**Les syncopes et pertes de connaissances brèves**

1. Définition :

La *perte de conscience* est une perte du contact avec le monde extérieur, sans

communication.

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.

Les syncopes et lipothymies sont un motif très fréquent de consultation, une syncope cardiaque expose au risque de mort subite.

Ces symptômes représentent 10% des admissions en médecine d’urgence, l’interrogatoire, l’examen clinique et des examens paracliniques simples donnent le diagnostic dans 70 à 80% des cas.

Syncope : perte de connaissance brutale, brève (<3 secondes) et complète s’accompagnant soit d’une chute brutale soit un affaissement progressif, avec une reprise de conscience rapide et totale sans obnubilation.

Lipothymie : c’est une simple sensation de malaise général sans perte de connaissance.

1. Physiopathologie :

Quel que soit le mécanisme, une hypo perfusion cérébrale globale et transitoire peut déclencher une syncope. L’intégrité d’un certain nombre de mécanismes de contrôle est essentielle pour maintenir un apport d’oxygène cérébral suffisant. Ces mécanismes de contrôle comprennent l’autorégulation cérébro-vasculaire, le contrôle local métabolique, les adaptations par les barorécepteurs artériels et la régulation du volume vasculaire.

Le mécanisme le plus fréquent est la baisse transitoire du débit sanguin cérébral généralement secondaire à une hypotension systémique :

 Soit par diminution du débit cardiaque,

Soit par diminution des résistances vasculaires périphériques.

Le risque de syncope est plus grand chez les personnes âgées ou chez les patients ayant des pathologies sévères ou fréquentes. L’HTA, le diabète et le vieillissement altèrent les systèmes d’autorégulation du débit sanguin cérébral.

1. Orientation diagnostique :



1-Interrogatoire :

Absolument fondamental ; non seulement celui du malade mais aussi celui de son entourage familiale et/ou socio-professionnel, en précisant les antécédents, la durée de perte de connaissance, circonstances d’apparitions, éléments déclenchants, signes accompagnateurs.

Diagnostique différentiel avec vertiges, hypoglycémie, épilepsie, hystérie AVC.



2- Examen clinique :

Examen cardiovasculaire : rythme cardiaque au repos, auscultation cardiaque et des vaisseaux, pression artérielle aux deux bras en décubitus dorsal et orthostatisme.

Examen neurologique : paires crânienne, ROT.

Conséquence éventuelle d’une chute.

3-Examens complémentaires :

ECG (per critique)

Radiographie du thorax, Holter, Échocardiographie +/-





IV- Diagnostique étiologique :

A)-Causes non cardiaques :

 Syncopes vasculaires reflexes :

a-syncope vasovagale ou vagale : déséquilibre vaso-sympathique temporaires, déclenché par un évènement particulier : douleurs, ponction, injection ; entrainant hypotension et bradycardie

Traitement : décubitus dorsal jambes surélevées, atropine intraveineux : 0,5 mg, remplissage.

b-hypotension orthostatique : baisse de la pression artérielle au changement de position.

Traitement : supprimer le médicament en cause, correction de la volémie

B)-syncopes cardiaques : tumeur du VG

 Rétrécissement Mitral

 Troubles du rythme ou de la conduction.

C)-syncope neurologiques : AVC, tumeur cérébrale.

D)-malaise sans perte de connaissance :

Il peut être secondaire à des chutes, vertiges, des crises nevropathiques et des hypoglycémies.

