

Syncopes et lipothymies

Définition

- **Syncope** : perte de connaissance brève (quelques secondes à moins de 3 minutes en principe), complète (avec secondairement amnésie lacunaire de l'épisode) qui s'accompagne, par dissolution du tonus, soit d'une chute brutale, soit d'un affaissement progressif
- **Lipothymie** : équivalent mineur de la syncope
 - symptomatologie très variée : impression de malaise diffus, fatigue extrême, dérobade des jambes, brouillard visuel (« voile »), acouphènes, étourdissements, oppression respiratoire, palpitations, sueurs

Diagnostic différentiel

- Lipothymies et syncopes (« faux vertiges »)
- Malaises (« faux vertiges »)
- Vertiges
- Instabilité et troubles de la marche
- Manifestations phobiques (agoraphobie-acrophobie)
- Anxiété

Les questions à poser

- Moment de survenue dans la journée
- Circonstances de survenue
- Causes déclenchantes
- Prise de médicaments
- Souvenir ou non de la syncope (anamnésie antérograde)
- Perte d'urines, morsures de langue, secousses convulsives
- Pathologies existantes

Abord selon le mécanisme physiopathologique

- Hypotension artérielle
- Cardiaque : par baisse du débit sanguin
- Métabolique ou toxique

Hypotension artérielle

- chute des résistances vasculaires systémiques :
syncopes vasculaires réflexes
- cérébrales : insuffisance vertébro-basilaire
(athérosclérose, cervicarthrose, vol sous-clavier, migraine basilaire ...) = **syncopes neurologiques**

Syncope vasculaires réflexes

- **syncope vaso-vagales de situation** (viscérales et réflexes): syncope de la miction, de la défécation, tussives (ictus laryngé), de la déglutition, au cours de crises douloureuses paroxystiques, instrumentales, par hyperpression thoracique (Valsalva).
- **syncope vaso-vagales essentielles** : contexte particulier (émotion, peur, douleur, atmosphère confinée, station debout prolongée...).
- **hypersensibilité sino-carotidienne** : survenue lors du massage du sinus carotidien d'une pause sinusale de 3 secondes au minimum et/ou d'une chute tensionnelle systolique de 50 mm Hg au moins
- **hypotension orthostatique**
 - **sympathicotonique** (hyperadrénergique) avec tachycardie importante : par hypovolémie (globale ou relative)
 - **asympathicotonique** (hypoadrénergique) avec abaissement tensionnel profond sans accélération cardiaque appropriée : par lésion (organique ou fonctionnelle) de l'arc réflexe ou par prise de médicaments.

Hypotension orthostatique

- syncope ou lipothymie survenant au lever brutal, au changement brusque de position, à la station debout prolongée
- Epreuve d'orthostatisme : à prolonger pendant 5 minutes au minimum en prenant de minute en minute la TA et le FC en position debout immobile :
significatif si chute TAs > 30 mm Hg et chute TAd > 20 mm Hg
 - sympathicotonique : si FC s'accélère de > 15 /min
 - asympathicotonique : si FC s'accélère de < 15 /min

Causes

Hypotension artérielle sympathicotonique

a) par hypovolémie vraie:

- déshydratations
- diurétiques
- anémies (hémorragies surtout)
- insuffisance surrénale
- insuffisance hypophysaire
- hypothyroïdie
- diabète insipide
- hypoprotéïnémie sévère

b) par hypovolémie relative:

- varices extensives MI
- désadaptation par alitement prolongé
- vasodilatateurs, IEC, antihypertenseurs, dérivés nitrés

Hypotension artérielle asympathicotonique :
par atteinte

a) voie afférente : radiothérapie ou envahissement tumoral glomus carotidien

b) centre vasomoteur bulbaire : AVC, tumeur

c) voies efférentes sympathiques

- 1^{er} neurone : myélite, tumeur médullaire, médicaments à action centrale (réserpine, antihypertenseurs centraux, antidépresseurs, tranquillisants)
- 2^{ème} neurone : neuropathies périphériques (diabète, médicaments, paranéoplasique) et médicaments à action neurogène périphérique (curare, α - β bloquants, guanéthidine, phénothiazines)

d) muscle lisse artériolaire : hypokaliémie chronique

Hypotension orthostatique : principales causes

Hypovolémie

Globale

- Déshydratation
- Hémorragies
- Insuffisance surrénale ou hypophysaire

Relative

- Varices importantes des membres inférieures
- Désadaptation (alitement prolongé)
- Dérivés nitrés

Atteinte du système nerveux autonome

Secondaire

- Système nerveux central : pathologie vasculaire, tumeur, maladie de Parkinson
- Système nerveux périphérique : diabète, amylose

Primitive

- Atrophie multisystématisée, syndrome de Shy Drager

Principaux médicaments responsables d'hypotension orthostatique

Action neurogène

- Antidépresseurs
- Antiparkinsoniens
- Tranquillisants
- Antihypertenseurs centraux
- Curares
- Neuroleptiques

Vasodilatateurs

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Inhibiteurs calciques
- Dérivés nitrés

Diurétiques

Syncope cardiaques

- **mécaniques obstructives**
 - rétrécissement aortique
 - myocardiopathies obstructives ou hypertrophiques
 - HTA pulmonaire, sténose pulmonaire valvulaire
 - embolie pulmonaire
 - tamponnade péricardique
 - dissection aortique
- **angor syncopal**
 - à l'exercice, Prinzmetal, infarctus myocardique
- **arythmies ou troubles de la conduction**
 - bloc a-v de haut degré (**Adams-Stokes**)
 - maladie du sinus
 - tachycardies ventriculaires
 - torsades de pointe
 - TSV paroxystiques (flutter, Bouveret, FA)

Anomalies de l'ECG suggérant que la syncope est liée à un trouble du rythme ou de la conduction

Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD associé à un HBAG ou HBPG)

Autres anomalies de la conduction intraventriculaire
(durée QRS \geq 0,12 s)

BAV du 2^e degré Mobitz 1, bradycardie sinusale asymptomatique
($<$ 50 batt/min), bloc sino-auriculaire

Arrêt sinusal $>$ 3 secondes en l'absence de médicaments chronotropes négatifs

Préexcitation des complexes QRS

Intervalle QTc prolongé

Intervalle QTc court

BBD avec sus-décalage du segment ST dans les dérivations V1 à V3
(syndrome de Brugada)

Ondes T négatives dans les dérivations précordiales droites et onde epsilon évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit

Ondes Q évoquant un infarctus du myocarde

* Les anomalies responsables d'une syncope sont rapportées dans le paragraphe « Le diagnostic est certain ».

BBG : bloc de branche gauche ; BBD : bloc de branche droit ; HBAG : hémibloc antérieur gauche ; HBPG : hémibloc postérieur gauche.
D'après conférence de consensus HAS, 2008.

Syncopes métaboliques ou toxiques

rare !

- Hypoglycémie, dumping syndrome
- Hypocapnie par hyperventilation intense ou hypoxie sévère
- Intoxication par l'oxyde de carbone

Dumping syndrome

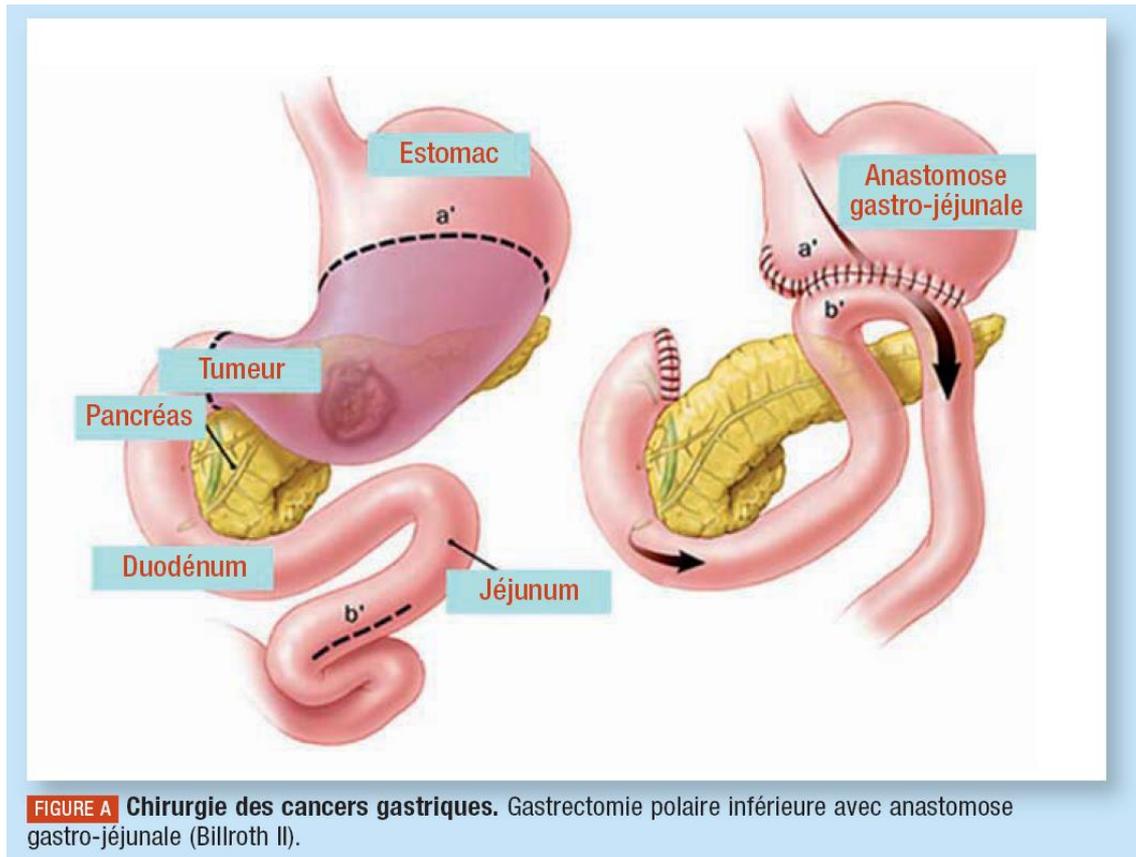


FIGURE A Chirurgie des cancers gastriques. Gastrectomie polaire inférieure avec anastomose gastro-jéjunale (Billroth II).

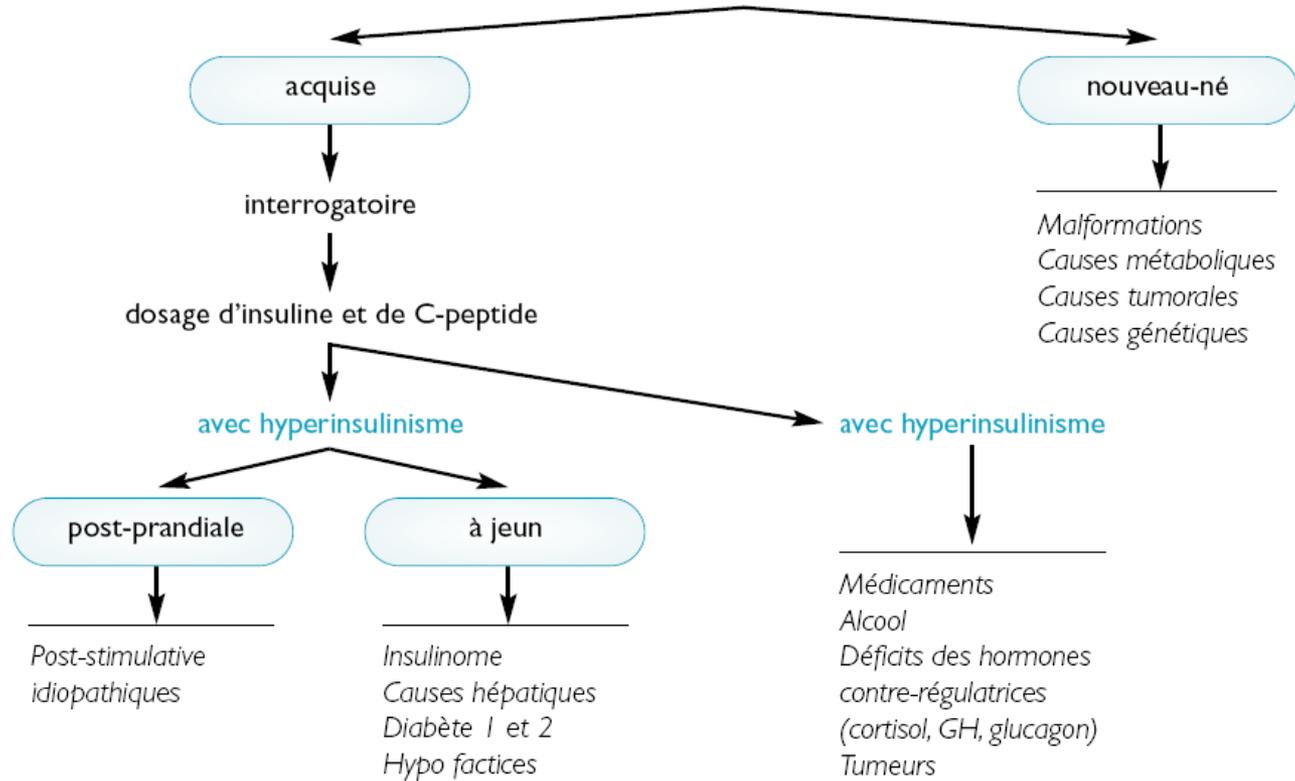
Complications gastrectomie

- Postopératoires : abcès, lâchage de suture, fistule anastomotique (risque de décès postopératoire < 10 %)
- Mécaniques : syndrome du petit estomac (plénitude post-prandiale précoce), gastroparésie, syndrome de l'anse afférente (douleurs de l'hypochondre droit calmées par des vomissements), reflux duodéno-gastro-oesophagien, les bézoards (accumulation de débris alimentaires dans l'estomac), **dumping syndrome** (asthénie, lipothymies et palpitations en post-prandial immédiat lié au passage rapide du bol alimentaire hyperosmolaire dans le jéjunum entraînant un appel d'eau et une hypovolémie).
- Nutritionnelles: **hypoglycémies postprandiales tardives** réactionnelles, carence en vitamine B12.

Hypoglycémie

- **Symptômes adrénergiques** liés à la sécrétion de catécholamines: sueurs, palpitations, anxiété, céphalées, asthénie.
- **Symptômes de neuroglucopénie** traduisant la souffrance cérébrale : troubles de la concentration, confusion, irritabilité, comportements anormaux, convulsions, coma.

HYPOGLYCÉMIE SYMPTOMATIQUE
confirmée par glycémie veineuse < 2,8 mM/L



1. Hypoglycémies post-prandiales ou post-stimulatives

Elles regroupent :

- *les hyperinsulinismes alimentaires :*
 - contexte particulier : gastrectomie, vagotomies ;
 - vidange gastrique brutale entraînant une hyperstimulation de la sécrétion d'insuline (dumping syndrome) ;
 - éviction nécessaire des sucres rapides et fractionnement des repas ;
- *l'intolérance au fructose et galactosémies* chez les enfants ;
- *les hypoglycémies chez des sujets à risque* de diabète de type 2, rarement symptomatiques.

- *les formes idiopathiques :*
 - personnes souvent anxieuses ;
 - survenue de malaises 2 à 5 h après la consommation de produits sucrés ;
 - hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) perturbée dans les temps tardifs (4 à 5 h après l'absorption de 75 g de glucose) ;
 - amélioration avec l'éviction des sucres rapides et un traitement anxiolytique simple.

TABLEAU I

Hypoglycémies à jeun par défaut de production de glucose

Déficits hormonaux

- hypopituitarismes
- insuffisance surrénale périphérique
- insuffisance médullo-surrénale (déficit en catécholamines)
- déficit en glucagon

Déficits enzymatiques

- glucose 6-phosphatase
- phosphorylase hépatique
- pyruvate carboxylase
- phospho-énolpyruvate carboxykinase
- fructose 1.6 diphosphatase
- glycogène synthétase

Déficits des substrats

- hypoglycémie par cétose
- grossesse (3^e trimestre)
- malnutrition

Maladies hépatiques

- insuffisance hépatique
- cirrhose
- urémie
- hypothermie

Toxiques

- alcool
- propranolol
- salicylés

TABLEAU II

Hypoglycémies par augmentation de l'utilisation du glucose

Avec hyperinsulinisme

- insulinomes : adénome chez l'adulte, nésioblastose chez l'enfant
- insuline exogène : diabète de type 1, hypoglycémies factices
- sulfamides hypoglycémiants et autres insulino-sécrétagogues (glinides)
- anticorps anti-insuline et anti-récepteur de l'insuline
- iatrogènes : quinine, pentamidine
- causes génétiques : mutations activatrices de la glucokinase, ou inactivatrices du récepteur aux sulfamides (SUR1) ou des canaux potassiques (Kir6.2)

Sans hyperinsulinisme

- tumeurs extrapancréatiques
- causes métaboliques
- cachexie

Mise au point dans l'urgence

- anamnèse et examen physique (! épreuve d'orthostatisme)
- ECG
- Monitoring cardiaque
- Bilan biologique
- Holter
- Échocardiographie
- RX thorax
- EEG
- RMN ou TDM cérébrale

Arythmies cardiaques : abord général

Hospitaliser :

- En cas de mauvaise tolérance :
 - Palpitations
 - Lipothymie, syncope
 - Angor
 - Insuffisance circulatoire
 - Œdème pulmonaire
 - Troubles de conscience, confusion
- En cas d'incertitude du diagnostic

Attitude

- admettre à l'**USI** et monitorer le patient en permanence
- mettre une voie d'entrée (glucosé 5 %)
- apprécier les **paramètres vitaux et la tolérance hémodynamique**
- faire un **long tracé d'ECG** multipiste
- préciser les **antécédents** (notamment cardiaques) et les **traitements en cours** (anti-arythmiques, digitaliques...)
- rechercher une **bronchopathie** (BPCO) ou une **embolie pulmonaire** ou une **cardiopathie sous-jacente** (infarctus ...):
RX thorax, échographie, enzymes
- rechercher un **désordre hydroélectrolytique** causal (hypokaliémie, hypoxie, acidose, hypomagnésémie, hypercalcémie ...) par l'ionogramme et les gaz du sang

Traitement : selon le type d'arythmie

- parfois procéder d'emblée à un choc électrique en cas de très mauvaise tolérance
- corriger troubles ioniques et humoraux (K, Mg, PaO₂ ...)
- se méfier de l'effet pro-arythmiant des anti-arythmiques : surveiller l'ECG (PR, QRS, QT) : arrêt si
 - PR > 0,24 sec
 - QRS > 25 %
 - QT > 0,4 sec
 - en cas d'ESV polymorphes

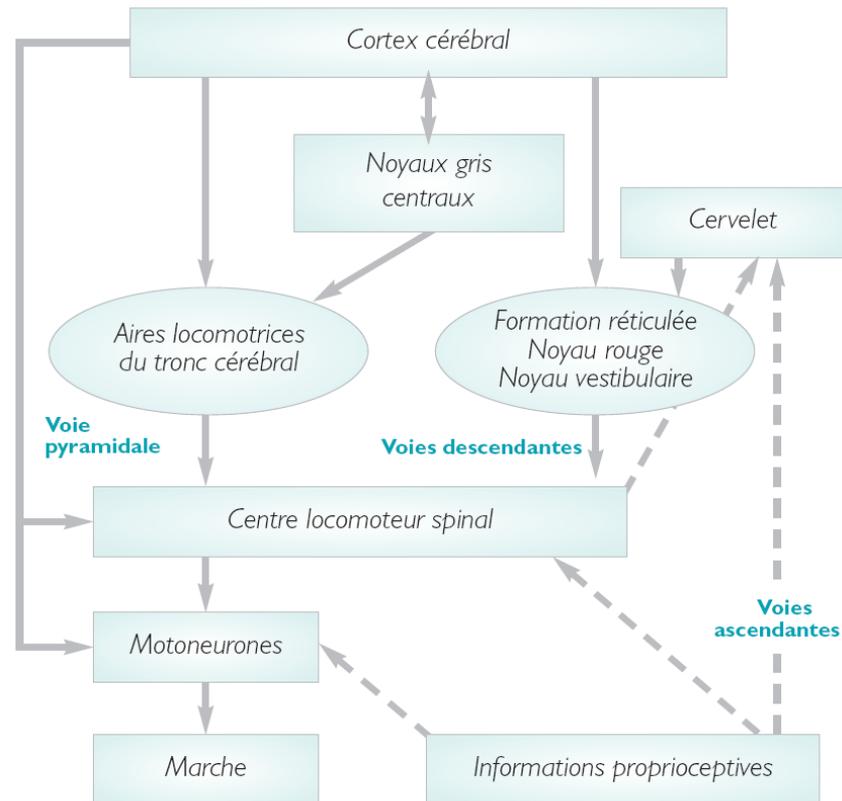
Principaux médicaments allongeant l'intervalle QT

DCI	Noms de spécialité	DCI	Noms de spécialité	DCI	Noms de spécialité
Amiodarone	Cordarone, Corbionax	Fluphénazine	Modécate, Moditen	Pipampérone	Dipipéron
Amisulpride	Solian	Halofantrine	Halfan	Pipotiazine	Piportil
Arsenic	Trisenox	Halopéridol	Haldol	Propériciazine	Neuleptil
Bépridil	Unicordium	Indapamide	Preterax, Fludex, Bipreterax	(hydro)quinidine	Serecor
Chlorpromazine	Largactil	Lévofloxacine	Tavanic	Sotalol	Sotalex
Clarithromycine	Naxy, Mononaxy, Zeclar, Monozéclar	Lévomépromazine	Nozinan	Spiramycine	Rovamycine
Cyamémazine	Tercian	Méthadone	Sulpiride	Dogmatil, Synédil
Disopyramide	Rythmodan, Isorythm	Mizolastine	Mizollen	Sultopride	Barnetil
Dolasétron	Anzemet	Moxifloxacine	Izilox	Tiapride	Tiapridal
Dropéridol	Droleptan	Penfluridol	Sémap	Voriconazole	Vfend
Ébastine	Kestin, Kestinlyo	Pentamidine	Pentacarinat		
Érythromycine	Perphénazine	Trilifan		
		Pimozide	Orap		

D'après la HAS 2008

Instabilité

Troubles de la marche



Les points clés à l'examen

- Chutes
- Attitude en position orthostatique : polygone de sustentation, trouble de l'équilibre spontané
- Attitude au cours des déplacements
- Manœuvre de Romberg (équilibre)

Marche déficitaire

Avec spasticité

- intermittente : claudication médullaire (compression médullaire lente, pathologie inflammatoire)
 - permanente : démarche en fauchant (hémiplégie spastique), démarche de gallinacé (paraparésie spastique)
-

Avec signes périphériques

- intermittents : claudication radiculaire (canal lombaire étroit)
 - permanents de topographie distale : steppage unilatéral (compression nerf péronier, racine L5), bilatéral (polyneuropathies)
 - permanents de topographie proximale unilatérale (paralysie du quadriceps, diabète)
-

Avec signes d'atteinte musculaire

- démarche dandinante (myopathies)
-

Dérobement brutal des membres inférieurs

- *drop-attack* (insuffisance vertébro-basilaire)
-

TABLEAU II

Troubles de la marche avec troubles de l'équilibre

- Ataxie sensitive (démarche talonnante, sclérose combinée de moelle par carence en B12)
 - Incoordination cérébelleuse (démarche ébrieuse, causes vasculaire, toxique, tumorale, dégénérative)
 - Déséquilibre vestibulaire (latérodéviations de la marche, démarche en étoile, accident vasculaire cérébral en fosse postérieure)
 - Déséquilibre non systématisé (formes associées, ataxie-abasie, démarche apraxique syndrome choréique, cause iatrogénique)
-

TABLEAU III

Marche à petits pas

- Maladie de Parkinson
 - Autres syndromes parkinsoniens : iatrogéniques (neuroleptiques), maladie de Steele-Richardson-Oslewski, atrophie multisystématisée
 - État lacunaire
 - Marche sénile
-

TABLEAU IV

Marche douloureuse

- Claudication radriculaire (canal lombaire étroit)
 - Claudication artérielle (syndrome de l'artère tibiale antérieure)
 - Boiterie douloureuse (coxarthrose, métatarsalgie de Morton)
 - Syndrome du tunnel tarsien
-

- <https://www.cen-neurologie.fr/videotheque>