



**ACTUALISATION DE LA VI<sup>ÈME</sup> CONFÉRENCE DE CONSENSUS EN MÉDECINE D'URGENCE DE 1996 : "PRISE EN CHARGE DES MALAISES AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE".**

**C. Le Gall, J.M. Philippe, C. Busseuil, F. Carpentier, A. Leuret, J.P. Sommereisen, C. Babatasi, S. Le Goff – Commission de veille scientifique Société Francophone de Médecine d'Urgence.**

**I. Enquête de pratique**

Un questionnaire sur la conférence de consensus de 1996 a été distribué lors de la journée thématique organisée annuellement par la SFMU. Le nombre restreint de questionnaires obtenus n'a pas permis de se faire une idée précise de l'impact de ce consensus. Le message qui semble avoir été intégré par les urgentistes est celui de la réalisation d'un électrocardiogramme systématique devant un malaise aux urgences. Par contre, très peu de services utilisent un questionnaire type dans la démarche clinique de prise en charge du malaise.

**II. Méthodologie.**

Une analyse de la littérature, sur la base de données Medline, a été effectuée, avec des paliers de recherche décroissants en terme de niveau de preuve scientifique. Comme pour les précédentes actualisations, les articles ont été classés de la façon suivante : études randomisées contrôlées, guides pratiques, méta-analyses puis revues d'articles. Les données concernant l'étiologie, le pronostic, le diagnostic et la thérapeutique des malaises ont été sélectionnées à condition qu'elles s'intègrent avec l'activité de médecine d'urgence.

- Limite sur 10 ans
- Langages : Français et Anglais



- Les mots clés utilisés ont été les suivants:
  - Question 1 : syncope +/- emergency
  - Question 2 : syncope +/- emergency +/- diagnosis +/- prognosis
  - Question 3 : syncope +/- emergency +/- diagnosis
  - Question 4 : syncope +/- emergency +/- diagnosis +/- treatment
  - Question 5 : syncope +/- emergency +/- nurse

### III. Actualisation de la conférence de consensus.

Ce texte d'actualisation est indissociable du texte de la conférence de consensus. Les auteurs recommandent aux lecteurs une lecture conjointe des deux textes<sup>1</sup>. L'actualisation reprend chaque question de la conférence de consensus. Le texte en italique rappelle les données de la conférence de consensus de 1996. Une pondération a été apportée par les publications plus récentes sous réserve que celles-ci aient une valeur ajoutée ou renforcent le niveau de preuve. Conformément au texte des recommandations les propositions ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités définies dans le préambule.

#### **Question 1 : Les "malaises" : Quelles situations pathologiques peut-on regrouper sous ce terme ? La perte de connaissance a-t-elle un cadre nosologique particulier ?**

*On entend par malaise, de façon restrictive, un épisode aigu, régressif, qui est caractérisé par un trouble de la conscience ou de la vigilance avec ou sans hypotonie, qui peut être responsable de chute. Le retour à l'état antérieur est spontané, rapide ou progressif. Il constitue un motif de recours fréquent (3 à 10%).*

---

<sup>1</sup> le texte de la conférence de consensus est disponible sur le site Internet de la SFMU ([http://www.sfm.org/documents/consensus/cc\\_malaises.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_malaises.pdf))



## Commission de veille scientifique

Le caractère fréquent des malaises dans la population générale et l'importance des malaises dans les motifs de recours aux urgences sont confirmés par des études récentes (1,2,3). Néanmoins, les études faites aux urgences retrouvent une baisse proportionnelle de ce motif de recours qui représente 1% des passages contre 3 à 10% en 1996. L'incidence des syncopes dans la population générale a été évaluée à 6,2 pour 1000 personnes et par an (étude Framingham qui a suivi 7814 sujets sur une période moyenne de 17 ans) (4).

Le cadre nosologique du "malaise et/ou perte de connaissance" n'a pas lieu d'être modifié par rapport à 1996. Il est restreint aux épisodes aigus, régressifs, caractérisés par un trouble de conscience ou de vigilance (perte de connaissance brève ou lipothymie) avec ou sans hypotonie, qui peut responsable de chute. Le retour à l'état antérieur doit être spontané, rapide ou progressif. Restent donc exclus de la discussion :

- Les états pathologiques sans trouble de vigilance ou de conscience.
- Les états pathologiques dont l'apparition est progressive sur plusieurs heures.
- Les états pathologiques où les symptômes ne sont pas résolutifs mais persistants.

Les différents "guidelines" et recommandations d'experts publiés sur le sujet depuis 1996 adoptent le même cadre nosologique (5, 6, 7, 8, 9). La classification actuelle des syncopes a été actualisée (8). Elles s'intègrent dans un vaste domaine sémiologique qui regroupe toutes les pertes de conscience transitoires réelles ou apparentes. Les pertes de connaissance non syncopales comprennent des pathologies avec réelle perte de connaissance (migraine, désordres métaboliques comme hypoxie ou hypoglycémie), épilepsie, accident ischémique transitoire et des pathologies simulant une perte de connaissance comme la cataplexie, le "drop attack" ou les désordres de somatisation. Les syncopes vraies regroupent 5 grandes entités : les syncopes réflexes médiées par le système nerveux, les syncopes orthostatiques, les syncopes cardiaques rythmiques, les pathologies structurelles cardiaques ou les pathologies cardio-pulmonaires, les causes cérébro-vasculaires.



**Question 2 : Quelles sont les données importantes de l'interrogatoire et de l'examen clinique ? Quels sont les critères de gravité immédiate ?**

*L'interrogatoire, est l'élément capital du diagnostic, permettant le diagnostic étiologique dans près de 50% des cas. Il doit être "policier" et s'adresse au malade mais aussi à l'entourage et aux témoins.*

Aucune étude ne remet en cause cette donnée sur le fond, même si le chiffre de 50% de diagnostic étiologique obtenu par l'interrogatoire semble excessif si l'on se réfère à un travail prospectif publié en 2001 (1). L'interrogatoire et l'examen clinique permettaient à eux deux d'établir le diagnostic étiologique dans 38% des cas.

*Les éléments discriminants de l'interrogatoire (grade A) à faire préciser absolument sont :*

- *L'âge*
- *Les antécédents et les facteurs de co-morbidité*
- *Les prodromes*
- *Les circonstances de survenus*
- *Les signes d'accompagnements et l'évolution du malaise.*

***L'âge** est un élément à double titre intéressant : il est un des éléments pronostiques les plus importants mais il rend aussi l'interrogatoire difficile.*

Plusieurs publications (3, 10, 11) viennent conforter la notion que toute chute chez une personne âgée doit à priori faire supposer un malaise, l'amnésie des faits étant plus fréquente et aggravant de fait le pronostic.

***Les antécédents et les facteurs de co-morbidités** doivent être connus, tant familiaux que personnels. L'étude minutieuse du traitement pris par le patient, la notion de sevrage ou de modification thérapeutique récente sont très importantes de même que la recherche de prise de toxiques ou stupéfiants.*



## Commission de veille scientifique

Tous les consensus précisent qu'il faut insister plus lourdement sur les antécédents cardiaques, neurologiques et métaboliques. Les antécédents familiaux de syncopes orientent vers des causes héréditaires et ont fait l'objet de très nombreuses publications ces dix dernières années (syndrome du QT long, syndrome de Brugada, dysplasie arythmogène du ventricule droit, cardiomyopathie hypertrophique obstructive) (12, 13, 14). Des publications font apparaître l'intérêt d'une recherche de maladies psychiatriques sous-jacentes chez les patients ayant des syncopes à répétition ce d'autant plus qu'ils sont jeunes et de sexe masculin (15, 16). Une attention toute particulière doit être portée aux médicaments (auto-médication incluse) quelle qu'en soit la forme (y compris les collyres), notamment chez les personnes âgées. Les classes médicamenteuses les plus impliquées dans les malaises sont les médicaments allongeant le QT dont la liste est longue (8), les anti-hypertenseurs et anti-angineux, les diurétiques, les anti-arythmiques, les neuroleptiques et anti-dépresseurs, ainsi que les dépresseurs du système nerveux central. L'implication de l'alcool, des drogues licites et illicites et les intoxications à l'oxyde de carbone doit par ailleurs être systématiquement suspectée aux urgences.

***Les circonstances de survenue orientent le diagnostic. Les circonstances du malaise orientent vers une étiologie.***

Aucune modification n'est intervenue quant aux circonstances orientant vers une étiologie des malaises listés ci-dessous (5,6,7,8,9) :

- Le malaise vaso-vagal survient préférentiellement dans un contexte de station debout prolongée, d'espace fermé et surchauffé, dans un contexte d'émotion, après l'exercice ou dans un contexte de douleur.
- La dysautonomie est suspectée lors d'un malaise après une station debout prolongée, en post-prandial, après un exercice.



## Commission de veille scientifique

- Une névralgie glosso-pharyngée ou trijéminal est suspectée devant une syncope avec douleur faciale ou pharyngée.
- L'hypotension orthostatique est suspectée lorsqu'un malaise se produit quelques secondes à quelques minutes après la mise en position orthostatique.
- Les médicaments sont impliqués lorsque les malaises surviennent après l'introduction d'un médicament.
- Les palpitations évoquent une cause rythmique.
- Le malaise à l'effort ou au repos évoque une cause cardiaque. Les antécédents familiaux de mort subite évoquent une des pathologies cardiaques héréditaires citées précédemment.
- L'association avec des vertiges, une dysarthrie ou une diplopie évoque un accident ischémique transitoire.
- Le malaise lors de la mobilisation des bras ou la différence de pression artérielle aux deux bras évoque un vol vasculaire sous-clavier et/ou une dissection aortique.
- Une source potentielle de monoxyde de carbone doit être recherchée surtout lors de malaises en période hivernale.
- Le manque de sommeil oriente vers une épilepsie.

***Les signes d'accompagnements et l'évolution du malaise vont également orienter l'étiologie du malaise. La recherche de toute symptomatologie même fugace avant, pendant ou après le malaise est à prendre en considération.*** Des publications anciennes ont précisé les arguments les plus spécifiques pour discriminer l'épilepsie de la syncope. En faveur de l'épilepsie, des mouvements tonico-cloniques prolongés dont le début coïncide avec la perte de connaissance, la latéralité des mouvements cloniques, la morsure de langue, le faciès cyanosé, la précession d'une aura et la phase post-critique. Une publication récente (17) rapporte un score permettant de discriminer l'épilepsie de la syncope devant des malaises



## Commission de veille scientifique

inexpliqués avec une sensibilité de 94% et une spécificité de 94% en faveur d'une épilepsie si le score est supérieur ou égal à 1. Ce score mériterait néanmoins d'être validé.

*L'examen clinique doit être complet et particulièrement soigneux en ce qui concerne l'examen cardiaque et neurologique. La prise de pression artérielle aux deux bras ainsi que la recherche d'une hypotension orthostatique est obligatoire en l'absence de contre-indication à l'orthostatisme (grade A).*

Toutes les recommandations rappellent le caractère obligatoire de la recherche d'hypotension orthostatique si l'état du patient le permet. Les modalités de prise de celle-ci ont été précisées (5, 6, 7, 8, 9, 18, 19, 20). La pression artérielle doit être prise après 5 minutes de décubitus dorsal. La pression artérielle est ensuite prise après 1 à 3 minutes d'orthostatisme et doit être poursuivie si elle baisse à 3 minutes. Si le patient ne tolère pas cette baisse de pression, la dernière pression artérielle est enregistrée avant de remettre le patient en décubitus dorsal. Une baisse de pression systolique supérieure ou égale à 20 mmHg ou une baisse de pression artérielle systolique au dessous de 90 mmHg définit l'hypotension orthostatique que le patient soit symptomatique ou pas (20). Une étude prospective a montré qu'une recherche standardisée de l'hypotension orthostatique améliorerait le rendement de la recherche avec une prévalence de 24% d'hypotension au lieu des 4 à 12% habituellement cités (19).

*La glycémie est recommandée surtout chez les patients diabétiques sous traitement hypoglycémiant.*

Le massage sino-carotidien n'est que peu évoqué dans la conférence de 1996 et n'est pas préconisé aux urgences. Depuis cette date, plusieurs auteurs le recommandent car l'hypersensibilité du sinus carotidien serait une étiologie fréquente des malaises chez la



## Commission de veille scientifique

personne âgée (21, 22, 23). Cet examen ferait partie d'un premier niveau de recherche pour certains auteurs (3, 8, 23, 26, 27) alors que d'autres le préconisent en deuxième intention, dans le cas où le bilan initial n'ait pas permis d'aboutir à un diagnostic (5, 21, 24). Les recommandations européennes recommandent, après l'évaluation initiale, le massage sino-carotidien chez les patients de plus de 40 ans qui ont fait une syncope d'étiologie indéterminée (8) (grade A). Il doit être évité en cas de risque d'accident vasculaire cérébral dû à une pathologie carotidienne. Il est impératif de réaliser, pendant le massage, un électrocardiogramme et une mesure de la pression artérielle. La durée du massage est de 5 à 10 secondes. Le massage sino-carotidien doit être effectué en position couchée et en position debout. La procédure est considérée comme positive si les symptômes sont reproduits durant ou immédiatement après le massage en présence d'une asystolie de 3 secondes ou plus et/ou d'une chute de la pression systolique de 50 mmHg ou plus. Un test positif est diagnostiqué en l'absence de diagnostic alternatif à la syncope.

### Les orientations diagnostiques

*A l'issue d'un interrogatoire fouillé et d'un examen clinique complet, 50 à 70% des malaises sont rattachés à une étiologie. Les grandes orientations diagnostiques sont :*

- *malaise d'origine cardiologique*
- *malaise d'origine neurologique*
- *malaise vaso-vagal*
- *hypotension orthostatique*
- *orientation psychiatrique*

*Il semble important aux urgences, d'être attentif à la recherche de toxiques et de causes médicamenteuses, au terme de cette première approche anamnestique et clinique (grade C).*





## Commission de veille scientifique

Tous les consensus et toutes les stratégies diagnostiques proposés dans la littérature orientent les examens ultérieurs en fonction de ces premiers éléments auxquels on y ajoute l'électrocardiogramme (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Il est recommandé dans plusieurs consensus d'adopter une stratégie diagnostique dont le schéma général est déterminé au terme de l'interrogatoire, de l'examen clinique, de la recherche d'hypotension orthostatique et de l'ECG. Deux cas de figure se présentent : La cause est certaine ou probable ou aucune orientation ne peut être donnée. Dans le premier cas, le diagnostic est confirmé par des explorations complémentaires si celles-ci sont nécessaires. Dans l'autre cas de figure où la syncope est à priori inexplicée, les arguments en faveur d'une pathologie cardiaque structurale ou d'une anomalie ECG doivent imposer des explorations dans ce sens alors que l'absence d'argument patent pour une atteinte cardiaque doit conduire à orienter la démarche en fonction du nombre et de la gravité des malaises. Si les malaises sont fréquents et/ou graves, des explorations à visée neuro-végétative doivent être proposées. Si les malaises sont rares et/ou non graves, les explorations peuvent être interrompues **(schéma 1)**.

Les caractéristiques orientant vers une cause cardiaque, un malaise neurologique, une cause vaso-vagale et une hypotension orthostatique ont été rappelées dans les paragraphes précédents. L'association trouble psychiatrique et malaise a fait l'objet de publications récentes (28, 29). Les patients ayant une pathologie psychiatrique font plus de syncopes, présentent plus de récurrences et ont plus de prodromes que ceux qui n'en ont pas. Les patients faisant des syncopes inexplicées et à répétition ont un profil psychologique significativement plus anxieux que les sujets contrôles qui ne font pas de syncopes, sans que l'on puisse savoir si c'est la cause ou la conséquence des syncopes. L'importance tant qualitative que quantitative des données obtenues aux urgences souligne l'intérêt de la mise en place de fiche d'interrogatoire afin d'être exhaustif.



### **Signes de gravité immédiate**

*L'origine cardiaque, l'âge et l'absence d'anamnèse sont les trois principaux facteurs de risque de surmortalité.*

Ces données sont confirmées dans des publications récentes. L'origine cardiaque de la syncope reste le facteur prédictif de mortalité le plus important (3, 19, 30, 31). Plusieurs auteurs précisent que l'âge en lui-même est un facteur indépendant de gravité de la syncope. Le seuil de 60 ou 70 ans est retenu selon les publications et ce seul élément dans le cadre d'une syncope suffit pour certains à hospitaliser le patient (5, 7, 9). L'absence d'anamnèse est le troisième élément déterminant du pronostic. Bien que cette donnée soit souvent présente chez la personne âgée, elle semble être un facteur de mauvais pronostic indépendamment de l'âge (21, 26).

### **Question 3 : Quelle est la place des examens complémentaires dans la stratégie diagnostique étiologique ? Le bénéfice des investigations complémentaires est-il évalué ?**

*Les examens complémentaires ne doivent pas être systématiques (grade B), leur rentabilité étant alors très faible (inférieure à 10%). La prescription d'examen comme l'abstention d'exploration doivent être argumentées. Les examens ont comme seuls buts de confirmer une suspicion clinique ou d'éviter de méconnaître une pathologie grave. Aux urgences ne se conçoivent que des examens simples, immédiatement disponibles, fiables, pouvant influencer la prise en charge immédiate. La conférence de consensus distingue clairement les examens à effectuer à l'admission, des examens à faire secondairement.*

### **À L'ADMISSION :**

- **Systématiquement et sans discussion**



## Commission de veille scientifique

- **Seul l'électrocardiogramme est recommandé à titre systématique (grade A).**  
*Bien que sa rentabilité soit faible, sa facilité de réalisation, la gravité et la surmortalité des causes cardiaques justifient sa réalisation systématique. Certaines anomalies justifient le recours immédiat au cardiologue et au "monitoring" cardiaque (tableau 1).*  
  
Aucune publication nouvelle ne vient modifier cette donnée.
- **Les manœuvres vagales (massage sino-carotidien) ne sont pas indiquées de façon systématique.**  
  
De multiples publications récentes préconisent au contraire de réaliser systématiquement ce test de façon précoce dans le cadre de malaises non expliqués chez la personne de plus de 40 ans (**grade B**), afin de dépister une hypersensibilité du sinus carotidien (3, 8, 22, 26, 27).
- **Si le patient est porteur d'un stimulateur cardiaque (pace-maker), l'avis du cardiologue est nécessaire mais il n'est pas recommandé de pratiquer un test à l'aimant.**  
  
Rien ne modifie cette attitude.
- **Le monitoring de l'ECG sous scope est exceptionnellement décisif pour le diagnostic mais il est nécessaire, pour la surveillance des patients, lorsqu'il existe des anomalies électrocardiographiques.**
- **A discuter systématiquement**
  - **Chez le patient diabétique** : une glycémie capillaire et veineuse.
  - **Dans certaines circonstances (antécédents, prises médicamenteuses, symptômes évocateurs)** : un ionogramme sanguin et un hémogramme. En dehors de contextes évocateurs, la rentabilité des examens biologiques est très faible entre 0 et 3,8% (32).



## Commission de veille scientifique

- **Deux situations doivent systématiquement être évoquées aux urgences :** *l'intoxication éthylique et l'intoxication au monoxyde de carbone. En cas de doute le dosage de l'alcoolémie et de la carboxyhémoglobine doivent être réalisés.*
- **Le bilan toxicologique non orienté n'a pas d'intérêt.** *Le dosage d'un médicament a parfois un intérêt (observance thérapeutique ou surdosage).*
- **Toute autre exploration immédiate n'est justifiée que dans un contexte et/ou une co-morbidité orientant et justifiant cette exploration.**

## PASSÉES LES PREMIÈRES HEURES

*En l'absence de diagnostic de certitude, certains examens complémentaires seront proposés en fonction de leur rentabilité et du contexte dans lequel ils seront demandés. Une orientation clinique et anamnestique préalable est nécessaire. L'absence de toute orientation doit conduire à des explorations neuro-végétatives en cas de malaises graves ou répétés (grade A) et à une évaluation psychologique en cas de malaises répétés (grade B).*

- **Le test d'inclinaison (Tilt-test).** Il s'agit d'un examen explorant la réaction de l'organisme lors du passage de la position couchée à la position debout. La réalisation du test d'inclinaison mérite probablement d'être diffusée car il permet un diagnostic précis, un traitement adapté et d'éviter les investigations inutiles. Dans les séries publiées, le Tilt-test permet d'obtenir un diagnostic étiologique dans 50 à 70% des syncopes inexplicées (21, 33, 34, 35). Les profils diagnostiques identifiés par cet examen sont (34) : la réponse vaso-vagale (type 1 mixte; type 2 cardio-inhibiteur; type 3 vasodépresseur), la réponse dysautonomique et syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS). L'intérêt de l'identification de ces profils réside dans l'adaptation de la thérapeutique (36). La méthodologie de ce test a bénéficié d'une



## Commission de veille scientifique

standardisation qui a amélioré sa fiabilité (8). Les modalités de réalisation de ce test ont été précisées avec un angle d'inclinaison de 60 à 70°, une potentialisation du test par l'utilisation d'isoprotérénol et surtout l'utilisation de nitroglycérine à la dose de 400 µg par voie sub-linguale (37, 38, 39, 40). L'objectif du test est de reproduire une syncope. Les indications de ce test ont été précisées par le Collège Américain de Cardiologie (41) et reprises par la Société Européenne de Cardiologie (8) (grade A) :

- Les syncopes répétées, y compris les syncopes induites par l'effort à condition qu'une cause organique cardiaque ait été éliminée.
- Un seul épisode de syncope s'il est responsable d'un traumatisme ou d'un accident.
- Un seul épisode de syncope chez un patient ayant des activités à risque.
- Les autres syncopes si l'on pense, grâce au test, influencer la thérapeutique.

Les performances du test d'inclinaison sont très variables dans la littérature du fait de procédures de réalisation différentes d'un article à l'autre et de critères d'inclusion des patients hétérogènes. La sensibilité va ainsi de 30% à 85% (42, 43, 44) et la spécificité de 80 à 90%. Ce test permet d'adapter les thérapeutiques à la réponse hémodynamique enregistrée (45, 46, 47).

- **Les examens cardiologiques.** *L'échocardiographie et le holter cardiaque sont d'un intérêt limité. Ces examens ne devront être demandés que lorsque est suspectée une pathologie cardiaque sous-jacente (grade B). Ils ne seront indiqués que si la probabilité clinique d'origine cardiaque du malaise est forte sur les éléments anamnestiques et cliniques définis précédemment.*

**L'échographie cardiaque** est un examen dont l'objectif est surtout d'évaluer une cardiopathie sous-jacente et sa gravité potentielle, mais elle ne fait le diagnostic de la syncope que dans deux circonstances : la sténose aortique serrée et le myxome de



## Commission de veille scientifique

l'oreillette. Réalisé de façon systématique, cet examen est peu rentable ou met en évidence des pathologies comme le prolapsus de la grande valve mitrale sans rapport avec la syncope (48).

**Le holter cardiaque** est également un examen peu rentable (1 à 2% dans des populations anciennes) s'il est réalisé sur une population ayant eu un malaise sans sélection préalable. Il n'est donc recommandé que si la probabilité pré-test d'arythmie est élevée (grade B). Le holter n'établit le diagnostic étiologique de la syncope que si une corrélation est retrouvée entre l'anomalie électrique (brady ou tachyarythmie) et le malaise. En l'absence de malaise constaté, des explorations autres devront être demandées devant des pauses ventriculaires de plus de 3 secondes, la constatation d'un BAV de type 2 Mobitz II et d'un BAV III ainsi que devant une tachycardie ventriculaire paroxystique. Le cardiologue décidera alors des autres explorations à faire qui peuvent être la mise en place d'un enregistrement ECG implantable (49), la réalisation d'explorations endocavitaires ou d'une épreuve d'effort ou la recherche de potentiels tardifs.

**Les examens neurologiques.** *Comme les examens cardiologiques, les examens neurologiques ont un très mauvais rendement s'ils sont réalisés sur une population de patients non sélectionnés ayant fait une syncope. L'électroencéphalogramme n'a un rendement satisfaisant que si la probabilité clinique d'épilepsie est forte sur les éléments anamnestiques et cliniques définis précédemment. Il ne doit donc pas être systématique (grade B). Aucune étude récente ne vient modifier cette recommandation.*

*De même, le scanner cérébral ne doit pas être systématique devant une syncope inexpliquée (grade B). Dans des études anciennes datant des années 1980-1990, le rendement du scanner dans la syncope avait été évalué à 4%. Tous les scanners anormaux s'accompagnaient de signes de focalisation à l'examen clinique. Aucune étude récente n'a remis en cause cette constatation, le scanner cérébral reste donc justifié s'il existe des*



## Commission de veille scientifique

signes de localisation à l'examen clinique ou dans le bilan d'une comitialité accompagnée ou inaugurale (50). Les indications du scanner cérébral en cas de traumatisme crânien secondaire au malaise sont celles définies par la classification de Master (51).

Aucune donnée n'a été publiée concernant **l'imagerie par résonance magnétique** dans le contexte de malaise.

**Le doppler des troncs supra aortiques** ne sera réservé qu'aux très rares cas où un accident ischémique transitoire de la fosse postérieure aura pu être raisonnablement argumenté (grade C).

**En conclusion, l'anamnèse reste la pierre angulaire du diagnostic étiologique permettant d'épargner des examens complémentaires inutiles, coûteux et faussement rassurants.**

- **L'électrocardiogramme doit être systématique**
- **La biologie est peu rentable mais reste utile devant des tableaux trompeurs**
- **Parmi les autres examens, les explorations cardiologiques seront à faire sur des arguments anamnestiques, cliniques et électriques. Devant un ou des malaises inexpliqués le recours au test d'inclinaison doit probablement être intensifié par rapport à son utilisation actuelle.**

**Question 4 : Quelle orientation doit être prévue : hospitalisation, sortie, consultations secondaires, dans quelles conditions ?**

### ***Les orientations possibles***

*Le médecin a la possibilité de faire rentrer à domicile le patient ayant fait un malaise à condition que :*

- *la bénignité du malaise soit établie*



- *le médecin traitant soit informé par un courrier du diagnostic*

*Les services d'UHCD (unités d'hospitalisation de courte durée) ou d'UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée) se généralisant, il est prévisible qu'une part importante des malaises sans gravité mais justifiant une surveillance de quelques heures, une adaptation thérapeutique ou des examens complémentaires avant orientation y soient admis. Les patients ayant fait un malaise supposé d'origine cardiaque doivent être pris en charge en milieu spécialisé de cardiologie (grade A).*

### ***Les éléments à prendre en considération pour l'orientation***

*La décision d'hospitalisation du patient qui a fait un malaise dépend de l'orientation diagnostique posée aux urgences, des facteurs de risque de gravité ou de récurrence et du terrain (**Tableau 2**). L'hospitalisation peut être à but diagnostique ou thérapeutique.*

Les orientations diagnostiques en fonction des données anamnestiques, cliniques et para cliniques simples ont été évoquées précédemment. Ces données suffisent à expliquer la plupart des malaises arrivant aux urgences (vaso-vagaux, hypotension orthostatique, médicamenteux, toxique, cardiaque et neurologique) et à évaluer leur pronostic. Les malaises vaso-vagaux, l'hypotension orthostatique, les causes médicamenteuses et toxiques qui sont faciles à diagnostiquer et qui ont un bon pronostic peuvent sortir directement ou bénéficier d'une hospitalisation en UHCD. Seul le contexte (isolement, perte d'autonomie, trouble cognitif...) peut inciter à l'hospitalisation de ces patients dans un service de soins classique.

La gravité des syncopes d'origine cardiaque incite l'ensemble des auteurs (7, 8, 9, 25, 26, 52) à recommander une hospitalisation d'emblée en milieu spécialisé de cardiologie avec monitoring cardiaque (grade A).

L'UHCD est également le lieu d'hospitalisation préconisé pour les malaises d'origine neurologique (crise comitiale).





## Commission de veille scientifique

L'absence de diagnostic (reconnu comme critère de gravité) incite à l'hospitalisation du patient en UHCD pour juger de l'évolution et/ou pour garantir des conditions de sortie acceptables (informations nécessaires à l'analyse du malaise, entourage présent et prévenu).

### **Question 5 : Quel est le rôle de l'infirmière lors de la prise en charge des malaises au SAU ?**

*L'infirmière par le biais de l'infirmière d'orientation de l'accueil (IOA) est la première intervenante pour la prise en charge des patients arrivant au SAU. Le patient venant pour malaise doit être accueilli, évalué et orienté. L'interrogatoire du patient et des accompagnants (prendre les coordonnées) permet de recueillir les informations nécessaires à l'analyse ultérieure du malaise. L'interrogatoire des témoins oculaires du malaise est capital (importance du recueil des coordonnées). Les critères de gravité de la syncope doivent être connus et recherchés (absence d'anamnèse, âge élevé et origine cardiaque supposée) car ils conditionnent le niveau de tri. Les différents éléments d'orientation étiologique du malaise doivent être recherchés. L'infirmière participe au recueil des données sociales du patient. L'infirmière a un rôle d'éducation et de prévention des récurrences. Elle participe à l'information donnée au patient à sa sortie. Aucun texte ou article ne vient modifier ces fonctions. De façon à être le plus exhaustif possible, il est recommandé d'utiliser des questionnaires type de recueil de données devant les malaises (grade C).*



**BIBLIOGRAPHIE:**

- 1- JJ. Blanc, C. L'Her, A. Touiza, B. Garo, E. L'Her and J. Mansourati. Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period. *European Heart Journal* 2002; 23,815-20.
- 2- WN. Kapoor. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine (Baltimore)* 1990; 69,160-75.
- 3- FP. Sarasin, ML. Simonet, D. Carballo, S. Slama, A. Rajeswaran, JT. Metzger, C. Lovis, PF. Unger, AF Junod. Prospective evaluation of patients with syncope: a population-based study. *Am J Med.*2001;111:177-84.
- 4- ES. Soteriades, JC. Evans, MG. Larson, MH. Chen, L. Chen, EJ. Benjamin, D. Levy. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002;347:878-85.
- 5- OW. Hayes. Evaluation of syncope in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1998;16:601-15.
- 6- JL. Schnipper, WN. Kapoor. Diagnostic evaluation and management of patients with syncope. *Medical Clinics of North America* 2001;85:423-56.
- 7- R. Cunningham, MG. Mikhail. Management of patients with syncope and cardiac arrhythmias in an emergency department observation unit. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2001;19:105-121.
- 8- Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *European Heart Journal* 2001;22: 1256-306.
- 9- American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting with syncope. *Ann Emerg Med.* 2001 ; 37:771-76.
- 10- J. Close, M. Ellis, R. Hooper, E. Glucksman, S. Jackson, C. Swift. Prevention of falls in the elderly (PROFET), a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:93-7.



## Commission de veille scientifique

- 11- ME. Tinetti, M. Speechley, SF. Ginter. Risk factors for falls among elderly patients living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-7.
- 12- IA. Khan. Long QT syndrome: diagnosis and management. *Am Heart J* 2002;143:7-14.
- 13- J. Brugada, R. Brugada, P. Brugada. Right bundle-branch block and ST-segment elevation in leads V1 through V3: a marker for sudden death in patients without demonstrable structural heart disease. *Circulation* 1998;97:457-60.
- 14- R.Brugada, J.Brugada, C.Antzelevitch. Sodium channel blockers indentify risk for sudden death in patients with ST-segment elevation and right bundle branch block but structurally normal hearts. *Circulation* 2000;101:510-15.
- 15- WN. Kapoor, M. Fortunato, BH. Hanusa, HC. Schulberg. Psychiatric illnesses in patients with syncope. *The American Journal of Medicine* 1995;99:505-512.
- 16- C. Kouakam, D. Lacroix, D. Klug, P. Baux, C. Marquié, S. Kacet. Prevalence and prognostic significance of psychiatric disorders in patients evaluated for recurrent unexplained syncope. *Am J Cardiol* 2002;89:530-35.
- 17- R. Sheldon, S. Rose, D. Ritchie, SJ. Connolly, ML. Koshman, MA. Lee, M. Frenneaux, M. Fisher, W. Murphy. Historical Criteria that distinguish syncope from seizures. *J Am Coll Cardiol* 2002;40:142-8.
- 18- CJ. Mathias. Orthostatic hypotension: causes, mechanisms, and influencing factors. *Neurology* 1995;45:S6-S11.
- 19- FP. Sarasin, ML. Simonet, D. Carballo, S. Slam, AF. Junod, PF. Unger. Prevalence of orthostatic hypotension among patients presenting with syncope in the ED. *Am J Emerg Med* 2002;20:497-501.
- 20- Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure, and multiple system atrophy. The consensus committee of the American Autonomic Society and the American Academy of Neurology. *Neurology* 1996;46 (5):1470
- 21- RA. Kenny. Neurally mediated syncope. *Clin Geriatr Med* 2002;18:191-210.



## Commission de veille scientifique

- 22- RA. Kenny, DA. Richardson, N. Steen, RS. Bexton, FE. Shaw, J. Bond. Carotid sinus syndrome : a modifiable risk factor for non accidental falls in older adults. J Am Coll Cardiol 2001; 38:935-40.
- 23- R. Cunningham, MG. Mikhail. Management of syncope and cardiac arrhythmias in an emergency department observation unit. Emerg Med Clin North Am 2001;19:105-21.
- 24- F. Ammirati, F. Colivicchi, M. Santini. Diagnosing syncope in clinical practice. Eur Heart J;2000 ;21 :935-40.
- 25- OW. Hayes. Evaluation of syncope in the emergency department.Evaluation of syncope in the emergency department. Emerg Med Clin North Am 1998; 16:601-615.
- 26- MD. Meyer, J. Handler. Evaluation of the patient with syncope: an evidence based approach. Emerg Med Clin North Am 1999;17:189-201.
- 27- J. O'Connor, LN. Meurer. What is the diagnostic yield of a standardized sequential evaluation of patients presenting to an emergency department with syncope? The journal of family practice 2001;50:1020.
- 28- C. Kouakam, D. Lacroix, D. Klug, P. Baux, C. Marquié, S. Kacet. Prevalence and prognostic significance of psychiatric disorders in patients evaluated for recurrent unexplained syncope. Am J Cardiol 2002;89:530-535.
- 29- WN. Kapoor, M. Fortunato, BH. Hanusa, H. Schulberg. Psychiatric illnesses in patients with syncope. The American Journal of Medicine 1995;99:505-512.
- 30- HR. Middlekauff, WG. Stevenson, LW. Stevenson, LA. Saxon. Syncope in advanced heart failure: high risk of sudden death regardless of origin of syncope. J Am Coll Cardiol 1993;21:110-6.
- 31- JH. Oh, BH. Hanusa, WN. Kapoor. Do symptoms predict cardiac arrhythmias and mortality in patients with syncope? Arch Intern Med. 1999;159: 375-80.
- 32- A. Junaid, IL. Dubinsky. Establishing an approach to syncope in the emergency department. The journal of Emergency Medicine 1997;15: 593-599.



## Commission de veille scientifique

- 33- WN. Kapoor, MA. Smith, NL. Miller. Upright tilt testing in evaluating syncope: a comprehensive literature review. *The American Journal of Medicine* 1994;97:78-88.
- 34- R. Sutton, DM. Bloomfield. Indications, methodology and classification of results of tilt-table testing. *Am J Cardiol* 1999;84:10-19.
- 35- J. Sagrista-Sauleda, B. Romero-Ferrer, A. Moya, G. Permanyer-Miralda, J. Soler-Soler. Variations in diagnostic yield of head-up tilt test and electrophysiology in groups of patients with syncope of unknown origin. *Eur Heart J* 2001;22:857-65.
- 36- DG. Benditt, GJ. Fahy, KG. Lurie, S. Sakaguchi, W. Fabian, N. Samniah. Pharmacotherapy of neurally mediated syncope. *Circulation* 1999;100:1242-48.
- 37- A. Raviele, G. Gaspirini, F. Di Pede et al. Nitroglycerin infusion during upright tilt: a new test for the diagnosis of vasovagal syncope. *Am Heart J* 1994;127:103-11.
- 38- A. Raviele, G. Giada, M. Brignole et al. Diagnostic accuracy of sublingual nitroglycerin test and low-dose isoprotenerol in patients with unexplained syncope. A comparative study. *Am J Cardiol* 2000;85:1194-8.
- 39- A. Del Rosso, P. Bartoli, A. Bartoletti et al. Methodology of head-up tilt testing potentiated with sublingual nitroglycerin in unexplained syncope. *Am J Cardiol* 2000; 85:1007-11.
- 40- F. Ammirati, F. Colivicchi, A. Biffi, B. Magri, C. Pandozi, M. Santini. Head-up tilt testing potentiated with low-dose sublingual isosorbide dinitrate: a simplified time-saving approach for the evaluation of unexplained syncope. *Am Heart J* 1998;135: 135:671-6.
- 41- DG. Benditt, DW. Ferguson, BP. Grubb, WN. Kapoor, J. Kugler, BB. Lerman et al. Tilt table testing for assessing syncope. *J Am Coll Cardiol* 1996;28:263-75.
- 42- KM. Stein, DJ. Slotwiner, S. Mittal, M. Schneiner, SM. Markowitz, BB. Lerman. Formal analysis of the optimal duration of tilt testing for the diagnosis of neurally mediated syncope. *Am Heart J* 2001;141: 282-88.
- 43- WN. Kapoor, MA. Smith, NL. Miller. Upright tilt testing in evaluating syncope: a comprehensive literature review. *The American Journal of Medicine* 1994; 97:78-88.

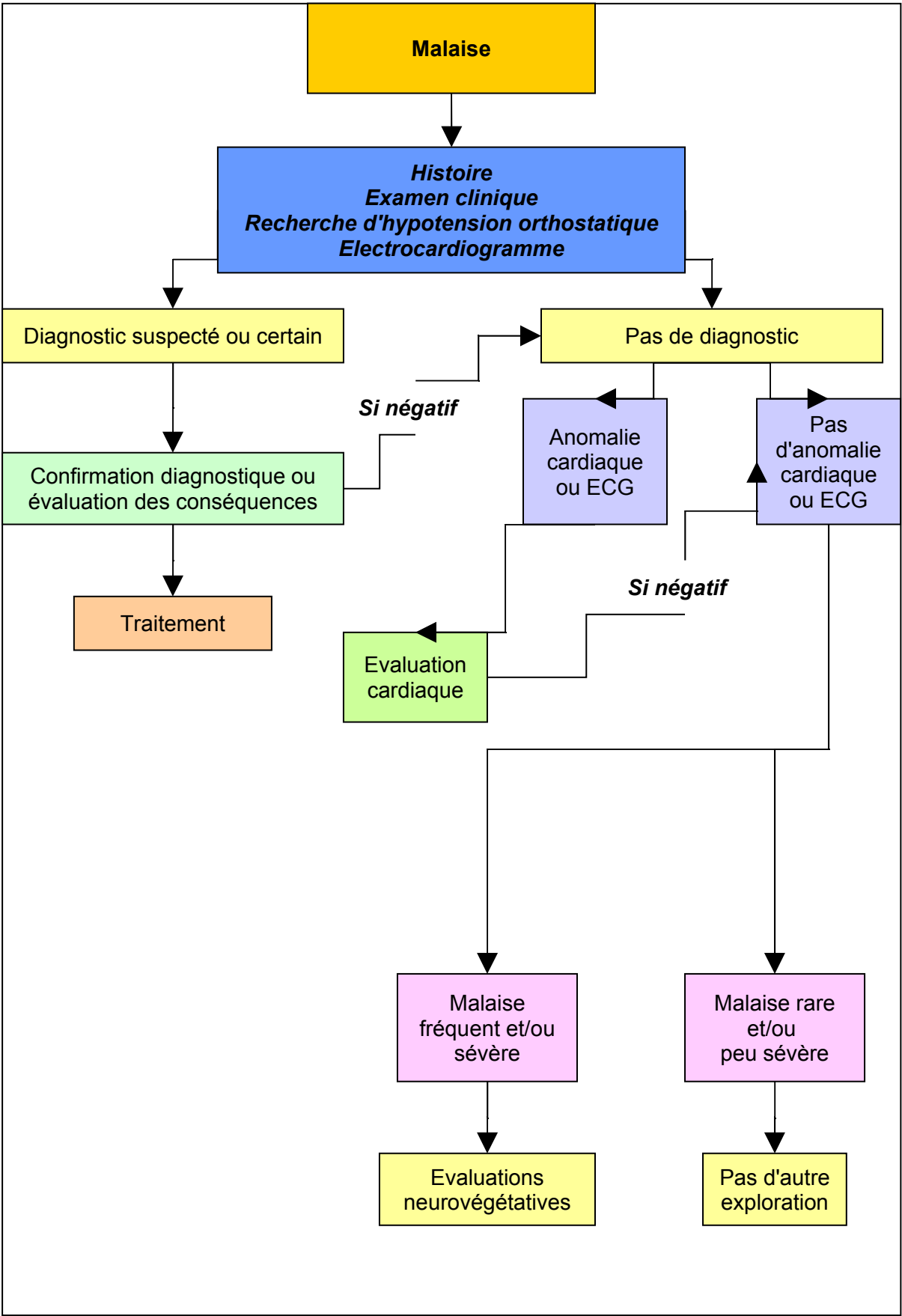


## Commission de veille scientifique

- 44- J. Sagrista-Sauleda, B. Romero-Ferrer, A. Moya, G. Permanyer-Miralda, J. Soler-Soler. Variations in diagnostic yield of head-tilt test and electrophysiology of patients with syncope of unknown origin. *European heart Journal* 2001;22: 857-65.
- 45- AM. Fenton, SC. Hammill, RF. Rea, PA. Low, WK. Shen. Vasovagal syncope. *Annals of Internal Medicine* 2000;133: 714-25.
- 46- DG. Benditt, GJ. Fahy, KG. Lurie, S. Sakaguchi, W. Fabian, N. Samniah. Pharmacotherapy of neurally mediated syncope. *Circulation* 1999;100:1242-48.
- 47- F. Ammirati, F. Colivicchi, M. Santini. Permanent cardiac pacing versus medical treatment for the prevention of recurrent vasovagal syncope : a multicenter, randomized, controlled trial. *Circulation* 2001;104:52-57.
- 48- R. Panther, S. Mahmood, R. Gal. Echocardiography in the diagnostic evaluation of syncope. *J Am Soc Echocardiogr* 1998;11:294-8.
- 49- A. Krahn, GJ. Klein, R. Yee, T. Takle-Newhouse, C. Norris. Use of an extended monitoring strategy in patients with problematic syncope. *Reveal Investigators. Circulation* 1999;26:406-10.
- 50- Commission du consensus, groupe de veille scientifique de la société francophone de médecine d'urgence. Actualisation sur les crises convulsives de l'adulte au service des urgences. *JEUR* 2003 ;16 :48-57.
- 51- SJ. Master, PM. Mac Clean, MS. Arcarese et al. Skull X-ray examinations after head trauma. Recommendations by a multidisciplinary panel and validation study. *N Engl J Med* 1987;316:84-91.
- 52- T. Martin, BH. Hanusa, WN. Kapoor. Risk stratification of patients with syncope. *Annals of emergency medicine* 1997;29:459-466.



**Schéma n°1 : Stratégie diagnostique générale devant un malaise**







**Tableau 1 : ANOMALIES ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES JUSTIFIANT UN RECOURS IMMÉDIAT AU CARDIOLOGUE**

**Trouble d'automatisme et de conduction**

- **Conduction auriculo-ventriculaire** : BAV du 3<sup>ème</sup> degré et BAV du 2<sup>ème</sup> degré sauf Wenckebach
- **Conduction intraventriculaire** :
  - BDt + HBPG + PR long
  - BG + PR long
- **Fonction sinusale** : bradycardie sinusale <40/min ou pause sinusale >2 secondes

**Hyperexcitabilité ventriculaire**

- Extra-systoles polymorphes fréquentes et/ou en salves (>3)

**Tachycardie**

- Tachycardie à QRS large ou torsade de pointe

**Anomalies du QRS**

- Syndrome de pré-excitation
- BBDt avec sus-décalage de ST en V1V2V3 (syndrome de Brugada)

**Anomalie de repolarisation**

- Anomalie du segment ST ou de l'onde T
- Allongement de l'intervalle QT

**Tableau 2 Critères d'hospitalisation, lieu d'hospitalisation et motif d'hospitalisation (d'après 6 et 8).**

| <b>Critères d'hospitalisation</b>                                                                                                                                                                              | <b>Lieu d'hospitalisation</b>                                           | <b>Objectifs de l'hospitalisation</b>         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Cardiopathie connue ou suspectée significative                                                                                                                                                                 | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation diagnostique                  |
| Anomalie de l'ECG tableau 1 faisant craindre une cause rythmique à la syncope                                                                                                                                  | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation diagnostique                  |
| Syncope à l'exercice                                                                                                                                                                                           | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation diagnostique                  |
| Syncope responsable d'un traumatisme sévère                                                                                                                                                                    | Hospitalisation cardiologique obligatoire ou UHCD ou service spécialisé | Hospitalisation diagnostique                  |
| Histoire familiale de mort subite                                                                                                                                                                              | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation diagnostique                  |
| Absence de cardiopathie connue mais syncope brutale commençant par des palpitations, où syncope en décubitus, ou pathologie cardiaque non significative mais forte suspicion clinique de pathologie cardiaque. | Hospitalisation cardiologique recommandée                               | Hospitalisation diagnostique                  |
| Age >70 ans                                                                                                                                                                                                    | Hospitalisation cardiologie possible                                    | Hospitalisation diagnostique et thérapeutique |
| Absence d'étiologie évidente                                                                                                                                                                                   | Hospitalisation cardiologie recommandée                                 | Hospitalisation diagnostique                  |
| Hypotension orthostatique modérée à sévère                                                                                                                                                                     | Hospitalisation UHCD ou cardiologie ou médecine recommandée             | Hospitalisation thérapeutique                 |
| Comitialité                                                                                                                                                                                                    | Hospitalisation UHCD ou neurologique recommandée                        | Hospitalisation diagnostique ou thérapeutique |
| Cause toxique                                                                                                                                                                                                  | Hospitalisation UHCD recommandée                                        | Hospitalisation thérapeutique                 |
| Arythmie responsable de syncope                                                                                                                                                                                | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation thérapeutique                 |
| Syncope due à une cause ischémique                                                                                                                                                                             | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation thérapeutique                 |
| Syncope liée à une cardiopathie ou à une pathologie cardio-pulmonaire                                                                                                                                          | Hospitalisation cardiologique obligatoire                               | Hospitalisation thérapeutique                 |
| Syncope avec signes focaux neurologiques                                                                                                                                                                       | Hospitalisation neurologie obligatoire en                               | Hospitalisation diagnostique et thérapeutique |
| Syncope neurovégétative nécessitant un pacemaker                                                                                                                                                               | Hospitalisation cardiologie obligatoire en                              | Hospitalisation thérapeutique                 |