MALAISE AVEC OU SANS PC

SI ON ASSISTE AU MALAISE

- Eviter que le patient ne tombe brutalement
- Mettre en position de Trendelenberg
- Oter les vêtements pouvant gêner la respiration
- Examiner rapidement le patient (π, TA, auscultation, pupilles…..)
- Faire si nécessaire: analeptiques (effortil ou heptamyl) 1 à 3 amp en iv ou im.

SI ON N'ASSISTE PAS AU MALAISE

Importance de l'interrogatoire

Rechercher:

- Profondeur de la PC,
- durée,
- prodromes,
- circonstances du réveil,
- ATCD

PENSER D'ABORD A UNE

SYNCOPE

Si PC < 10 à 15 s

- Prodromes +/-
- notion d'effort, repos, chaleur, orthostatisme, réveil rapide sans confusion post-critique
- atypique, de durée pouvant atteindre 3 min avec perte d'urine± clonies > 20s

LIPOTHYMIE

Si sensation vertigineuse avec voile noir devant le visage < 10 à 15s, sans PC vraie

- Prodromes +/-
- Alternance possible avec une syncope

CRISE D'EPILEPSIE

Si PC > 3 min

- Début brutal avec notion de chute,
- phase tonico-clonique,
- morsure de langue,
- perte d'urine,
- coma stertoreux avec amnésie post-critique

EXAMEN CLINIQUE

Doit être complet avec une insistance sur l'appareil cardio-vasculaire et neurologique

Rechercher surtout:

- Souffle cv, galop, arythmie, π, TA debout et coucher, hyperpnée
- signes focaux récents, signes de Chvostec, de Trousseau,
- Etat général

EXAMENS PARACLINIQUES

- ECG
- Bilan standard (urée, glycémie, iono sanguin avec calcémie, NFS-plaquettes)
- GDS
- Radiographie pulmonaire

ETIOLOGIES

ORIGINE CARDIAQUE

Troubles du rythme cardiaque

BAV complet (syndrome d'Adams-Stocks)

. Début brutal sans prodromes, à l'emporte pièce;
. ECG: BAV complet , BAV II type Mobitz II, BB alternant BBD et HBPG (le plus souvent au décours de la crise), FA +/- transitoire, bradycardie extrême à 15/min
. CAT: vvp de bon calibre
SG5% 250 ml + Isuprel 5 Amp (5 à 20 gttes/min → FC entre 60 et 80/min)
. Transport en milieu spécialisé en vue de la pose ultérieure d'un stimulateur cardiaque

Trouble supraventriculaire:

. Maladie de Bouveret
. Syndrome de Wolf-Parkinson-White

FA

Obstacles mécaniques à droite

. EP,
. HTAP primitive,
. Tétralogie de Fallot (syncope anoxique)

Obstacles mécaniques à gauche

. Rao, myxome de l'OG,
. Thrombose de prothèse
. Valvulaire, cadiomyopathies obstructives

ORIGINE VAGALE REFLEXE

Souvent bénigne en rapport avec une ischémie cérébrale transitoire due à une défaillance des mécanismes régulateurs de la PA systémique

Mécanisme:
mise en jeu du réflexe vagal

Caractéristique

. Survient en position debout
. Sensation de malaise général
. Dérobement de jambe
. Tête vide, pâleur intense
. possibilité de prévention de la chute qui est le plus souvent atraumatique
. le malaise est reproductible par massage des sinus carotidiens, manœuvres de Valsalva, compression des globes oculaires,

2 types:

Reflexogène:
choc émotif, hyperthermie, douleur, stimulation du nerf vague lors d'investigations instrumentales, hypersensibilité du sinus carotidien

Désamorçage droit de la pompe ventriculaire

. Hypotension orthostatique vraie (↓Pas > 30 mmHg)
. Station debout prolongée
. Ictus laryngé chez le BPCO,
. Ictus mictionnel

ORIGINE NEUROLOGIQUE

. Crise d'épilepsie
. AVC

AUTRES

Causes nevropathiques

. Hystérie
. Spasmophilie

Causes métaboliques

. Hypoglycémie
. Hypocalcémie
. Hypokaliémie

Causes toxiques

. Intoxication au CO
. Intoxication alcoolique

Causes iatrogènes

Médicaments
Hypotenseur, morphine…

Causes ORL

Vertiges labyrinthiques