

Item 209 : Malaises, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

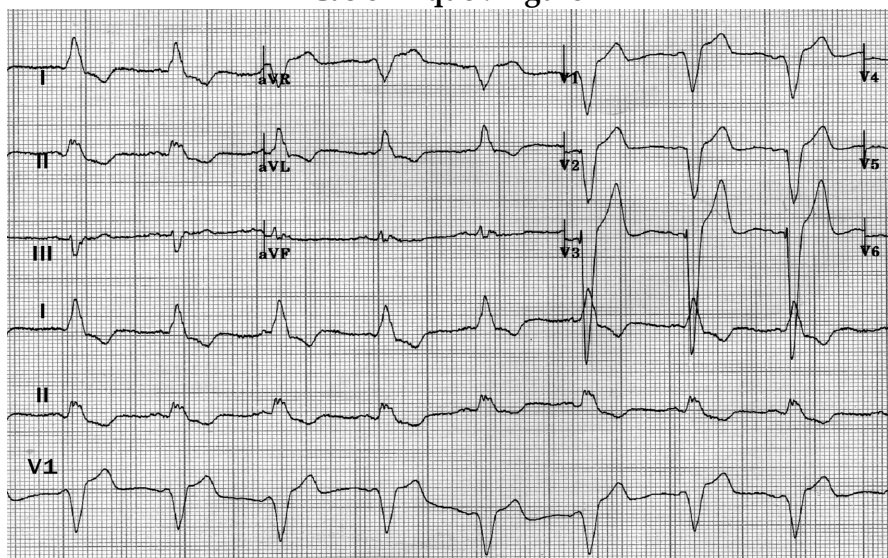
CAS CLINIQUE

Scénario :

Monsieur B., âgé de 79 ans, est admis pour un malaise aux urgences. Ce patient a présenté un infarctus du myocarde 22 ans auparavant sur un terrain diabétique. Il a été revascularisé par pontage aortocoronaire et conserve rarement et seulement pour des efforts importants une douleur cervicale à caractère constrictif irradiant vers le sternum et vers la mandibule. Il présente un essoufflement lorsqu'il doit monter des escaliers à partir d'une trentaine de marches ou pour bêcher son potager. Sa thérapeutique usuelle comporte : Kredex® (carvédilol), Triatec® (ramipril), Diafusor® (dinitrate d'isosorbide), Crestor® (rosuvastatine), Glucophage retard® (metformine).

L'interrogatoire de l'épouse fait état d'une perte de connaissance abrupte avec chute, après avoir scié du bois dans sa cour où il faisait froid et être rentré dans la maison particulièrement chauffée. La perte de contact a duré environ 2 à 3 minutes suivie de myoclonies brèves des deux membres supérieurs et un retour rapide à la conscience sans état confusionnel. L'examen clinique initial retrouve une pression artérielle à 105/65 mmHg aux deux bras, une fréquence cardiaque à 70 bpm. Les bruits du cœur sont assourdis avec un souffle holosystolique irradiant dans l'aisselle, l'auscultation pulmonaire est normale, l'auscultation cervicale retrouve un souffle sur le trajet de la carotide gauche. Le reste de l'examen vasculaire, neurologique et abdominal est normal. La biologie de routine faite par l'infirmière des urgences avant votre arrivée est normale (NFS, plaquettes, ionogramme, urée, créatinine, glycémie, troponine). Son dossier personnel fait état d'une échocardiographie récente, qui mentionne un ventricule gauche dilaté avec altération de la fraction d'éjection à 27 %.

Cas clinique : Figure 1



QUESTION 1/9 :

Qualifiez le malaise du patient.

Réponse attendue :

C'est une syncope sans aucun doute, car c'est une perte de connaissance brève, avec myoclonies brèves et survenues après la perte de contact, récupération rapide et spontanée d'un état de conscience normal, qui survient au décours d'un effort important, confirmée par un témoin. Il y a peut être une part de réaction thermo-différentielle (froid – chaud) mais il serait dangereux d'évoquer sur ce simple détail une syncope vasovagale chez ce cardiaque !

QUESTION 2/9 :

Qualifiez le reste de la symptomatologie

Réponse attendue :

C'est sans difficulté : dyspnée d'effort au stade II de la NYHA et angor d'effort au stade I de la classification canadienne CCS.

QUESTION 3/9 :

Quelle donnée simple pouvant orienter le diagnostic de ce malaise manque à l'examen clinique ?

Réponse attendue :

Il s'agit bien sûr de la recherche d'une hypotension artérielle orthostatique, car cet examen est anodin et doit être fait systématiquement, la thérapeutique associe trois hypotenseurs (nitrés, β -bloqueurs, IEC), d'autant plus qu'il s'agit peut être de dysautonomie chez ce sujet âgé diabétique. Cependant ne pas s'attarder sur cette hypothèse, il faut savoir faire la différence entre une recherche de routine et le choix du diagnostic final ! Pour l'instant l'hypothèse à privilégier est une cause cardiaque.

Ne pas omettre de donner la définition (baisse de 20 mmHg pour la systolique ou 10 mmHg pour la diastolique en 1 à 3 minutes).

QUESTION 4/9 :

Interprétez l'électrocardiogramme.

Réponse attendue :

Tracé sans difficulté.

Rythme sinusal, bloc de branche gauche complet en raison de la durée de QRS > 120 ms, l'aspect QS ou rS en V1 et RR' en V6. On note des anomalies secondaires de la repolarisation

liées au bloc de branche gauche sous la forme d'ondes T négatives en D1, D2, aVL, V5 et V6.

QUESTION 5/9 :

Y a-t-il une anomalie stéthacoustique (d'auscultation) qui vous oriente vers une étiologie particulière au malaise ?

Réponse attendue :

Le petit piège est ici d'évoquer à tort un rétrécissement aortique, mais surtout le piège principal est d'incriminer l'athérome carotide à l'origine de la syncope : faut-il le marteler, la syncope neurovasculaire n'existe pas ! Ce genre de réponse peut valoir zéro à l'item, la bonne réponse est « non ».

QUESTION 6/9 :

Les données cliniques et les résultats de l'ECG vous orientent-ils vers une étiologie particulière au malaise ?

Réponse attendue :

C'est ici une réflexion de synthèse qui est demandée : il faut bien expliquer qu'il s'agit d'une syncope grave chez un cardiaque grave dont la négligence pourrait être cause de mort subite par arythmie ventriculaire. La dyspnée, le bloc de branche gauche et l'altération de la fraction d'éjection font de ce patient un sujet à risque élevé de mort subite rythmique. Deux hypothèses sont à privilégier : la première, la plus fréquente, est une tachycardie ventriculaire (TV) sur séquelle d'infarctus ; la seconde est un bloc atrioventriculaire paroxystique infra-hisien (sur bloc de branche gauche).

QUESTION 7/9 :

Chez ce patient diabétique, l'infirmière proposait, avant de récupérer le résultat de la glycémie, d'injecter du sérum glucosé à 30 % pour corriger une éventuelle hypoglycémie. Qu'en pensez-vous ?

Réponse attendue :

Encore une fois, piège grossier entre des troubles de conscience de cause métabolique et une syncope ! Un coma hypoglycémique n'a pas cette présentation clinique et ne régresse pas spontanément, l'injection de glucose est totalement inutile.

QUESTION 8/9 :

Quels sont les examens complémentaires qui vont permettre d'identifier la cause du malaise et dans quel ordre les réaliserez-vous ?

Réponse attendue :

On attend ici la suite de la question F. Il faut envisager l'étude électrophysiologique endocavitaire pour mesurer les temps de conduction infra-hisiens et faire une stimulation ventriculaire programmée pour tenter de déclencher une TV. Cette étude doit être précédée d'une télémétrie ECG de 24 h qui peut occasionnellement donner le diagnostic si la syncope se répète ou montrer des salves de TV. Cette télémétrie permet de surveiller le patient qui doit rester hospitalisé.

On peut réévaluer l'angor ultérieurement par un test d'effort et répéter l'échocardiographie (mais cette dernière est déjà disponible) pour préciser le mécanisme et la sévérité de la fuite mitrale, on peut aussi évaluer la sténose carotide par échographie et doppler. Attention de bien séparer la recherche de la cause de la syncope des examens visant à réévaluer les pathologies sous-jacentes ou les comorbidités (comme le diabète). À cet égard, vous pouvez citer les examens de surveillance du diabétique comme le fond d'œil, la mesure des IPS, la recherche de micro-albuminurie, etc.

QUESTION 9/9 :

Quelle thérapeutique dont l'efficacité est démontrée est manquante à son traitement d'admission ?

Réponse attendue :

Question simple chez ce patient polyartériel, il s'agit évidemment de l'aspirine à dose anti-agrégante (75-325 mg). La réponse Plavix® (clopidogrel) est aussi acceptable.