanisme : hypoperfusion cérébrale globale
- Fréquence : 12-42% des syncopes
- Durée : généralement < 1 minute
- Type : myoclonies > tonico-clonique
- Absence : morsure langue, incontinence rare
- EEG : normal (pas d'activité épileptique)

Évaluation initiale

Approche systématique recommandée :

- Histoire détaillée : circonstances, prodromes, témoins
- Examen physique : cardiovasculaire, neurologique
- ECG systématique : anomalies dans 50% syncopes cardiaques
- Signes orthostatiques : debout 3 minutes minimum
- Stratification risque : scores (OESIL, San Francisco)
- Orientation : ambulatoire vs hospitalisation

Investigations cardiaques

Bilan adapté au risque :

- Holter 24-48h : rentabilité 1-2% si ECG normal
- Moniteur implantable : si récides inexplicables
- Échocardiographie : si souffle ou ATCD cardiaque
- Test d'effort : si syncope d'effort
- Étude électrophysiologique : si cardiopathie structurale
- Coronarographie : si ischémie suspectée

Critères de haut risque

Hospitalisation recommandée si :

- ECG anormal : QT long, BAV, TV non soutenue
- Cardiopathie structurale : IDM, ICC, valvulopathie
- Syncope d'effort ou couchée
- Palpitations précédant syncope
- Histoire familiale mort subite
- Traumatisme significatif secondaire

Prise en charge thérapeutique

Selon étiologie identifiée :

- Arythmie ventriculaire : DAI, antiarythmiques
- Bradycardie : pacemaker, ajustement médicaments
- Vasovagale : éducation, manœuvres, midodrine
- Orthostatique : compression, fludrocortisone
- Structurale : chirurgie (valve), revascularisation
- Indéterminée : moniteur implantable, suivi

Conduite automobile

Recommandations strictes :

- Privée : 1 semaine si cause bénigne identifiée
- Privée : 4 semaines si cause indéterminée
- Privée : 3 mois si cause cardiaque traitée
- Commerciale : 3 mois minimum toute cause
- Récidive : prolongation selon contexte
- Documentation : certificat médical obligatoire

Résumé du cas clinique

Patient de 49 ans avec facteurs de risque cardiovasculaire majeurs présentant syncope avec prodromes de palpitations et convulsions anoxiques brèves. L'antécédent d'IDM fait craindre une arythmie ventriculaire. Le bilan doit être cardiologique en priorité avec monitoring prolongé. L'hospitalisation est justifiée par le haut risque. La conduite doit être interdite temporairement.

Conclusion

- La syncope post-IDM est une urgence cardiologique
- Les convulsions post-syncopales ne signifient pas épilepsie
- Le monitoring cardiaque prolongé est essentiel
- La stratification du risque guide l'hospitalisation
- L'interdiction de conduite protège patient et société
- Le pronostic dépend de l'identification et traitement de la cause

Rappels thérapeutiques

- Syncope vasovagale : midodrine 5-10 mg × 3/j
- Hypotension orthostatique : fludrocortisone 0.1-0.2 mg/j
- TV post-IDM : amiodarone 200 mg/j après charge
- BAV haut degré : atropine 0.5-1 mg IV si symptomatique
- Sténose aortique sévère : remplacement valvulaire

Examens complémentaires

- ECG : sensibilité 5% mais spécificité 95%
- Holter 24h : diagnostic dans 4% cas seulement
- Tilt-test : Se 75%, Sp 90% pour syncope vasovagale
- Échocardiographie : rentable si anomalie clinique/ECG
- Moniteur implantable : diagnostic 35% à 1 an
- EEG : inutile sauf si suspicion épilepsie vraie