

Sommaire

Introduction.....	XVII
-------------------	------

Chapitre 1

Définitions et classification des malaises et pertes de connaissance transitoires (PDCT)

I Définitions.....	1
II Classification.....	2

Chapitre 2

Méthodologie clinique

I Les trois grandes situations cliniques.....	5
II Fondements de la méthode.....	5
III Éliminer ce qui n'est pas une PDCT.....	7
IV Toujours rechercher un traumatisme crânien.....	7
V Analyse d'un malaise suivi d'une PDCT : cinq temps pour un diagnostic.....	7
A. Premier temps : récupération des données « sur place ».....	7
B. Deuxième temps : interrogatoire du patient.....	7
C. Troisième temps : interrogatoire du ou des témoins.....	10
D. Synthèse des données ictales anamnestiques.....	10
E. Quatrième temps : examen clinique.....	11
F. Cinquième temps : examen(s) paraclinique(s).....	11
G. Possibilités étiologiques pour un M + PDCT.....	11
VI Analyse d'un malaise non suivi d'une PDCT.....	11
A. Méthodologie clinique.....	11
B. Possibilités étiologiques pour un malaise sans PDCT.....	11
VII Analyse d'une PDCT brutale (sans prodromes préalables).....	13
A. Méthodologie clinique.....	13
B. Possibilités étiologiques pour une PDCT brutale.....	13
VIII Check-list méthodologique.....	13

Chapitre 3

Traumatismes crâniens

I	Introduction et physiopathologie.....	15
II	Sémiologie clinique.....	15
III	Diagnostic étiologique : plus difficile qu'il n'y paraît !.....	15
IV	Piège lié au traumatisme crânien.....	16
V	Explorations complémentaires.....	16
VI	Reconnaître les complications.....	16
	Cas clinique	17

Chapitre 4

Malaises et pertes de connaissance toxiques

I	Introduction.....	19
II	Physiopathologie.....	19
III	Clinique et diagnostic.....	19
	A. <i>Sémiologie des intoxications</i>	19
	B. <i>Outils diagnostiques</i>	20
IV	Piège.....	20

Chapitre 5

Malaises et pertes de connaissance cérébro-vasculaires

I	Introduction.....	21
II	Rappels étiologiques et physiopathologiques.....	21
III	Aspects sémiologiques communs des M ± PDCT cérébro-vasculaires.....	22
	A. <i>Contexte du malaise</i>	22
	B. <i>Circonstances du malaise</i>	22
	C. <i>Caractéristiques cliniques du malaise d'après le patient</i>	23
	D. <i>Caractéristiques cliniques du malaise d'après le(s) témoin(s)</i>	23
	E. <i>Examen physique</i>	23
IV	Aspects sémiologiques spécifiques des M ± PDCT cérébro-vasculaires.....	24
	A. <i>AVC ischémiques vertébro-basilaires</i>	24
	B. <i>AVC ischémiques carotidiens</i>	24
	C. <i>Hématomes intraparenchymateux</i>	25
	D. <i>Hémorragie sous-arachnoïdienne</i>	25
V	Investigations complémentaires.....	25
	A. <i>Imagerie cérébrale</i>	25
	B. <i>Évaluation cardiaque</i>	27
	C. <i>Biologie</i>	27
	D. <i>Ponction lombaire</i>	27
	E. <i>Autres examens</i>	27
VI	Poser le diagnostic.....	27
	A. <i>Diagnostic positif</i>	27
	B. <i>Pièges à éviter</i>	29
	C. <i>Diagnostics différentiels</i>	29
	D. <i>Diagnostics étiologiques</i>	30
VII	Prise en charge et traitement.....	34
	A. <i>Traitement vasculaire « urgent »</i>	34
	B. <i>Reconnaître les complications</i>	35
	Cas cliniques	36

Chapitre 6

Malaises et pertes de connaissance cardio-vasculaires

I	Introduction.....	41
II	Rappels physiopathologiques généraux.....	41
III	Malaises réflexes vasovagaux.....	43
	A. <i>Propos préliminaires</i>	43
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	43
	C. <i>Anamnèse détaillée du malaise</i>	43
	D. <i>Examen physique</i>	46
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	46
	Cas clinique	49
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	50
	Cas cliniques	51
IV	Autres malaises réflexes.....	53
	A. <i>Présentation des principales causes</i>	53
	B. <i>Diagnostic d'un malaise cardio-vasculaire réflexe</i>	53
	C. <i>Pièges liés aux malaises cardio-vasculaires réflexes</i>	54
	D. <i>Diagnostic étiologique</i>	54
V	Syncopes cardiaques.....	55
	A. <i>Propos préliminaires</i>	55
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	55
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	55
	D. <i>Examen physique</i>	58
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	60
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	65
	G. <i>Appendice : étiologies des syncopes cardiaques</i>	67
	Cas clinique	67
VI	Malaises par hypotension orthostatique.....	68
	A. <i>Propos préliminaires</i>	68
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	68
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	69
	D. <i>Examen physique</i>	71
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	72
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	77
	Cas clinique	78
VII	Malaises liés à une hémorragie interne.....	79
VIII	Malaises liés à l'hypertension artérielle.....	79
	A. <i>Introduction et rappels</i>	79
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	79
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	80
	D. <i>Examen physique</i>	81
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	82
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	86
	Cas clinique	87

Chapitre 7

Malaises et pertes de connaissance métaboliques

I	Introduction.....	92
II	Rappels étiologiques et physiopathologiques généraux.....	92
III	Hypoglycémie.....	93
	A. Rappels physiopathologiques.....	93
	B. Anamnèse détaillée du malaise.....	93
	C. Examen physique.....	95
	D. Poser le diagnostic.....	96
	E. Prise en charge et traitement.....	100
	Cas clinique	101
IV	Hyperglycémie sans cétose (état hyperosmolaire).....	101
	A. Rappels physiopathologiques.....	101
	B. Anamnèse détaillée.....	102
	C. Examen physique.....	103
	D. Poser le diagnostic.....	104
	E. Prise en charge et traitement.....	105
	Cas clinique	106
V	Hypocalcémie.....	107
	A. Rappels physiopathologiques.....	107
	B. Anamnèse détaillée.....	107
	C. Examen physique.....	108
	D. Poser le diagnostic.....	108
	E. Prise en charge et traitement.....	110
	Cas cliniques	112
VI	Hypercalcémie.....	113
	A. Rappels physiopathologiques.....	113
	B. Anamnèse détaillée.....	113
	C. Examen physique.....	113
	D. Poser le diagnostic.....	115
	E. Prise en charge et traitement.....	115
VII	Hypomagnésémie.....	116
	A. Rappels physiopathologiques.....	116
	B. Anamnèse détaillée.....	116
	C. Examen physique.....	117
	D. Poser le diagnostic.....	117
	E. Prise en charge et traitement.....	118
VIII	Coup de chaleur.....	119
	A. Rappels physiopathologiques.....	119
	B. Anamnèse détaillée.....	119
	C. Examen physique.....	120
	D. Poser le diagnostic.....	121
	E. Prise en charge et traitement.....	122
IX	Sepsis.....	123
	A. Rappels physiopathologiques.....	123
	B. Anamnèse détaillée.....	124
	C. Examen physique.....	125
	D. Poser le diagnostic.....	126
	E. Prise en charge et traitement.....	127
	Cas clinique	128

X	Hyperventilation (hyperoxie-alcalose respiratoire-hypocapnie).....	129
	A. <i>Propos préliminaires</i>	129
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	129
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	129
	D. <i>Examen physique</i>	130
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	131
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	132
XI	Hypoxie ± acidose respiratoire et/ou lactique.....	133
	A. <i>Propos préliminaires</i>	133
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	133
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	133
	D. <i>Examen physique</i>	134
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	136
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	137
	Cas clinique	138
Chapitre 8		
Malaises et pertes de connaissance épileptiques		
I	Introduction.....	143
II	Rappels physiopathologiques généraux et éléments terminologiques.....	143
	A. <i>Physiopathologie</i>	143
	Cas cliniques	145
	B. <i>Crises focales vs généralisées</i>	146
III	Aspects diagnostiques et thérapeutiques communs (absences exclues).....	150
	A. <i>Contexte des malaises épileptiques</i>	150
	B. <i>Examen physique</i>	151
	C. <i>Les arguments du diagnostic positif</i>	156
	D. <i>Diagnostic différentiel</i>	157
	E. <i>Diagnostic étiologique</i>	158
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	166
	Cas cliniques	173
IV	Crises tonico-cloniques généralisées (d'emblée ou par généralisation secondaire) ..	175
	A. <i>Propos préliminaires</i>	175
	B. <i>Anamnèse détaillée</i>	175
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	176
	D. <i>Prise en charge immédiate</i>	178
V	Crises temporales.....	178
	A. <i>Propos préliminaires</i>	178
	B. <i>Anamnèse détaillée du malaise</i>	181
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	184
	Cas cliniques	189
VI	Crises frontales.....	191
	A. <i>Propos préliminaires</i>	191
	B. <i>Anamnèse détaillée</i>	192
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	192
	Cas cliniques	196

VII	Crises insulaires.....	198
	A. <i>Propos préliminaires</i>	198
	B. <i>Anamnèse détaillée</i>	198
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	199
	Cas cliniques	200
VIII	Crises pariétales.....	201
	A. <i>Propos préliminaires</i>	201
	B. <i>Anamnèse détaillée</i>	202
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	202
	Cas cliniques	205
IX	Crises occipitales.....	206
	A. <i>Propos préliminaires</i>	206
	B. <i>Anamnèse détaillée</i>	206
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	207
	Cas cliniques	212
X	Crises pendant le sommeil (crises morphéiques).....	213
	A. <i>Éléments diagnostiques</i>	213
	B. <i>Épilepsie nocturne</i>	213
XI	Crises négatives ou inhibitrices.....	217
	A. <i>Propos préliminaires</i>	217
	B. <i>Principaux types sémiologiques et valeur localisatrice</i>	217
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	217
	Cas cliniques	219
XII	Absences épileptiques.....	221
	A. <i>Propos préliminaires</i>	221
	B. <i>Anamnèse détaillée</i>	221
	C. <i>Poser le diagnostic</i>	222
	D. <i>Traitement des absences</i>	225

Chapitre 9

Malaises et pertes de connaissance psychogènes

I	Introduction.....	234
II	Attaques de panique.....	235
	A. <i>Propos préliminaires</i>	235
	B. <i>Rappels physiopathologiques</i>	235
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	235
	D. <i>Examen physique</i>	238
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	238
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	241
	Cas clinique	243
III	Malaises dissociatifs et/ou conversifs (dits « somatomorphes »).....	243
	A. <i>Propos préliminaires</i>	243
	B. <i>Esquisse physiopathologique</i>	244
	C. <i>Anamnèse détaillée</i>	244
	D. <i>Examen physique</i>	250
	E. <i>Poser le diagnostic</i>	252
	F. <i>Prise en charge et traitement</i>	255
	Cas clinique	257

IV	Malaises factices.....	258
	A. Introduction	258
	B. Clinique et arguments du diagnostic	258
	C. Diagnostic étiologique et prise en charge	259

Chapitre 10

Malaises et pertes de connaissance liés à une hypertension intracrânienne

I	Introduction.....	264
II	Rappels étiologiques et physiopathologiques.....	264
III	Anamnèse détaillée.....	264
	A. Ce que dit le patient	264
	B. Ce que dit (disent) le(s) témoin(s)	266
IV	Examen physique.....	266
V	Investigations complémentaires.....	267
	A. Imagerie cérébrale	267
	B. Ponction lombaire	267
	C. Biologie	267
	D. ECG	268
	E. EEG et fond d'œil	268
	F. Radiographies et autres évaluations	268
VI	Poser le diagnostic.....	268
	A. Les arguments du diagnostic positif	268
	B. Les pièges à éviter	268
	C. Les diagnostics différentiels	270
	D. Diagnostics étiologiques	270
VII	Prise en charge et traitement.....	270
	A. Traitement urgent	270
	B. Reconnaître les complications	272
	Cas cliniques	272

Chapitre 11

Malaises, pertes de connaissance et migraines

I	Introduction.....	275
II	Rappels étiologiques et physiopathologiques.....	275
III	Anamnèse détaillée.....	276
	A. Ce que dit le patient	276
	B. Ce que dit (disent) le(s) témoin(s)	278
IV	Examen physique.....	279
V	Investigations complémentaires.....	279
	A. Imagerie cérébrale	279
	B. Biologie	279
	C. ECG	279
	D. EEG	279
	E. Ponction lombaire	279

VI	Poser le diagnostic.....	280
	A. Les arguments du diagnostic positif.....	280
	B. Les pièges à éviter.....	280
	C. Les diagnostics différentiels.....	280
	D. Diagnostics étiologiques.....	281
VII	Prise en charge et traitement.....	281
	A. Traiter la migraine.....	281
	B. Reconnaître les complications.....	282
	Cas clinique	283

Chapitre 12

Accès de sommeil

I	Introduction.....	286
II	Rappels physiopathologiques.....	286
III	Anamnèse détaillée.....	286
	A. Ce que dit le patient.....	286
	B. Ce que dit (disent) le(s) témoin(s).....	288
IV	Examen physique.....	289
V	Investigations complémentaires.....	289
	A. Biologie.....	289
	B. ECG.....	289
	C. EEG.....	289
	D. Imagerie cérébrale et ponction lombaire.....	289
VI	Poser le diagnostic.....	290
	A. Les arguments du diagnostic positif.....	290
	B. Les pièges à éviter.....	290
	C. Les diagnostics différentiels.....	290
	D. Diagnostics étiologiques.....	291
VII	Prise en charge et traitement.....	291
	A. Traiter le trouble du sommeil.....	291
	B. Reconnaître les complications.....	293
	Cas clinique	293

Chapitre 13

Drop-attacks

I	Propos préliminaires.....	296
II	Rappels physiopathologiques et étiologiques.....	296
III	Procédures diagnostiques.....	297
IV	Formes cliniques.....	297
V	Prise en charge.....	300
	Cas cliniques	301

Chapitre 14

Expériences de mort imminente

I	Clinique.....	304
II	Physiopathologie.....	305
III	Étiologie.....	305
IV	Diagnostics étiologiques, différentiels et pièges à éviter.....	305
	Liste des encadrés	307
	Index	313

Introduction

Être amené à prendre en charge un patient qui a subi un malaise avec ou sans perte de connaissance transitoire ($M \pm$ PDCT) est une action médicale courante, sinon quotidienne, mais difficile. Le premier piège tient à l'ambiguïté du mot « malaise », dont la représentation populaire ne correspond pas forcément à la représentation médicale. En l'occurrence, il n'existe même pas de définition médicale univoque¹ : difficile donc de savoir de quoi l'on parle... [1]. De fait, les possibilités causales d'un $M \pm$ PDCT sont nombreuses et disparates et il n'est pas toujours commode de s'orienter rapidement ; c'est une autre raison de la gêne que l'on peut ressentir face aux $M \pm$ PDCT. Ensuite, il faut rester calme s'il y a eu PDCT, alors que la dimension symbolique d'un tel événement est hautement anxiogène : la dissolution momentanée de la conscience est bien une « petite mort ». C'est dans son ombre que la prise en charge se passe. Il y faut rassembler ses connaissances, donner des explications et, surtout, mesurer ses propos face à un patient (ou à ses proches) au(x) quel(s) l'analogie n'a pas souvent échappé (« J'ai cru qu'il (elle) était mort(e) »).

Mieux vaut donc savoir de quoi on parle quand il s'agit de $M \pm$ PDCT. Mais c'est bien là la difficulté, entretenue par l'enseignement afférent à ce symptôme particulier. Il est généralement réparti entre neurologues et cardiologues, et chacun aborde le problème selon son point de vue, soucieux souvent de définir « le » malaise qui relève de son ou de ses organes d'intérêt. Partant du stéréotype alors établi, il lui devient facile de pointer ce qui s'en écarte comme ne relevant pas de sa spécialité. Les catégories de malaises « autres » ou « extraneurologiques » ou « extracardiologiques » sont ainsi plus ou moins longues selon la profession et les critères des auteurs. Elles sont aussi souvent reléguées au second plan des exposés, donc à un enseignement peu détaillé, voire expéditif... Chacun a pu faire l'expérience, à la lecture des chapitres sur les $M \pm$ PDCT, du sentiment inconfortable que provoque une nosographie mal définie. Ce qui est légitime : sans vue d'ensemble, comment est-il possible de conduire efficacement un diagnostic ?

On comprend, finalement, le fréquent « malaise » du médecin face aux « malaises » des patients. D'autant que la pratique vient souvent brouiller les cartes et beaucoup ont en mémoire des situations où les apparences se sont révélées trompeuses.

C'est en se fondant sur ces constats que cet ouvrage est né. Il se veut concis et adapté à la pratique courante, à la « vraie vie » comme l'on dit maintenant. Les détails physiopathologiques ne sont pas son propos. Il tente surtout de donner aux lecteurs une **méthodologie opératoire** fondamentalement appuyée sur la clinique (en particulier l'interrogatoire) pour orienter le diagnostic d'un $M \pm$ PDCT. L'ambition de la méthode ici proposée est de permettre un **diagnostic positif de chaque type de malaise** – même le plus rare – pour qu'aucun ne soit rejeté dans la catégorie floue (et parfois dangereuse) du diagnostic d'élimination. En résumé, faire le diagnostic d'un $M \pm$ PDCT n'est pas affaire d'opinion mais de rigueur.

1. Cf. p. 1.

Ce livre est aussi l'occasion d'honorer la richesse exceptionnelle de la sémiologie des M ± PDCT. C'est l'abondance et la diversité des symptômes associés à ces situations cliniques qui constituent un défi sans cesse renouvelé. Notre souhait le plus sincère est que cet ouvrage – en servant de « boussole » – emmène le lecteur dans une exploration sans inquiétude de l'univers labyrinthique des malaises. Sans inquiétude ne signifie néanmoins pas sans surprises...

Bibliographie

[1] Ryvlin P, Hirsch E. Fits, faints and blackouts in the adult. *Rev Prat.* 2003 Dec; 53 (20): 2277-84.