



## VI e Conférence de Consensus de la Société Francophone d'Urgence Médicale PRISE EN CHARGE DES MALAISES AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE

Grenoble, Alpes Congrès, 26 avril 1996

### Texte court

**Jury du Consensus :** Président : Ph. Lestavel, B. Garo, S. Germain, J.P. Jacquet, D. Lamaison, S. Meyran, J. Mingat, D. Pateron, J.F. Pinel, H. Rousset, F. Staikowsky.

**Comité d'Organisation des Conférences de Consensus :** Président : R. Ducluzeau, B. Bedock, J. Bouget, A. Davido, L. Divorne, S. Feuerstein, G. Fournier, J. Granger, J. Kopferschmitt, D. Van Der Roost.

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale pour le Développement et l'Évaluation Médicale (ANDEM), qui lui a attribué son label de qualité.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANDEM.

### QUESTIONS

- Les " malaises ", quelles situations pathologiques peut-on regrouper sous ce terme ? La perte de connaissance est-elle un cadre nosologique particulier ?
- Quelles sont les données importantes de l'interrogatoire et de l'examen clinique ? Quels sont les critères de gravité immédiate ?
- Quelle est la place des examens complémentaires dans la stratégie diagnostique étiologique ? Le bénéfice des investigations complémentaires est-il évalué ?
- Quelle orientation doit être prévue/hospitalisation, sortie, consultations secondaires, dans quelles conditions ?
- Quel est le rôle infirmier lors de la prise en charge des malaises au SAU ?

### **1 – Les " malaises ", quelles situations pathologiques peut-on regrouper sous ce terme ? La perte de connaissance est-elle un cadre nosologique particulier ?**

On entend par malaise, de façon restrictive, un épisode aigu, régressif, qui est caractérisé par un trouble de conscience ou de vigilance (perte de connaissance brève ou lipothymie) avec ou sans hypotonie, qui peut être responsable de chute. Le retour à l'état antérieur est spontané, rapide ou progressif.

On regroupe dans ce cadre, les termes habituels de : syncope, lipothymie, perte de connaissance brève. C'est dans ce cadre restrictif que les recommandations sont émises.

Au sens le plus général, le terme de " malaise " est très imprécis mais largement utilisé. Il désigne une situation pathologique aigue perçue par le malade ou par l'entourage comme une modification de son état antérieur. Il représente un motif de recours apparent, fréquent (entre 3 et 10% selon les études). Ce cadre n'est pas opérationnel et doit être restreint (*Fig. 1*). Il est nécessaire d'exclure du cadre strict des malaises les patients qui présentent :

- Un état pathologique sans trouble de vigilance ou de la conscience. Il existe d'autres symptômes qui doivent guider les investigations. Ces " pseudo-malaises " ne font pas partie du cadre nosologique que nous avons choisi.
- Les états pathologiques dont l'apparition est progressive (plusieurs heures).
- Les états pathologiques où les symptômes ne sont pas résolutifs mais persistants. L'interrogatoire et l'examen clinique permettent alors d'identifier d'autres situations pathologiques définies qui guident la conduite pratique. Il n'y a pas lieu d'isoler la perte de connaissance dans un cadre nosologique particulier. Elle n'a en effet pas de spécificité étiologique et ne comporte pas en soi de gravité particulière. Cependant, certaines de ses caractéristiques (durée, brutalité) orienteront la démarche diagnostique.

## 2 – Quelles sont les données importantes de l'interrogatoire et de l'examen clinique ? Quels sont les critères de gravité immédiate ?

### L'interrogatoire

L'interrogatoire est un élément capital du diagnostic.

Les données de l'interrogatoire permettent un diagnostic dans au moins 50 % des cas. Il doit être précis et réalisé auprès du malade, de l'entourage, du médecin traitant, des accompagnants et témoins, au besoin par téléphone.

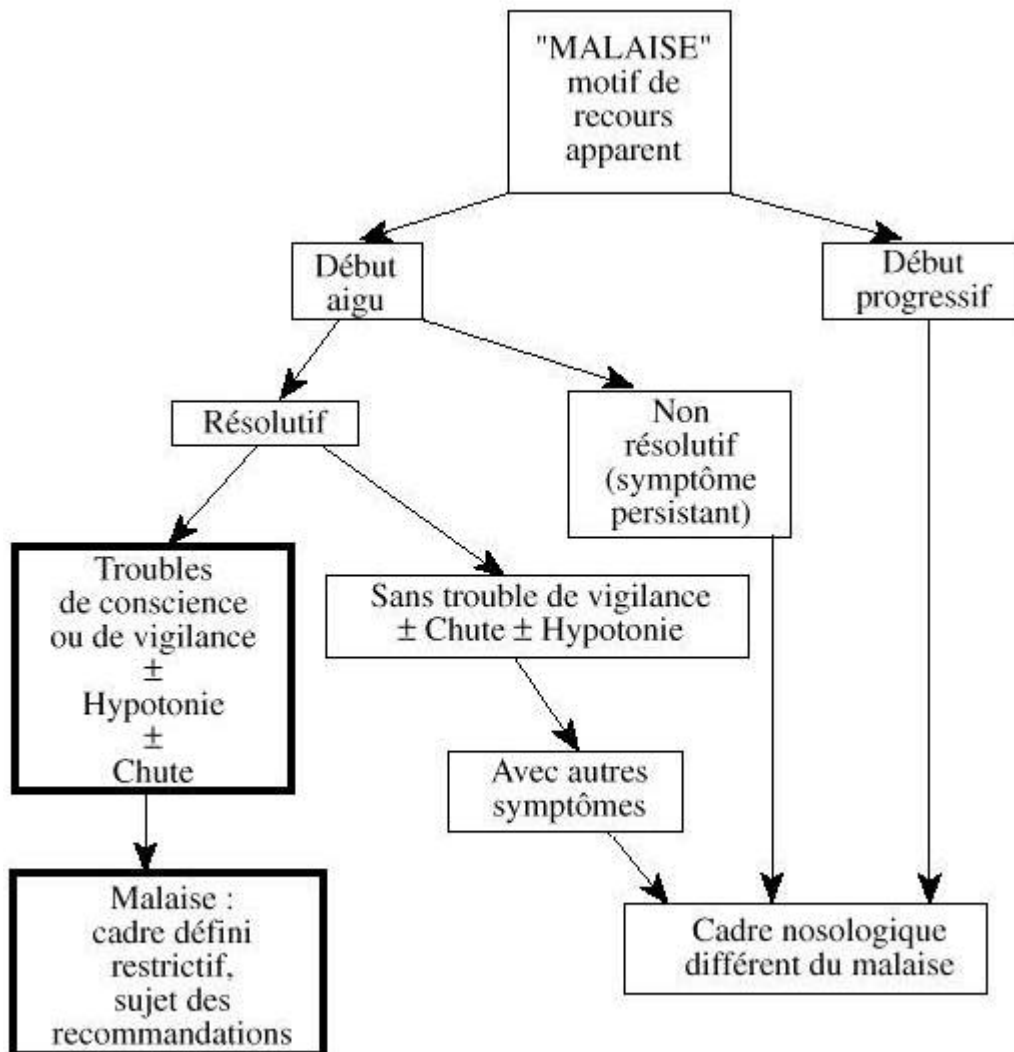


Fig. 1 — Cadre nosologique des malaises

Les données importantes de l'interrogatoire sont les suivantes :

### **L'âge du patient**

Chez la personne âgée, la notion de malaise n'est parfois pas dissociable de la notion de chute et l'appréciation du retour à la normale est difficile.

### **Les antécédents et facteurs de co-morbidité**

La connaissance des antécédents familiaux et personnels est indispensable. On recherche la notion de malaise antérieur, d'une pathologie antérieure ou associée. L'étude minutieuse du traitement pris par le patient (y compris par automédication), la notion de sevrage ou de modification thérapeutique récente sont très importantes. Il faut y associer la recherche de prise de toxiques ou de stupéfiants.

### **Les prodromes**

L'existence ou l'absence de prodromes (palpitations, chaleur, sueurs, état vertigineux, troubles visuels et auditifs) oriente le diagnostic.

### **Les circonstances de survenue**

Certaines circonstances évoquent un malaise vagal : confinement, station debout prolongée, émotion, douleur aiguë.

La position du patient au moment du malaise est importante, de même qu'un changement de position, tout particulièrement le passage ou orthostatisme, une compression cervicale, des mouvements de la tête ou du cou. L'activité au moment du malaise permet de poser ou d'orienter le diagnostic : effort physique, repas, quintes de toux, efforts de défécation ou de miction.

L'insomnie, une stimulation lumineuse intermittente sont des situations favorisant les crises convulsives. Il convient de s'assurer de l'absence d'une source potentielle de monoxyde de carbone, source d'intoxication à évoquer d'emblée en cas de malaises collectifs. La notion d'événements, de stress psychologiques doit être recherchée.

### **Signes d'accompagnement et évolution du malaise**

L'évaluation, parfois difficile, de la réalité et de la durée de la perte de connaissance est importante.

L'interrogatoire des témoins peut permettre de préciser la couleur du visage au moment du malaise, l'existence de mouvements anormaux ou de manifestations respiratoires, des anomalies du pouls (notion rare). L'évolution est appréciée par la description de la récupération, l'existence d'un état confusionnel post-critique ou d'un syndrome déficitaire transitoire, le délai de recoloration.

La recherche de toute symptomatologie fonctionnelle, même fugace, pendant ou après le malaise est capitale.

### ***L'examen clinique***

Il confirme qu'il s'agit toujours d'un malaise tel qu'il est défini plus haut, sans persistance ou réapparition de signes de gravité.

### **Recherche de signes non spécifiques**

On recherche des lésions traumatiques, dont il faut préciser s'il s'agit bien de la conséquence et non de la cause du malaise. Une morsure isolée du bout de la langue n'a pas de valeur spécifique. S'il s'agit d'une morsure latérale avec des lésions importantes, le diagnostic d'épilepsie peut être évoqué. Une émission d'urines n'est pas spécifique.

## **Recherche de signes cliniques d'orientation**

Un examen clinique complet peut orienter vers des diagnostics précis. Notons l'importance de la recherche systématique des éléments suivants : palpation du pouls et mesure de la pression artérielle aux deux bras, examen cardiovasculaire et neurologique particulièrement soigneux. La recherche d'une hypotension orthostatique est systématique en l'absence de contre-indication à l'orthostatisme.

## ***Les orientations diagnostiques***

A l'issue d'un interrogatoire fouillé, d'un examen clinique complet, 50 à 70 % des malaises peuvent être rattachés à une étiologie. On peut distinguer plusieurs orientations diagnostiques.

### **Orientation cardiologique**

Un malaise avec perte de connaissance à début brusque et retour rapide à la normale de moins de 5 min avec pâleur extrême percritique et recoloration rapide est en faveur d'une cause cardiaque. Les antécédents de maladies cardiovasculaires, la survenue à l'acmé de l'effort, la prise de médicaments anti-arythmiques, des signes d'accompagnement tels que douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée doivent faire suspecter de principe une origine cardiaque.

### **Orientation neurologique**

Un malaise avec mouvement tonico-cloniques, cyanose, rubéfaction cutanée ou confusion post-critique est en faveur d'une crise comitiale généralisée. L'existence d'un syndrome déficitaire transitoire, le caractère stéréotypé des manifestations critiques sont également évocateurs.

### **Malaise vaso-vagal**

Les arguments en faveur d'un malaise vaso-vagal sont : l'existence de circonstances déclenchantes, de prodromes, d'une phase de récupération plus ou moins prolongée avec asthénie, le jeune âge et des antécédents de malaises du même type.

Des difficultés existent : le malaise vaso-vagal peut être brutal et sans prodrome apparent. Il peut également être trompeur et symptomatique d'une autre affection.

### **Hypotension orthostatique**

En faveur d'un malaise par hypotension orthostatique : la survenue lors du passage en orthostatisme, la reproduction du même malaise lors de l'épreuve d'orthostatisme. Des facteurs favorisants sont fréquemment retrouvés, notamment iatrogènes.

### **Orientation psychiatrique**

Les arguments en faveur d'un malaise psychiatrique sont représentés par : l'absence d'autres causes décelables, l'existence d'un stress ou d'un événement déclenchant une sémiologie s'intégrant dans un syndrome psychiatrique identifiable, des antécédents de malaise du même type.

## Dans tous les cas

- La découverte à l'interrogatoire d'un autre symptôme (douloureux, moteur, ...) peut amener à des diagnostics variés. L'hypoglycémie doit être envisagée chez un patient diabétique et sous traitement hypoglycémiant.

- Pour tout malaise, un facteur iatrogène doit être recherché et il est recommandé de consulter systématiquement une banque de données appropriée (Vidal ® ...).

## Signes de gravité immédiate

La simple évocation d'une cause cardiaque est en soi un facteur de gravité, en raison de la surmortalité observée dans la population de patients dont l'étiologie est cardiaque.

L'âge semble constituer un facteur de gravité. Il faut en rapprocher les problèmes associés à une polypathologie, source de co-morbidité et de polymédication.

Il est raisonnable de penser que l'absence d'anamnèse précise constitue une situation à risque potentiel.

## 3 – Quelle est la place des examens complémentaires dans la stratégie diagnostique étiologique ? Le bénéfice des investigations complémentaires est-il évalué ?

Les examens complémentaires ne doivent pas être systématiques, leur rentabilité étant alors très faible (inférieure à 10 %). Leurs buts sont de confirmer une suspicion clinique ou d'éviter de méconnaître une pathologie grave dont le diagnostic n'a pu être éliminé. Seuls des examens simples, immédiatement disponibles, fiables, pouvant influencer la prise en charge immédiate, se discutent. La prescription des examens doit, comme l'abstention d'explorations, être une décision réfléchie et adaptée à chaque cas.

## A l'admission

### Seul l'électrocardiogramme est recommandé à titre systématique

1 – La rentabilité de l'électrocardiogramme est faible (3 à 5 %) mais la gravité et la surmortalité des causes cardiaques justifient cependant sa réalisation systématique. Il peut justifier la demande d'un avis cardiologique en urgence (Tabl. I), un monitoring ECG immédiat.

<b>Troubles d'automatisme et de conduction</b>	- Conduction auriculo-ventriculaire	BAV du 2 e degré sauf Wenckebach BAV du 3 e degré
	- Conduction intraventriculaire	BBD + HBPG + PR long BBG + PR long
	- Fonction sinusale	Bradycardie sinusale < 40/min Pauses sinusales > 2 s
Hyperexcitabilité ventriculaire		ESV fréquentes polymorphes et/ou en salves (> 3)
Tachycardies		Tachycardies à QRS large Torsade de pointes
Anomalies de QRS		Syndrome de WPW
<b>Anomalies de repolarisation</b>	- Intervalle QT	QT < 0,52 s
	- Ondes T	T négative dans tout le précordium

**BAV** : Bloc auriculo-ventriculaire.  
**BBG** : Bloc de branche gauche.  
**ESV** : Extrasystoles ventriculaires.

**BBD** : Bloc de branche droit.  
**HBPG** : Hémi-bloc postérieur gauche.  
**WPW** : Wolff-Parkinson-White.

- 2 – Les manoeuvres vagales ne sont pas indiquées de façon systématique.
- 3 – Si le patient est porteur d'un pace-maker, il n'est pas recommandé de pratiquer un test à l'aimant et l'avis du cardiologue est nécessaire.
- 4 – Le monitoring de l'ECG par surveillance scopique continue est exceptionnellement décisif, peu de patients récidivant pendant l'enregistrement.

### **Les examens à discuter systématiquement**

- 1 – L'hypoglycémie est rare dans ce cadre. Un malaise hypoglycémique n'est pas spontanément régressif et la glycémie capillaire ou le prélèvement veineux ne doivent pas être systématiques. En revanche, un dosage couplé, capillaire et veineux, peut être indispensable chez un patient diabétique ou un sujet prenant des médicaments à risque hypoglycémiant.
- 2 – L'ionogramme sanguin et l'hémogramme ont une rentabilité très faible (0 à 3,8 %). Ils se justifient dans certaines circonstances dictées par le terrain, les antécédents, les prises médicamenteuses ou la symptomatologie.
- 3 – Deux situations doivent être évoquées de principe par le médecin confronté à un malaise d'étiologie indéterminée : l'intoxication éthylique aiguë et l'intoxication au monoxyde de carbone. Si ces pathologies ne peuvent pas être définitivement éliminées par l'interrogatoire et l'examen clinique, les dosages de l'alcoolémie et de la carboxyhémoglobininémie sont impératifs.
- 4 – Le bilan toxicologique non orienté n'a aucun intérêt dans cette situation. Le dosage d'un médicament a parfois un intérêt (observance ou surdosage).
- 5 – Tout autre examen n'est justifié que dans un contexte et/ou une co-morbidité orientant et justifiant cette exploration.

### ***Passées les premières heures***

En l'absence de diagnostic de certitude, certains examens complémentaires seront proposés en fonction de leur rentabilité et du contexte dans lequel ils seront demandés.

### **Le test d'inclinaison**

Le test d'inclinaison est un examen-clé. Il analyse la réaction de l'organisme lors du passage de la position allongée à la position inclinée ; il tend actuellement à être bien standardisé ; il est positif quand il reproduit un malaise contemporain d'une chute tensionnelle. Il permet alors de fixer un bon pronostic, d'éviter la réalisation de traitements ou d'examens complémentaires inutiles, invasifs et/ou coûteux. Il est inutile pour confirmer une syncope vaso-vagale typique. Cependant, certaines syncopes vaso-vagales brutales et sans prodrome, n'ont pas une symptomatologie classique. Dans ces syncopes vaso-vagales, sa sensibilité est de 40 à 87 % et sa rentabilité atteint 50 % dans le cadre des syncopes d'étiologie indéterminée. Son indication doit être très large et prioritaire, s'il n'existe pas d'anomalie cardiaque clinique ou électrique.

### **Les examens cardiologiques**

L'âge avancé, les antécédents cardiologiques, la brutalité de la syncope, les anomalies de l'électrocardiogramme orientent vers une exploration à visée cardiologique.

Le Holter rythmique donne des résultats décevants en termes de rentabilité, surtout si les électrocardiogrammes de base sont normaux. La conduite des autres examens (échocardiographie, électrocardiogramme à haute amplification, épreuve d'effort, épreuves électrophysiologiques intracardiaques) sera dictée par le cardiologue qui aura lui-même réinterrogé et réexaminé le patient.

### **Les examens neurologiques**

La tomodensitométrie cérébrale n'a pas d'indication systématique devant un malaise inexplicé. Elle se justifie seulement en cas de doute sur une lésion focale ou dans le bilan d'une comitialité accompagnée ou inaugurale. L'électro-encéphalogramme ne peut se discuter que si la suspicion de comitialité est forte ; sa rentabilité n'a jamais fait l'objet d'une étude sérieuse et rigoureuse dans ce contexte, et il semble préférable, en cas de doute, d'en confier l'indication au neurologue.

Le doppler des troncs supra-aortiques ne sera réservé qu'aux très rares cas où un accident ischémique transitoire de la fosse postérieure aura pu être raisonnablement argumenté.

## ***Conclusion***

L'anamnèse reste la pierre angulaire du diagnostic étiologique permettant d'épargner des examens complémentaires inutiles, coûteux et faussement rassurants.

- L'électrocardiogramme doit être systématique.
- La biologie est peu rentable mais reste utile devant des tableaux trompeurs ou difficiles.
- Parmi les autres examens, le test d'inclinaison semble le plus fréquemment intéressant.

## **4 – Quelle orientation doit être prévue/hospitalisation, sortie, consultations secondaires, dans quelles conditions ?**

### ***Les orientations possibles***

- L'hospitalisation de court séjour. L'unité sera choisie en fonction de l'orientation diagnostique. Si le pronostic vital peut être engagé à court terme en raison d'une cause cardiologique, l'hospitalisation en Unité de Soins Intensifs s'impose.
  - Le secteur d'hospitalisation de courte durée du service d'urgence (UHCD). Il permet de surveiller, de débiter un traitement, de vérifier les conséquences de la suppression d'une thérapeutique en cours, de compléter l'anamnèse ou les examens complémentaires.
- Le retour à domicile avec la prescription d'examen(s) ou consultation(s) spécialisée(s).  
Le retour à domicile simple : il peut s'envisager s'il existe une orientation diagnostique permettant d'affirmer la bénignité du malaise.  
Il est impératif dans le cas d'un retour à domicile que le médecin traitant soit associé à la prise en charge du malade.

### ***Éléments à prendre en compte pour l'orientation***

#### **Diagnostic établi ou suspecté au terme du bilan initial au service d'Urgences**

- Il est souvent possible d'affirmer le diagnostic de malaise vaso-vagal et aucun examen supplémentaire n'est nécessaire.
- L'hypotension orthostatique sévère est rare et nécessite une hospitalisation en court séjour. Souvent modérée et iatrogène, l'hospitalisation peut être évitée.
- Le diagnostic ou même la seule suspicion de malaise d'origine cardiaque impose toujours une hospitalisation en milieu spécialisé.
- Dans les malaises d'origine neurologique (crises comitiales, et rarement d'autres pathologies), l'hospitalisation en service de court séjour est à discuter.
- Une intoxication éthylique doit être surveillée en UHCD.
- Dans l'intoxication oxycarbonée (forme non grave), la prise en charge peut être réalisée en UHCD.
- Dans les intoxications médicamenteuses et la pathologie iatrogène, le malade peut retourner à son domicile, être surveillé en UHCD, plus rarement en milieu spécialisé, selon le toxique ou le médicament incriminé.
- Les malaises d'origine psychiatrique et/ou sans support somatique ne nécessitent pas d'hospitalisation dans la majorité des cas.

#### **Autres éléments à prendre en compte**

- 1 – L'absence de diagnostic établi ou même suspecté (30 % des cas) est une situation à risque. Seuls un interrogatoire fiable, l'absence de critère de gravité et de pathologie associée, ainsi qu'un bon entourage familial et médical permettent de décider le retour à domicile.
- 2 – Les critères de gravité tels qu'ils ont été définis à la question 2, imposent une hospitalisation.
- 3 – Le terrain : il faut tenir compte de l'âge, des problèmes sociaux et du suivi médical lorsque le retour à domicile est envisagé.

### ***Choix de l'orientation***

Le choix de l'orientation découle des éléments qui viennent d'être évoqués et peut être schématisé dans le [tableau II](#).

TABLEAU II Orientation du malade en fonction de l'étiologie			
Diagnostic	Sortie	UHCD (3)	Court Séjour
Malaise vaso-vagal	+		
Hypotension orthostatique (1)	+	+	+
Cardiopathie			+
Crise convulsive (4) :	- Accompagnée		+
	- Isolée	+	
	- Maladie épileptique connue	+	
Intoxication éthylique		+	
Intoxication oxycarbonée		+	
Intoxication médicamenteuse et pathologie iatrogène (2)	+	+	+
Affection psychiatrique (1)	+		+
Absence de diagnostic (1)	+	+	
1 – En fonction du terrain et de la gravité potentielle. 2 – En fonction de la nature du médicament et du pronostic. 3 – Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. 4 – Conférence de consensus SFUM 1991.			

## 5 – Quel est le rôle infirmier lors de la prise en charge des malaises au SAU ?

Le rôle infirmier recouvre plusieurs fonctions.

L'accueil est la première fonction de l'infirmière, première intervenante pour la prise en charge de tout patient arrivant au service d'accueil et des urgences (SAU), idéalement une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). L'observation initiale du malade doit rechercher des signes de gravité (vigilance, fréquence respiratoire, pouls, anomalie de la coloration cutanée, déficit neurologique, lésion traumatique). L'existence de signes de gravité et/ou de signes d'accompagnement indique que le malaise n'est que le motif de recours apparent aux urgences et que se justifie une prise en charge médicale immédiate ou rapide.

Le recueil des informations concernant le malade et son malaise est la deuxième fonction de l'infirmière. Il doit permettre d'identifier le contexte de survenue du malaise (lieu, heure, durée, notion de chute, perte de connaissance). A cet égard, il est capital d'obtenir des renseignements auprès des témoins oculaires et/ou des accompagnants (famille, ambulanciers, pompiers). En leur absence aux urgences, il est indispensable d'obtenir leurs coordonnées, notamment téléphoniques, afin qu'ils puissent être ultérieurement interrogés par le médecin. L'infirmière doit s'enquérir de tout élément qui permette d'appréhender le passé médical et le contexte social du malade, et veiller à obtenir auprès des proches tout document médical antérieur. Toutes ces informations sont colligées par écrit dans le dossier de soins du malade en termes clairs et concis, dossier transmis à l'infirmière de soins et à l'équipe médicale.

Le diagnostic clinique et la prise en charge médicale étant faits, le médecin et l'infirmière expliquent au malade et/ou à son entourage les résultats des explorations cliniques et des éventuels examens complémentaires. Le devenir du malade peut être un transfert vers une autre unité de soins pour la poursuite des soins et des investigations appropriés à son état. En cas de retour à domicile, il convient d'expliquer au malade que, malgré l'absence d'éléments de gravité et de critères d'hospitalisation, la possibilité de récurrence du malaise ne peut être écartée. La prévalence des malaises et la fréquence de leur caractère iatrogène justifient la place des soins éducatifs et préventifs. Le risque de récurrence doit être diminué par une information appropriée aux problèmes de santé du patient. Des instructions de sortie, validées par les acteurs du service de soins (médecins-infirmières), sont remises au malade et/ou à son entourage. La généralisation de cette approche éducative permettrait peut-être de prévenir un nombre significatif de malaises.