



Chapitre 87

Malaise : améliorons nos connaissances

S. LAGADEC

Points essentiels

- Les malaises sont de nature et de gravité très hétérogène dont l'issue la plus redoutée demeure la mort subite.
- Une prise en charge adaptée s'appuie sur une bonne connaissance des différents processus physiopathologiques.
- En l'absence d'une détresse vitale constatée, l'élément de tri le plus déterminant repose sur l'entretien infirmier qui doit être mené de façon standardisée et « policière ».
- L'investigation étiologique se fonde sur les circonstances du malaise.
- L'absence de symptômes associés ne permet pas d'exclure une étiologie grave.
- L'origine cardiaque, l'âge du patient et l'absence d'anamnèse sont les principaux facteurs de risque de surmortalité.
- Un électrocardiogramme avec DII long doit être réalisé systématiquement, idéalement dès l'accueil du patient.
- Une mesure de la glycémie capillaire est recommandée pour les patients diabétiques.
- Malaise et chute sont intimement liés, le premier doit toujours être suspecté si les circonstances de la chute ne sont pas claires.
- Toutes les recommandations rappellent le caractère obligatoire de la recherche d'hypotension orthostatique si l'état du patient le permet.

Correspondance : Steven Lagadec – SMUR/SAMU 91 Centre Hospitalier Sud Francilien
55, boulevard Henri-Dunant, 91100 Corbeil-Essonnes.
E-mail : slagadec@gmail.com

1. Introduction

Le malaise est un terme générique, regroupant des situations cliniques diverses. Le malade décrit une sensation pénible associée à un trouble de la conscience ou de la vigilance avec un retour spontané à l'état antérieur. Si le terme de malaise est imprécis, il demeure très largement utilisé par les patients. Les pathologies responsables de « malaise » sont de nature et de gravité très hétérogènes dont l'issue la plus redoutée demeure la mort subite. Le malaise est un motif de recours aux urgences qui n'est jamais bénin d'emblée et qui impose une prise en charge méthodique.

Le malaise est un motif fréquent qui constitue 3 à 10 % des admissions aux urgences (1) et 9 % des motifs d'hospitalisation chez les sujets de plus de 65 ans (2).

2. Définir la notion de malaise

2.1. Le malaise

La définition du terme « malaise » n'est pas univoque et sa représentation demeure confuse.

La sémiologie variée et les différents cadres nosologiques que l'on associe au terme de malaise n'ont aucune spécificité étiologique (3).

Le dictionnaire de langue française Larousse définit le malaise par « Une sensation pénible, mal localisée, d'un trouble physiologique » ou une « Brusque défaillance des forces physiques pouvant aller jusqu'à l'évanouissement » ou encore un « état, un sentiment de trouble, de gêne, d'inquiétude, de tension ». C'est à l'ensemble de ces définitions que le patient associe le terme de malaise qu'il décline volontiers par les synonymes connexes « indisposition », « trouble », « vapeurs » ou encore « mal-être »...

Les recommandations relatives à l'unité d'enseignement « prévention et secours civiques », proposent de définir le malaise comme une sensation inhabituelle.

« *Le malaise est une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans pouvoir en identifier obligatoirement l'origine. Cette sensation, parfois répétitive, peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive. La victime, consciente, ne se sent pas bien et présente des signes inhabituels.* » (4) Cette définition est proposée dans le cadre des formations secouristes.

L'infirmier en revanche s'appuiera sur une définition issue d'une autorité médicale. Ainsi dans ses recommandations sur la « prise en charge des malaises au service d'accueil et d'urgence », la sixième conférence de consensus en médecine d'urgence de 1996 (actualisée en 2005) définit le malaise comme « un épisode

aigu, régressif, qui est caractérisé par un trouble de la conscience ou de vigilance (perte de connaissance brève ou lipothymie) avec ou sans hypotonie, qui peut être responsable de chute. » « On regroupe dans ce cadre, les termes habituels de : syncope, lipothymie, perte de connaissance brève. » (1)

Cependant en 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations sur les pertes de connaissances brèves de l'adulte, exclue le terme « malaise » du cadre des définitions : « Le terme *malaise* ne doit plus être utilisé, car il est imprécis, regroupant des situations cliniques floues et différentes. Le *malaise* décrit une plainte alléguée par le patient, sans spécificité. Il ne définit pas un cadre nosologique médical » (5).

Il est donc nécessaire de distinguer la plainte ou le motif de recours que les patients nomment volontiers « malaise » des autres termes définis dans les dictionnaires médicaux.

Sous le terme de malaise nous pouvons donc regrouper :

2.2. La syncope

« La syncope est un symptôme défini comme une perte de connaissance transitoire, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural avec un retour rapide à un état de conscience normal et due à une ischémie cérébrale globale et passagère » (5).

2.3. La lipothymie

« La lipothymie est un malaise passager caractérisé par une impression angoissante d'évanouissement imminent. » (6)

2.4. La perte de connaissance brève (PC brève)

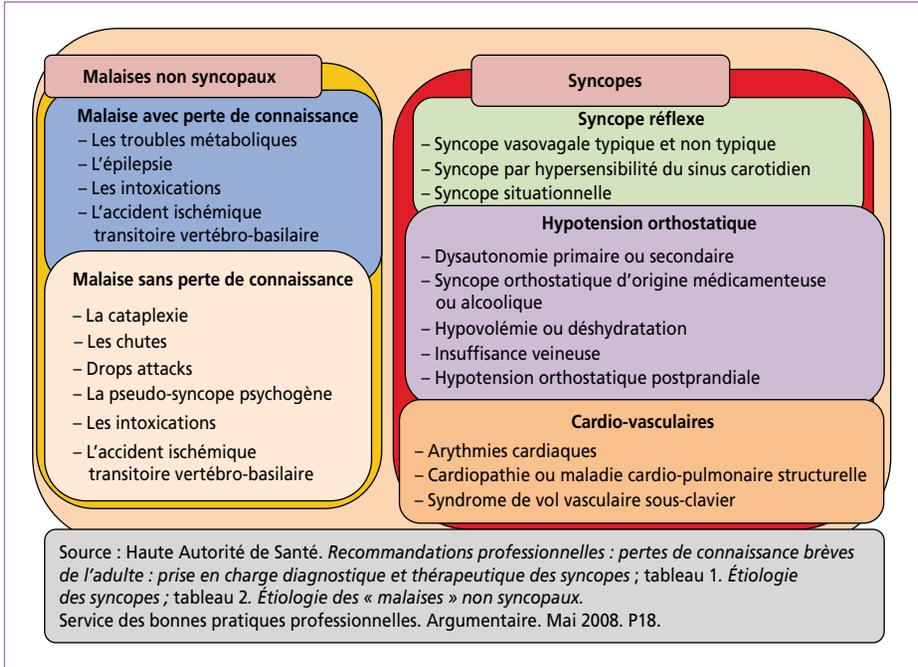
« Le terme *perte de connaissance brève* regroupe toutes les PC syncopales ou non avant évaluation diagnostique. Après évaluation, il ne peut être utilisé que pour les PC qui restent inexplicables ». (5)

Inversement, nous pouvons exclure les états pathologiques sans trouble de la vigilance ou de conscience, les états pathologiques dont l'apparition est progressive sur plusieurs heures et les états pathologiques ou les symptômes ne sont pas résolutifs mais persistants (1).

3. Les étiologies

Les causes sont nombreuses et se distinguent par la variété des mécanismes physiopathologiques impliqués. On distingue les syncopes des malaises non syncopaux. La **figure 1** propose une classification étiologique des malaises.

Figure 1 – Étiologie des malaises



4. Physiopathologie

Les mécanismes pouvant aboutir au malaise sont plurivoques. Une prise en charge adaptée repose sur une bonne connaissance des différents processus physiopathologiques indispensable à l'évaluation clinique.

4.1. Les syncopes

Les syncopes ont en commun de résulter d'une hypoxie cérébrale.

Bien que survenant le plus souvent de façon brutale, il peut exister des prodromes (nausées, sueurs, dystonie musculaire et troubles de la vision). Durant l'épisode d'hypoxie cérébrale sévère, des secousses myocloniques sont fréquemment observées. La durée d'une syncope n'excède généralement pas vingt secondes bien que de manière exceptionnelle elle peut se prolonger plusieurs minutes. La restauration d'un état de conscience normale, orienté et approprié est quasi immédiate associée parfois à une amnésie rétrograde en particulier chez le sujet âgé (7).

4.1.1. Les syncopes réflexes

La syncope réflexe ou neuro-médiée désigne l'ensemble des syncopes impliquant une réponse réflexe de l'organisme. L'augmentation du tonus parasympathique

associée à une baisse du tonus sympathique aboutit à une réponse réflexe des récepteurs viscéraux entraînant une modification des résistances vasculaires ou de la fréquence cardiaque. Il en résulte une hypotension artérielle et une bradycardie.

4.1.1.1. La syncope vasovagale (SVV)

La syncope vasovagale est la syncope réflexe la plus courante. Celle-ci est appelée SVV typique si elle s'accompagne d'un prodrome caractéristique (sueurs, nausées, vertiges, asthénie et pâleur) associé le plus souvent à un stress émotionnel ou orthostatique. Si l'anamnèse permet d'identifier ce type de contexte, le diagnostic de SVV peut être posé. La SVV survenant sans prodrome et sans facteur déclenchant évident est appelée SVV atypique. Bien que le mécanisme soit similaire, l'absence de facteur déclenchant et de prodrome complique la démarche diagnostique.

4.1.1.2. La syncope par hypersensibilité du sinus carotidien

Une manipulation accidentelle des sinus carotidiens peut aboutir à une syncope réflexe. C'est une cause fréquente de syncope tout particulièrement chez le sujet âgé (8). La syncope par hypersensibilité du sinus carotidien peut alors être reproduite par un massage des sinus carotidiens (9). Cette manipulation effectuée sous monitoring électrocardiographique et tensionnel continu consiste en un massage carotidien de 5 à 10 secondes maximum en l'absence de pathologie de l'artère carotide. C'est un acte médical à visée diagnostique.

4.1.1.3. La syncope situationnelle

C'est une syncope réflexe survenant lors d'une situation précise. Les scénarios possibles sont nombreux et variés. De même la toux, l'éternuement, la déglutition, la défécation ou la miction peuvent déclencher une syncope. Une douleur ou un effort intense ainsi qu'une manœuvre de Valsalva peuvent aussi aboutir à une syncope réflexe situationnelle (10).

4.1.2. La syncope orthostatique

Le plus souvent, ce phénomène se produit lors du passage de la position assise ou couchée à la position debout. La syncope orthostatique résulte de l'incapacité à augmenter le tonus vasculaire en station debout ce qui se traduit par une accumulation excessive du volume sanguin dans les parties déclives du corps au détriment de la perfusion cérébrale. Le bas débit cérébral qui en résulte aboutit à une syncope orthostatique. L'hypovolémie ou la déshydratation sont fréquemment associées à la syncope orthostatique. On retrouve aussi certaines dysautonomies primaires (Parkinson, atrophie multi-systémique) ou secondaires (neuropathie diabétique, amyloïde). Une origine médicamenteuse ou alcoolique doit aussi être recherchée ainsi qu'une insuffisance veineuse. La syncope orthostatique survient plus fréquemment en postprandiale.

4.1.3. La syncope cardio-vasculaire

L'origine cardio-vasculaire demeure l'étiologie la plus redoutée en raison du risque élevé de décès.

4.1.3.1. Les arythmies cardiaques

L'arythmie cardiaque demeure l'étiologie principale des syncopes cardio-vasculaires. La syncope peut survenir lors du passage brutal au rythme pathologique et inversement lors de la régularisation du même rythme ou encore être la conséquence hémodynamique d'une diminution du débit cardiaque (6). Le trouble du rythme peut persister après la syncope (11). 15 % des tachycardies ventriculaires ou supraventriculaires sont responsables de syncopes (12, 13).

Les arythmies cardiaques impliquées dans la syncope :

- dysfonctionnement sinusal dont la maladie de l'oreillette ;
- maladies du système de conduction auriculo-ventriculaire ;
- tachycardies paroxystiques supraventriculaires ou ventriculaires ;
- syndromes héréditaires (QT long, Brugada) ;
- dysfonctionnement d'un appareil implanté ;
- arythmie d'origine médicamenteuse.

4.1.3.2. La cardiopathie ou maladie cardio-pulmonaire structurelle

Une cardiopathie ou maladie cardio-pulmonaire structurelle provoque une inadéquation entre les besoins circulatoires et le débit cardiaque qui peut se traduire par une syncope.

Les pathologies cardiaques le plus souvent incriminées sont :

- les valvulopathies ;
- l'infarctus du myocarde ou l'ischémie myocardique ;
- la cardiopathie obstructive ;
- un myxome de l'oreillette ;
- la dissection aortique aiguë ;
- une péricardite ou une tamponnade ;
- l'embolie pulmonaire et l'hypertension artérielle pulmonaire.

4.1.3.3. Le vol vasculaire sous-clavier

Le phénomène de vol vasculaire sous-clavier peut entraîner une syncope par un défaut de distribution du débit sanguin privilégiant les membres supérieurs au détriment du débit sanguin cérébral.

4.2. Les malaises non syncopaux

Les malaises non syncopaux regroupent l'ensemble des phénomènes pathologiques aboutissant à un malaise sans affecter le débit sanguin cérébral.

4.2.1. Les malaises avec perte de connaissance partielle ou totale

- Certains troubles métaboliques peuvent entraîner un malaise, préférentiellement l'hypocalcémie et les dyskaliémies. Une hypoxie transitoire peut aboutir à une perte de connaissance. L'hypoglycémie présente rarement un tableau de récupération rapide ce qui exclut le plus souvent cette étiologie. L'hypoglycémie doit être recherchée de manière systématique chez le diabétique sous traitement hypoglycémiant.
- Une crise d'épilepsie akinétique peut prendre la forme d'un simple malaise et ne se traduit pas toujours par un tableau démonstratif typiquement tonico-clonique. *A contrario* une syncope peut se manifester par des mouvements tonico-cloniques ou toniques et par des convulsions. Une aura inconstante et variée peut être décrite avant la survenue de la crise et les signes après malaise retrouveront volontiers une confusion prolongée et des douleurs musculaires. La perte d'urine n'est pas spécifique de la crise convulsive et peut s'observer lors d'un bas débit sanguin cérébral.
- Les intoxications sont de grands pourvoyeurs de malaises. Cette cause doit être recherchée de façon systématique : iatrogénie médicamenteuse (cardiotropes, psychotropes et anti-parkinsoniens), consommation d'alcool ou de stupéfiants ainsi que l'intoxication au monoxyde de carbone doivent être suspectées en présence d'un malaise.
- L'accident ischémique transitoire vertébro-basilaire peut se manifester par un malaise et des signes cliniques associés tels qu'une ataxie, des troubles des mouvements oculaires et des vertiges, qui orientent le diagnostic (14).

4.2.2. Les malaises sans perte de connaissance

Cette catégorie de malaise regroupe :

- les chutes ;
- la cataplexie est une perte de contrôle musculaire partielle ou complète qui survient dans un contexte émotionnellement fort, généralement le rire (15) ;
- la *Drop attack* aussi appelé la maladie des genoux bleus en raison de la chute sur les genoux survenant sans prodrome ou facteur déclenchant identifié. Cette manifestation rare se retrouve plus volontiers chez des femmes de plus de 50 ans et les mécanismes physiopathologiques demeurent inconnus (16) ;
- la pseudo-syncope psychogène peut être décrite au décours d'une pathologie psychiatrique tels que les troubles conversifs, les attaques de panique ou les troubles factices. Un trouble psychiatrique identifié ne permet pas d'exclure une cause extra psychiatrique ou iatrogène par psychotrope (17) ;
- l'accident ischémique transitoire (AIT) d'origine carotidienne n'entraîne pas de perte de connaissance ce qui le différencie de l'AIT vertébro-basilaire.

Répartition des malaises selon la cause retrouvée		
	Hommes	femmes
Cause vagale	19,8 %	22,2 %
Causes cardiaques	13,2 %	6,7 %
Cause orthostatique	8,6 %	9,9 %
Épilepsie	7,2 %	3,2 %
Iatrogène	6,3 %	7,2 %
AVC ou AIT	4,3 %	4 %
Autres causes	9,5 %	6,1 %
Causes inconnues	31 %	40,7 %

Source : Soteriades E., Evans J., Larson M. et al., *Incidence and prognosis of syncope N Engl J, Med*, 2002 ; 347 : 878-85.

5. Épidémiologie des malaises

Une étude de Soteriades et al (cohorte de Framingham) portant sur 7 814 participants suivis sur 17 ans identifie l'incidence des malaises à 6,2 pour 1 000 personnes années. L'incidence de survenue des malaises est deux fois plus élevée chez les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires (18). Les données épidémiologiques démontrent que l'incidence et la récurrence des malaises augmentent avec l'âge. Les récurrences plus fréquentes chez les patients présentant des comorbidités altèrent de façon significative la qualité de vie des patients mais demeurent indépendantes du taux de mortalité. Si l'étiologie des malaises est le premier déterminant de la mortalité, les comorbidités associées et éventuellement les conséquences (chutes) impactent également le pronostic.

6. Les éléments d'orientation à recueillir par l'IOA

Du fait de sa résolution rapide et spontanée, il est rare que le malaise soit constaté à l'accueil des urgences. La particularité de l'accueil d'un patient se présentant pour malaise tient dans le fait que l'infirmière doit évaluer un patient sur un trouble passé sans symptomatologie immédiate observable. Cette singularité impose une investigation des faits écoulés basée sur un interrogatoire minutieux et méthodique.

L'enjeu de l'évaluation initiale repose sur l'identification des terrains à risques ou des signes de gravités associés. Un interrogatoire peu fiable mésestime le risque pronostique et doit être considéré comme une situation à risque.

6.1. L'entretien IOA

Ce premier contact avec le patient et si possible ses proches est un temps capital de la prise en charge permettant un débrouillage rapide du contexte.

L'interrogatoire devra faire préciser des éléments types permettant d'identifier rapidement d'éventuels signes de gravité associés.

L'amnésie rétrograde étant fréquente, il convient d'étendre l'investigation auprès des éventuels témoins du malaise.

L'entretien doit permettre de faire préciser le contexte du malaise ainsi que certaines informations spécifiques concernant l'âge, les antécédents, les facteurs de co-morbidité, les prodromes, les circonstances de survenue, les signes d'accompagnements et l'évolution du malaise.

Chute et malaise sont intimement liés et il est parfois difficile de discerner la cause de la conséquence. Une chute dans un contexte inexpliqué doit faire redouter la survenue d'un malaise. Les malaises sont fréquemment responsables de chute en particulier chez le sujet âgé (19).

Il est indispensable d'insister lourdement sur les antécédents cardiaques, neurologiques et métaboliques ainsi que les antécédents familiaux. Une cause héréditaire permet d'orienter vers une cardiopathie grave au pronostic péjoratif en l'absence de prise en charge adaptée.

Une pathologie psychiatrique sous-jacente doit être recherchée chez les patients ayant des syncopes à répétition.

La douleur per-malaise doit être recherchée de façon systématisée car elle constitue un signe de gravité manifeste indépendamment de son intensité et de sa localisation. Celle-ci sera idéalement traitée sans délai à l'aide d'un protocole de service.

La **figure 2** propose un ensemble de questions à poser lors de l'accueil d'un patient se présentant pour malaise.

6.2. L'observation

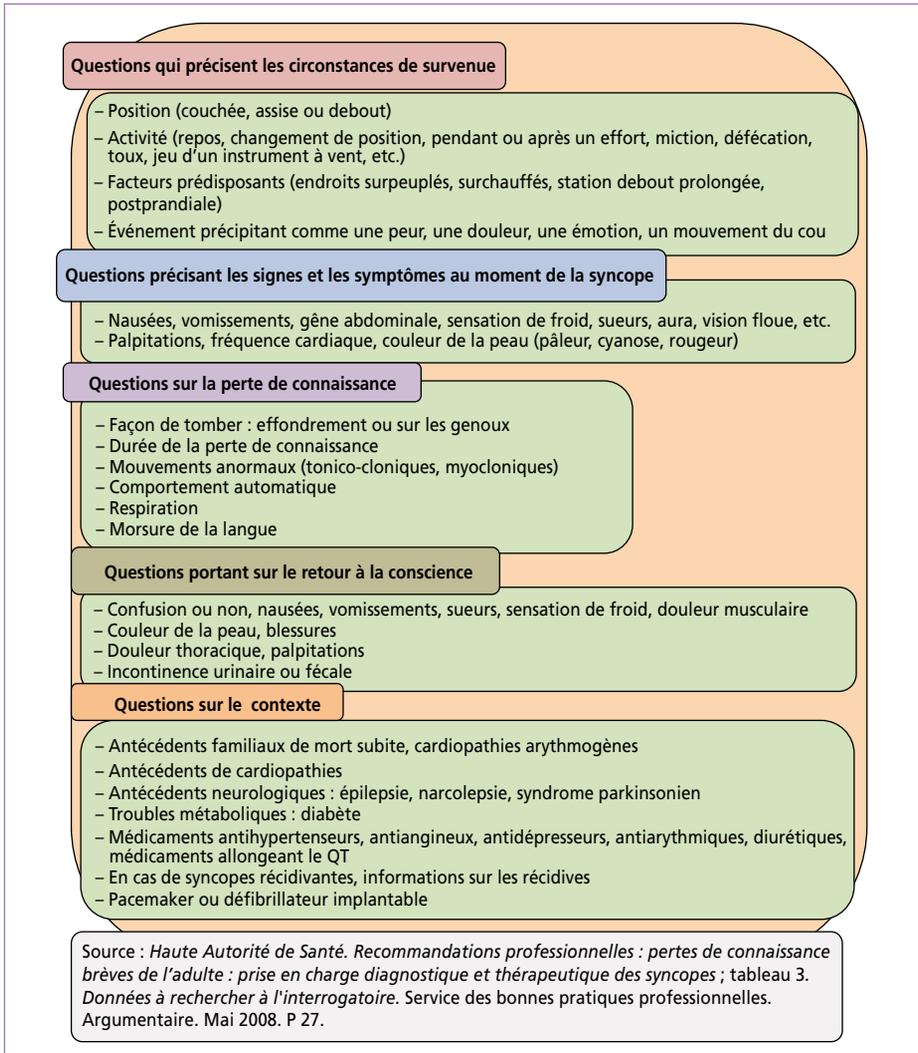
L'observation est la première qualité clinique de l'IOA puisqu'elle permet une évaluation rapide et fiable de nombreux signes de gravité. Celle-ci doit se faire tout au long de l'installation et de l'entretien. L'état de conscience du patient doit être évalué par le Glasgow Coma Scale (GCS).

L'examen portera sur la présence de marbrures, d'une cyanose, d'une morsure de langue, d'une perte d'urine ou d'une lésion observable en cas de chute.

6.2.1. L'examen clinique infirmier

L'examen clinique doit permettre d'identifier les signes de gravité associés conditionnant le tri. Il convient tout particulièrement de traquer une éventuelle cause cardiaque ou neurologique.

Figure 2 – Données à rechercher à l'interrogatoire



6.2.2. Bilan cardiaque

L'origine cardiaque des malaises demeure l'étiologie la plus redoutée.

L'examen maître à réaliser est l'électrocardiogramme (ECG). Si certains SAU pratiquent les ECG dans le box IOA, cette pratique n'est pas légion et celui-ci est réalisé plus volontiers en BOX. Différer l'ECG fausse la démarche de tri en la privant d'un examen clé. La réalisation précoce de l'ECG devrait s'appliquer à la prise en charge des malaises dont les représentations individuelles imprécises et la pauvreté symptomatologique associée compliquent la démarche de tri tandis que l'ECG demeure un examen fiable pour évaluer une gravité immédiate.

- Fréquence cardiaque et pouls à la recherche d'une irrégularité évocatrice d'une arythmie.
- Pression artérielle aux deux bras.
- Saturation pulsée en oxygène.
- Fréquence respiratoire.

6.2.3. Bilan neurologique

Une atteinte neurologique peut être à l'origine d'un malaise :

- recherche systématique d'un déficit ;
- signes évocateurs d'une crise comitiale : morsure de langue, perte d'urine, asthénie postcritique ;
- céphalées ;
- glycémie capillaire chez le patient diabétique sous traitement hypoglycémiant.

6.2.4. Bilan lésionnel

Un bilan lésionnel circonstancié doit être minutieusement effectué si la survenue du malaise a entraîné une chute.

Jusqu'à preuve évidente du contraire, un malaise doit être suspecté comme étant à l'origine de la chute.

- un traumatisme crânien doit être suspecté en cas de chute au décours d'un malaise ;
- une douleur du rachis cervical impose la mise en place immédiate d'un collier cervical ;
- l'impotence ou la déformation d'un membre implique une prise en charge traumatologique en parallèle du bilan de malaise ;
- une plaie ou un hématome doivent être recherchés.

7. Le Tri IOA

Idéalement, à l'issue de l'entretien, de l'observation et du recueil des données cliniques, l'IOA a cerné les éléments de gravité actuelle ou potentielle.

En l'absence d'harmonisation nationale ou internationale sur les outils d'aide au Tri, passons en revue les différentes échelles de tri.

7.1. La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) version 2

La CIMU est composée d'une centaine de déterminants cliniques permettant de trier les patients sur cinq niveaux croissants de complexité ou de gravité (20).

Cette classification propose de trier le malaise au niveau 3 correspondant à un délai d'intervention médical dans les 90 minutes. Si le malaise est associé à un signe de gravité manifeste, c'est la symptomatologie la plus grave qui sera retenue pour déterminer le tri. Aussi lorsque le malaise est associé à une fréquence cardiaque supérieure ou égale à 180 par minute, le patient est alors pris en charge immédiatement et trié niveau 1.

7.2. L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG)

Cette échelle permet un tri selon cinq niveaux de priorité croissante (21).

Le terme « malaise » n'apparaît pas dans les déterminants de tri. Le terme syncope posturale est cité comme déterminant d'un tri niveau 1 et impose donc une prise en charge immédiate. « Une hypotension posturale identifiée à l'histoire » ou encore une « histoire de diaphorèse » permettent de classer le patient tri 2.

7.3. L'Australasian triage scale (AST)

L'AST est l'échelle de tri australienne qui propose un tri selon cinq niveaux de priorité croissante. L'identification de descripteurs cliniques permet d'effectuer un tri à partir d'une liste non exhaustive de situation clinique. En l'absence de signe de gravité, un malaise sera trié niveau 4 car requérant une évaluation complexe. Un tri 4 implique un délai de prise en charge inférieur à 60 minutes.

7.4. L'emergency severity index (ESI)

L'ESI est l'algorithme de triage nord-américain. Cet algorithme propose un tri selon 5 niveaux croissants. Basé sur l'évaluation d'une détresse vitale immédiate ou à haut risque de décompensation rapide, l'algorithme impose d'anticiper les ressources nécessaires d'après l'évaluation. En l'absence de signe de gravité associé, le tri d'un malaise serait niveau 4. Cependant, l'ESI impose une anamnèse policière afin de pouvoir dépister les patients à haut risque en fonction des antécédents ou du terrain. Aussi la survenue d'un malaise associé à un terrain débilité peut être triée niveau 2 (22).

7.5. Le Rapid Acces Blackouts Triage Clinic (RABTC)

Au Royaume-Uni le système de santé met à disposition des infirmiers un outil web pour la prise en charge des malaises. Le « Rapid Acces Blackouts Triage Clinic » (RABTC) permet un tri en deux catégories (23).

Le « Red Flag » identifie les patients à haut risque à partir des déterminants suivants :

- une anomalie ECG 12 dérivations ;
- les facteurs de risque ou des antécédents familiaux de mort subite avant 40 ans ;
- un malaise survenant au cours de l'exercice ;

- une histoire de traumatisme crânien ;
- une histoire évocatrice d'épilepsie ;
- un déficit neurologique nouveau ou évolutif.

Tout ce qui n'est pas « Red Flag » est considéré comme « Green Flag » et trié comme patient à faible risque. Ce système récent en cours de déploiement au Royaume Uni semble permettre un tri rapide et efficace pour identifier les patients à risque (24). Ce type de système repose sur l'expertise d'une infirmière de tri spécialisée notamment dans l'interprétation des électrocardiogrammes.

Le tri d'un malaise est rendu difficile de part l'absence possible de signes de gravité associés immédiats occultant les risques de complication à court terme.

Il paraît essentiel que la démarche de tri ne se contente pas d'une évaluation clinique qui peut être faussement rassurante mais que le raisonnement intègre l'ensemble des données issue de l'entretien et de l'observation.

Si le tri effectué impose un délai avant la prise en charge, il est préférable que l'attente s'effectue couchée afin d'éviter une chute en cas de récurrence du malaise.

La **figure 3** propose une aide au tri en fonction de l'ensemble des données per-clinique récoltées au cours de l'accueil.

8. Le rôle spécifique infirmier

Il est impossible ici de détailler la multitude des prises en charges spécifiques comptant le malaise comme symptôme. Le rôle de l'infirmier lors de la prise en charge dépend de l'hypothèse diagnostique ainsi que du degré d'urgence réel ou supposé et des éventuelles complications à court terme pouvant accélérer le processus de décompensation.

Le patient sera allongé sur un brancard sécurisé par des barrières afin de prévenir une éventuelle chute en cas de récidence du malaise.

8.1. L'ECG

La gravité et la surmortalité des causes cardiaques justifient la réalisation systématique de l'ECG en présence d'un malaise.

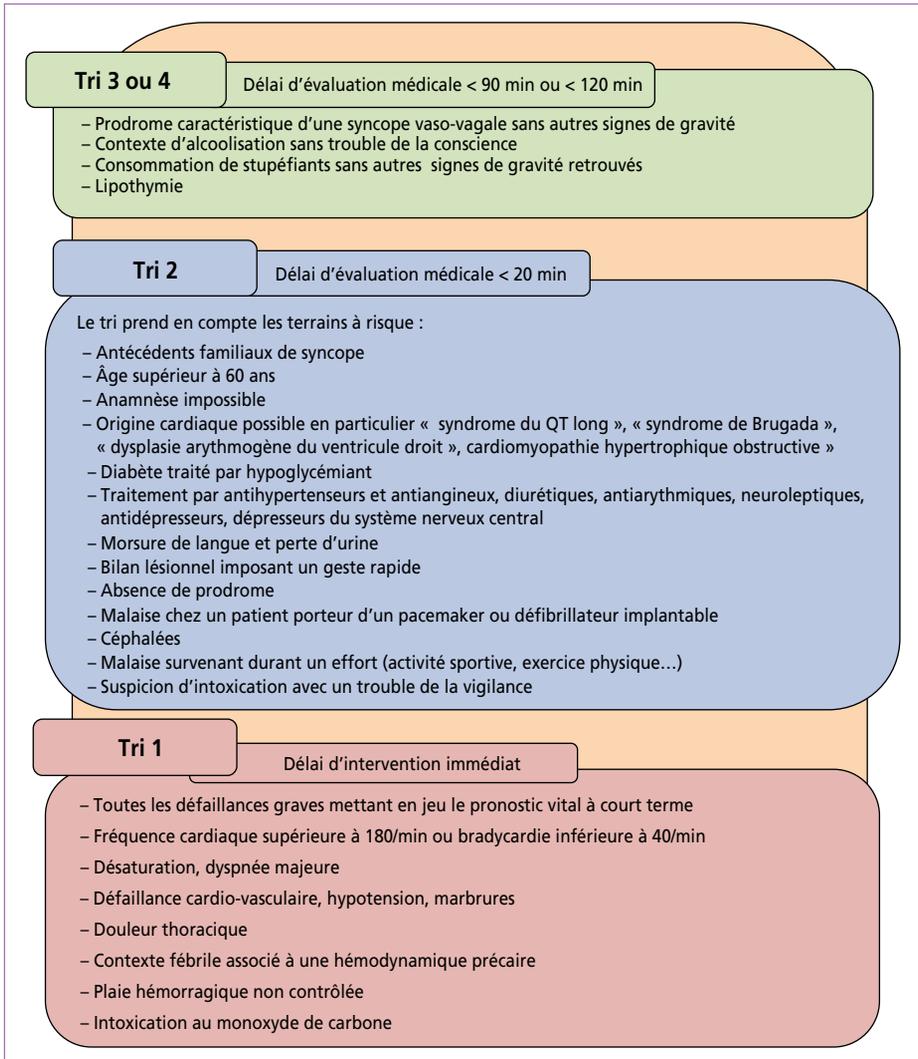
« Bien que sa rentabilité soit faible, sa facilité de réalisation, la gravité et la surmortalité des causes cardiaques justifient sa réalisation systématique. » (1)

L'ECG 12 dérivations sera réalisé ainsi qu'un DII long.

Une fois réalisé, l'ECG doit être interprété sans délai par un médecin, cette notion est capitale et doit demeurer un dogme de bonne pratique infirmière.

En présence d'une douleur thoracique associée, les dérivations droites et postérieures compléteront l'examen.

Figure 3 – Aide au tri d'un malaise aux urgences



L'ECG initial est le plus souvent normal et si l'absence d'anomalie ne permet pas d'exclure un trouble du rythme de type paroxystique, il permet néanmoins d'exclure la plupart des syncopes cardiaques.

8.2. Monitoring de l'ECG

Un monitoring continu de l'ECG sous scope peut être justifié si on suspecte une arythmie. Celui-ci permettra une surveillance étroite de l'hémodynamique et permettra d'anticiper d'éventuelles complications cardio-vasculaires à type de bradycardie ou tachycardie intermittente. Le monitoring s'effectue idéalement

immédiatement après la survenue d'un malaise. Le rendement diagnostique d'une surveillance ECG continue ne dépasse pas 16 % (25).

8.3. La recherche d'hypotension orthostatique

« Toutes les recommandations rappellent le caractère obligatoire de la recherche d'hypotension orthostatique si l'état du patient le permet. » (1)

Celle-ci doit être effectuée après la mise en repos en décubitus dorsal. La pression artérielle sera alors mesurée en position allongée puis en position debout à une et trois minutes et de façon répétée si celle-ci baisse. En cas de mauvaise tolérance, une mesure sera effectuée avant de remettre le patient en position allongée. 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 (26).

8.4. Les examens complémentaires

Les examens complémentaires sont à discuter au cas par cas et sont à réaliser sur prescription médicale.

Les examens biologiques ne sont qu'exceptionnellement indiqués pour déterminer la cause d'un malaise et se justifient par des anomalies cliniques associées, des comorbidités ou le traitement.

Une alcoolémie, une recherche de toxiques, un ionogramme sanguin ou une numération formule sanguine peuvent alors orienter l'investigation.

Un dosage médicamenteux peut s'avérer utile si on suspecte une cause iatrogène, une intoxication, un surdosage ou une rupture de traitement.

Un malaise associé à une fièvre invite à pratiquer des prélèvements bactériologiques ciblés.

9. Traitement et prévention

Le principal objectif du traitement repose sur la prévention des récurrences et la diminution du risque de mortalité (27).

Le traitement se fera en fonction de l'étiologie retrouvée et de l'évaluation du risque individuel de mortalité.

La prévention des récurrences repose sur une connaissance étiologique précise permettant d'avoir une action ciblée sur les mécanismes physiopathologiques. Celle-ci doit permettre d'améliorer la qualité de vie en diminuant l'impact que pourrait avoir la récurrence des malaises sur les activités courantes, des lésions physiques ou psychologiques ainsi que les problèmes de santé publique.

L'éducation des patients consiste en des conseils simples permettant d'identifier et d'éviter les facteurs déclenchants, de savoir reconnaître les signes annonciateurs et d'appliquer les manœuvres permettant d'interrompre l'épisode.

La prévention des syncopes réflexes, les plus fréquentes, porte principalement sur les facteurs déclenchants qu'il convient d'identifier. On peut alors conseiller en fonction du mécanisme :

- d'éviter les endroits surpeuplés ou surchauffés ;
- prévenir la déplétion volumique par des apports liquidiens suffisants ;
- traiter la toux si celle-ci entraîne une syncope situationnelle ;
- éviter les écharpes et les cols serrés en cas d'hypersensibilité du sinus carotidien ;
- éviter la station debout prolongée afin de prévenir la syncope orthostatique.

Des traitements supplémentaires devront être associés si les récurrences sont fréquentes au point d'altérer considérablement la qualité de vie. L'aspect imprévisible exposant les patients à un risque élevé de traumatisme ou survenant lors d'une activité à risque (conduite automobile...) impose une stratégie thérapeutique particulière.

9.1. L'urgence vitale manifeste

Le malaise révèle une pathologie grave patente ou à risque de décompensation rapide probable pouvant engager le pronostic vital à court terme. La situation impose une prise en charge rapide, standardisée idéalement protocolée permettant à l'infirmier de débiter les manœuvres de sauvetage ou conservatrice dans les meilleures conditions. Cette prise en charge spécifique se déroule idéalement dans la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) avec tout le matériel permettant une réanimation de qualité conforme aux recommandations.

La **figure 4** propose un algorithme décisionnel de prise en charge des malaises aux urgences.

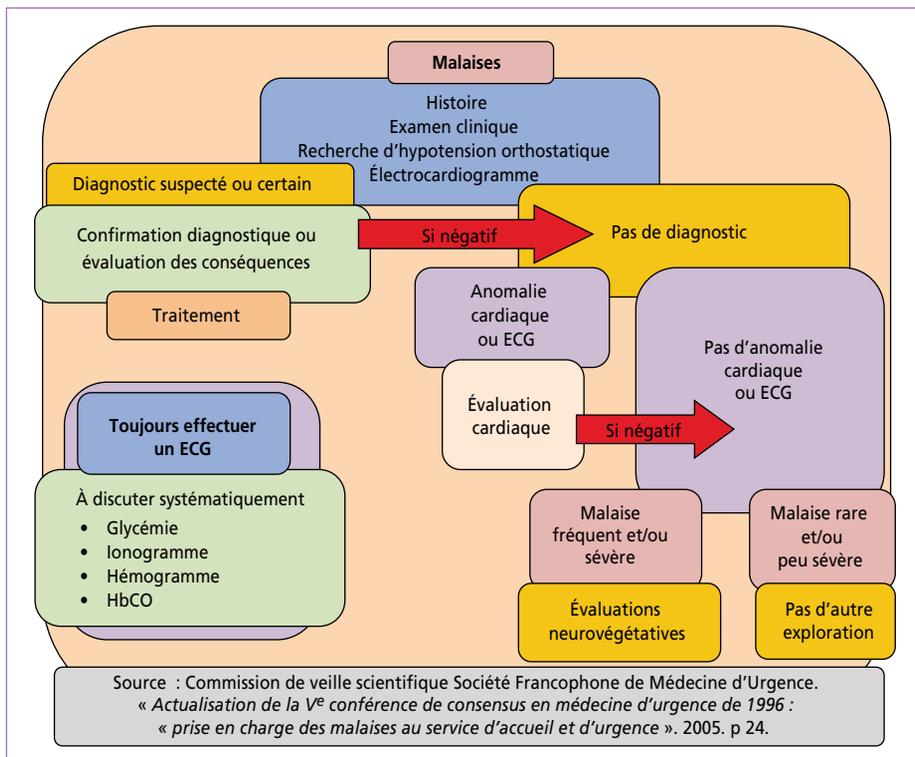
10. Les orientations

Le retour au domicile d'un patient souffrant de malaise ne se fera qu'à la condition que la bénignité soit formellement établie.

L'hospitalisation peut être nécessaire en l'absence d'étiologie retrouvée dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Les malaises sans gravité justifiant une surveillance de quelques heures, une modification de traitement ou des examens complémentaires seront volontiers admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Figure 4 – Algorithme de prise en charge d'un malaise aux urgences



Les malaises supposés ou identifiés d'origine cardiaque seront pris en charge dans une unité de cardiologie spécialisée. La gravité des syncopes d'origine cardiaque impose une surveillance par monitoring cardiaque.

Une défaillance vitale associée ou un risque de décompensation rapide implique une prise en charge en service de réanimation.

En cas de traumatisme secondaire au malaise, une impotence ou une perte d'autonomie compliquant le retour au domicile, une hospitalisation sera nécessaire.

L'absence de diagnostic étant reconnue comme un critère de gravité, elle impose une hospitalisation.

L'errance diagnostique demeure fréquente. L'exploration d'un malaise inexpliqué doit s'inscrire dans un parcours structuré et cohérent à l'image des « syncopé unit » outre-Manche. Cette structure multidisciplinaire permet un accès complet aux examens complémentaires et aux consultations spécialisées. Ce modèle de service permet une amélioration considérable du rendement diagnostique et de rentabilité en termes de coût (28).

11. Conclusion

Du fait de son imprécision, le motif de malaise mérite d'être systématiquement exploré. Son caractère potentiellement dangereux même en l'absence de symptomatologie associée doit inviter à la méfiance. Présent à chaque étape de la prise en charge, l'infirmier joue un rôle déterminant. Son expertise doit permettre d'identifier rapidement les patients à risque, d'apprécier le terrain associé et les signes de gravité. L'approche est centrée sur l'entretien, l'observation et l'examen clinique infirmier.

Le pronostic quant à lui dépendra essentiellement du diagnostic étiologique et de la mise en place du traitement adapté.

Références

1. Le Gall C., Philippe J.M., Busseuil C., Carpentier F., Leuret A., Sommereisen J.P., Babatasi C., Le Goff S. Commission de veille scientifique de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Actualisation de la VI^e conférence de consensus en médecine d'urgence de 1996 : prise en charge des malaises au service d'accueil et d'urgence, juin 2005.
2. Séréni D., Conri C., Morcamp D., Houdent C., Guillevin L., Galanaud P. *et al.* Diagnostic étiologique des lipothymies et pertes de connaissance brèves après 65 ans : résultats d'une étude prospective multicentrique de 188 cas. *La Presse Médicale*, 1988 ; 17(13) : 621-5.
3. Lestavel P., Halle I., Forget A.P. Conduite à tenir devant un malaise, une syncope et une perte de connaissance. *Journal européen des urgences*, 10(4) : 192-6.
4. Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. Recommandations relatives à l'unité d'enseignement prévention et secours civiques de niveau 1, 2012.
5. Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles : pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. *Argumentaire*, mai 2008.
6. Lestavel P., Marquie C. « Malaise », lipothymie et syncope. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 2007 ; 25-020-B-50.
7. Moya A., Sutton R., Ammirati F., Blanc J.-J., Brignole M., Dahm J.B. *et al.* Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009) The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2009 Nov 1 ; 30(21) : 2631-71.
8. Kerr S.J., Pearce M.S., Brayne C., Davis R.J., Kenny R. Carotid sinus hypersensitivity in asymptomatic older persons: Implications for diagnosis of syncope and falls. *Arch Intern Med*, 2006 Mar 13 ; 166(5) : 515-20.
9. Brignole M., Menozzi C., Lolli G., Bottoni N., Gaggioli G. Long-term outcome of paced and nonpaced patients with severe carotid sinus syndrome. *The American Journal of Cardiology*, 1992 Apr 15 ; 69(12) : 1039-43.
10. Slaoui T, Rhouma SB, Amarenco G. Syncopes mictionnelles. *Pelv Perineol*, 2008 Jun 1 ; 3(2) : 152-4.
11. Waxman M.B., Cameron D.A. The Reflex Effects of Tachycardias on Autonomic Tonea. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1990 ; 601(1) : 378-93.

12. Morady ENS F. Clinical symptoms in patients with sustained ventricular tachycardia. *The Western journal of medicine*, 1985 ; 142(3) : 341-4.
13. Leitch J.W., Klein G.J., Yee R., Leather R.A., Kim Y.H. Syncope associated with supraventricular tachycardia. An expression of tachycardia rate or vasomotor response? *Circulation*, 1992 Mar 1 ; 85(3) : 1064-71.
14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte : texte des recommandations*, mai 2004. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2004.
15. Guilleminault C., Gelb M. Clinical aspects and features of cataplexy. *Adv Neurol*, 1995 ; 67 : 65-77.
16. Stevens D.L., Matthews W.B. Cryptogenic Drop Attacks: An Affliction of Women. *Br Med J*, 1973 Feb 24 ; 1(5851) : 439-42.
17. Linzer M., Felder A., Hackel A., Perry A.J., Varia I., Melville M.L. *et al.* Psychiatric syncope: a new look at an old disease. *Psychosomatics*, 1990 ; 31(2) : 181-8.
18. Soteriades E.S., Evans J.C., Larson M.G., Chen M.H., Chen L., Benjamin E.J. *et al.* Incidence and Prognosis of Syncope. *New England Journal of Medicine*, 2002 ; 347(12) : 878-85.
19. Société française de gériatrie et de gérontologie « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ». Haute Autorité de Santé, avril 2009.
20. Taboulet P., Moreira V., Haas L., Porcher R., Braganca A., Fontaine J.-P. *et al.* Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med*, 2009 Apr ; 16(2) : 61-7.
21. Murray M., Bullard M., Grafstein E. CTAS-CEDIS National Working Groups. Révision de L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation. *CJEM, JCMU*, Novembre 2004 ; 6.
22. Gilboy N., Tanabe P., Travers D.A., Rosenau A.M., Eitel D.R. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
23. <http://www.manchesterheartcentre.org/blackouts/blackouts.php>
24. Petkar S., Bell W., Rice N., Iddon P., Cooper P., McKee D. *et al.* Initial experience with a rapid access blackouts triage clinic. *Clin Med*, 2011 Feb 1 ; 11(1) : 11-6.
25. Croci F., Brignole M., Alboni P., Menozzi C., Raviele A., Del Rosso A. *et al.* The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three syncope units. *Europace*, 2002 Oct ; 4(4) : 351-5.
26. 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 May ; 46(5) : 1470.
27. Van Dijk N., Quartieri F., Blanc J.-J., Garcia-Civera R., Brignole M., Moya A. *et al.* Effectiveness of physical counterpressure maneuvers in preventing vasovagal syncope: the Physical Counterpressure Manoeuvres Trial (PC-Trial). *J Am Coll Cardiol*, 2006 Oct 17 ; 48(8) : 1652-7.
28. Brignole M., Disertori M., Menozzi C., Raviele A., Alboni P., Pitzalis M.V. *et al.* Management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. *Europace*, 2003 Jul 1 ; 5(3) : 293-8.