

**MALAISE, PERTE DE CONNAISSANCE, CRISE COMITIALE CHEZ L'ADULTE
(209)**

1. Connaissances requises

- 1.1 Décrire les différentes phases d'une crise généralisée tonico-clonique
- 1.2 Décrire les caractéristiques cliniques d'une syncope vaso-vagale et d'une syncope
cardiaque
- 1.3 Connaître les circonstances déclenchantes d'une syncope vaso-vagale
- 1.4 Connaître les critères diagnostiques et les causes d'hypotension orthostatique
- 1.5 Connaître les caractéristiques d'un malaise névropathique
- 1.6 Connaître les gestes d'urgence à effectuer en présence d'une crise généralisée et
d'une syncope cardiaque

2. Objectifs pratiques :

Chez un patient réel ou simulé venant de faire une perte de connaissance

- établir le diagnostic rétrospectif de crise généralisée
- interroger l'entourage pour distinguer syncope, crise d'épilepsie et crise névrotique
- chercher une hypotension orthostatique (le cas échéant)
- décider de l'indication d'un ECG, d'un EEG

LES POINTS FORTS :

- Diagnostic d'interrogatoire (du malade, d'un témoin)
- Ne pas méconnaître les syncopes cardiaques

1. Reprise de conscience sur le lieu de la PC = PC brève = SYNCOPÉ :

- vaso-vagale (la plus fréquente)
 - . prodromes, circonstances survenue, sujet jeune
 - . diagnostic clinique
- par hypotension orthostatique
 - . circonstances de survenue (orthostatisme), médicaments anti-hypertenseurs, sujet âgé
 - . diagnostic clinique
- cardiaque
 - . à l'emporte-pièce (++) ou à l'effort
 - . dg ECG (BAV permanent, troubles du rythme)
ou Holter-ECG, enregistrement hisien (+++) SI BAV ou troubles du rythme paroxystiques
 - inexplicée : test d'inclinaison (« tilt-test »), ou/et implantation d'un enregistreur ECG (Holter implantable) si syncopes récidivantes

2. Reprise de conscience aux urgences ou dans le camion du SAMU = PC prolongée = crise d'épilepsie généralisée

Valeur diagnostique de :

- . la séquence tonico-clonique
- . la confusion post-critique
- . la morsure de la langue

3. Pas de véritable perte de connaissance :

- Lipothymie : mêmes diagnostics que syncopes
- Pseudo-crisés épileptiques (hystérie)
- Crises d'angoisse
- Ictus amnésique

4. Malaises et PC aux urgences

- Ethylisme aigu, hypoglycémie et AVC ne donnent presque jamais lieu à une PC isolée
- TC et PCB : surveillance de 24 heures
- Toujours penser aux formes syncopales de l'angor et de l'embolie pulmonaire.

Ce sont des situations cliniques d'une **très grande fréquence**, dans un service d'Urgences ou en médecine générale.

Il s'agit d'épisodes aigus, rapidement résolutifs (en quelques minutes ou dizaines de minutes), comportant une dissolution totale ou partielle de la conscience (vigilance), isolés (sans autre plainte ou signe clinique) et pouvant entraîner une chute.

La grande majorité sont sans gravité ; certains comportent un risque vital (syncopes cardiaques).

L'usage et la pratique font distinguer 3 registres diagnostiques :

- 1) **Les SYNCOPES et les LIPOTHYMIES** sont des **pertes de connaissance brèves** (PCB) ne durant que **quelques minutes**, totales (syncopes) ou partielles (lipothymies). Elles sont la conséquence d'une **ischémie cérébrale diffuse**, liée à une chute soudaine ou rapidement progressive du débit sanguin cérébral.
- 2) **Les CRISES D'EPILEPSIE GENERALISEES** sont des **pertes de connaissance prolongées** : la durée totale de « non conscience » est de **20 à 30 minutes**, parfois davantage, incluant la perte de connaissance proprement dit et la période de confusion post-critique. Elles résultent d'une **décharge neuronale paroxystique hypersynchrone** concernant d'emblée les deux hémisphères cérébraux.
- 3) **Les CRISES NEVROTIQUES**, ou pseudo-crisés épileptiques ne comportent pas de véritable perte de connaissance (mais se présentent comme telles) et durent souvent **plusieurs dizaines de minutes ou plus**. Elles marquent un conflit psychique.
- 4) **D'autres diagnostics peuvent être posés**, mais sont nettement plus rares ou ne comportent pas de perte de connaissance.

Par définition, le diagnostic se fait, le plus souvent, à distance de l'épisode aigu et repose donc quasi exclusivement sur **l'interrogatoire très précis du patient et /ou d'un témoin**. Il faut **proscrire les bilans « caddy »** (ECG, EEG, Doppler, Holter, Scanner,...), le plus souvent inutiles autant que coûteux, et parfois sources d'erreurs. En pratique courante, le problème diagnostique est de distinguer syncope et crise d'épilepsie généralisée (CEG). Le critère diagnostique majeur est la durée de l'épisode ; celle-ci est souvent mal évaluée par les témoins et inévaluable par le patient. En pratique, c'est donc le lieu de reprise d'une conscience claire (du premier souvenir précis) qui va définir le mieux la durée de la perte de connaissance (PC) et orienter au mieux le diagnostic :

- ◆ **reprise de conscience claire sur les lieux de la PC, à terre, avant l'arrivée des secours (médecin, pompiers) en cas de syncope**
- ◆ **reprise d'une conscience claire (ou premier souvenir précis) dans le camion du SAMU ou aux Urgences, en cas de crise d'épilepsie généralisée.**

1. SYNCOPES ET LIPOTHYMIES

La distinction entre syncope et lipothymie repose sur l'existence ou non d'une réelle perte de connaissance (PC). Mais le fait que la PC soit complète (syncope) ou partielle (lipothymie) ne doit pas modifier l'orientation diagnostique : une même affection peut se traduire soit par une syncope, soit par une lipothymie (selon l'importance et de la durée de la baisse du débit sanguin cérébral).

Les syncopes sont des PC brèves (quelques dizaines de secondes à quelques minutes), avec un état de mort apparente (pâleur extrême, hypotonie, pouls imprenable) et une reprise immédiate, sur place d'une conscience claire. Chez certains sujets, dont le seuil épileptogène est abaissé, une syncope peut s'accompagner de quelques secousses cloniques des membres supérieurs (précédées ou non d'un spasme en extension).

C'est la **syncope convulsivante**, source fréquente d'erreur diagnostique avec une crise d'épilepsie généralisée. Mais les clonies sont peu nombreuses et la PC reste brève, sans confusion post-critique.

NB : la classique « amnésie post-critique » souvent citée comme un argument fort du diagnostic de CEG, n'est rien d'autre que la confusion mentale suivant une CEG. Il existe bien, aussi, une amnésie post-synopale (toute perte de connaissance vraie entraîne par définition une amnésie). De même, la perte d'urines et une chute traumatique peuvent survenir tout autant lors d'une syncope que lors d'une CEG.

1.1 SYNCOPES REFLEXES

⇒ SYNCOPE VASO-VAGALE

C'est, de loin, la plus fréquente des syncopes, la plus banale et la plus bénigne. Encore appelée syncope « neuro cardiogénique » ou « à médiation neurale », sa physiopathologie est complexe et encore mal connue : très schématiquement, une diminution du retour veineux, ou une émotion vive, activent une boucle réflexe neuro cardiogénique faisant relais dans le tronc cérébral, entraînant une inhibition sympathique (responsable d'une chute tensionnelle) et une hyperactivité vagale (à l'origine d'une bradycardie). Chute tensionnelle et bradycardie entraînent une chute du débit sanguin cérébral (d'où l'ischémie cérébrale diffuse et la syncope).

- **Description. Diagnostic.**

C'est une affection du **sujet jeune**, avec une forte tendance à la **récurrence**.

Les **circonstances de survenue** constituent un fort argument diagnostique : station debout prolongée (assemblée scolaire,...), atmosphère confinée, chaleur (restaurant), émotions (« vue du sang »...), douleur aiguë.

Il existe une **phase prodromique**, pré-syncopale, riche, de durée variable (quelques secondes à quelques minutes) : sensation de tête vide, sueurs, nausées, palpitations, vue brouillée (« voile noir »), éloignement des sons et acouphènes, jambes flageolantes : c'est la **lipothymie**. Si le sujet s'allonge, la PC peut être évitée.

Pendant la PC, qui peut comporter une chute avec traumatisme (crânien ou autre) parfois une morsure de la pointe de la langue, une perte d'urines, d'éventuels témoins ont pu noter la pâleur, l'hypotonie, l'absence de pouls (**état de mort apparente**), et, parfois, de rares clonies (syncope convulsivante).

La **reprise d'une conscience claire survient en quelques minutes, sur place**. Le sujet peut parfaitement décrire son entourage à ce moment ; les témoins peuvent attester qu'il était possible de converser normalement avec lui.

Une **asthénie intense**, pouvant durer plusieurs heures après la syncope, est très fréquente, et de grande valeur diagnostique (mécanisme inconnu).

- **Investigations.**

Inutiles dans la majorité des cas.

Un ECG est cependant souvent réalisé, surtout si la syncope est survenue à l'effort, ou précédée de palpitations (suspicion de syncope cardiaque, cf infra).

La recherche d'une hypotension orthostatique doit être réalisée au moindre doute.

Dans les formes atypiques (incomplètes) et invalidantes par leur récurrence fréquente, un test d'inclinaison (« tilt-test », cf infra) peut être indiqué.

- **Traitement.**

Des explications et des conseils simples (s'allonger au moindre malaise, jambes surélevées, où que le sujet se trouve, surtout ne pas se lever) suffisent le plus souvent. Si les syncopes sont fréquentes et invalidantes, un traitement par β -bloquants peut être proposé.

⇒ **AUTRES SYNCOPES REFLEXES**

- **Les syncopes sino-carotidiennes.**

Dues à une hypersensibilité du sinus carotidien, beaucoup plus rares que les précédentes, elles surviennent le plus souvent chez un homme de plus de 60 ans, en position debout, parfois lorsque le sujet se rase ou tourne la tête. Mais ces circonstances de survenue sont très inconstantes. La PC est soudaine et peut entraîner une chute traumatisante. La répétition des épisodes peut conduire à rechercher une réponse anormale à la stimulation du sinus carotidien : le massage carotidien, en milieu cardiologique, provoque une bradycardie extrême, avec pauses de plus de 3 secondes et chute de la PA de plus de 50mmHg. Lorsque les syncopes sont récidivantes, un stimulateur cardiaque sentinelle peut être mis en place.

- Les syncopes tussives, ou ictus laryngé, surviennent à l'acmé d'une quinte de toux chez le bronchiteux chronique. Les **syncopes mictionnelles**, principalement nocturnes, chez l'homme âgé, sont le plus souvent liées à l'hypotension orthostatique (cf infra*). Les **syncopes post-traumatiques** (dans les suites immédiates d'un trauma, crânien ou non, en rapport avec la douleur et/ou l'émotion) sont des syncopes vaso vagues.

1.2. LES SYNCOPES PAR HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

L'ischémie cérébrale diffuse est due à une altération de la réponse vasomotrice normale à une diminution de la PA, soit par dysautonomie (lésion du système nerveux végétatif, ou autonome) soit par hypovolémie.

Elles concernent le **sujet âgé** (à l'exception de la tachycardie posturale à l'orthostatisme du sujet jeune, le plus souvent une femme).

- **Description. Diagnostic.**

Les **circonstances de survenue sont très évocatrices** : dès les premières secondes ou minutes du lever (par exemple **syncope mictionnelle** nocturne), station debout prolongée, période post-prandiale (sommation de la séquestration splanchnique et de l'orthostatisme).

Les caractéristiques sont les mêmes que dans la syncope vaso vagale : phase prodromique, état de mort apparente, reprise immédiate d'une conscience claire.

* Les syncopes post-prandiales sont assez communes, chez le sujet âgé. Habituellement sans prodromes, elles sont dues en pratique à la séquestration splanchnique du sang durant la digestion.

La mesure de la PA couché puis debout démontre l'hypotension orthostatique : **baisse tensionnelle d'au moins 20mmHg pour la systolique**, et d'au moins 10mmHg pour la diastolique. (Cette donnée peut ne pas être permanente, surtout chez le sujet âgé, et son absence ne doit pas faire récuser le diagnostic, surtout s'il existe des circonstances étiologiques).

▪ **Investigations.**

Elles visent à identifier une cause :

- médicaments (+++), cause de loin la plus fréquente et à évoquer systématiquement, surtout chez le sujet âgé : anti-hypertenseurs (notamment en cas de bi ou trithérapie), antiparkinsoniens, tricycliques, neuroleptiques, ...
- déshydratation, anémie
- beaucoup plus rarement affection neurologique avec dysautonomie : neuropathie diabétique, atrophie multisystématisée (cf le chapitre parkinson).

▪ **Traitement**

- traitement d'un facteur causal : suppression d'un ou plusieurs médicaments, réhydratation etc ...
- conseils préventifs : éviter les stations debout prolongées, lever en 2 temps, en particulier la nuit ou à la fin d'un repas prolongé.
- Les traitements symptomatiques : dihydroergotamine (DHE) éventuellement à fortes doses (jusqu'à 200 gouttes ou équivalent en cps), bas à varices. En cas d'échec, et de dysautonomie gravement handicapante, la minodrine (Gutron) doit être utilisée très prudemment (risque d'HTA en position couchée).

1.3 LES SYNCOPES CARDIAQUES.

Plus rares que les deux précédentes, elles sont aussi beaucoup plus graves, en raison de leur risque vital.

Il y a des arguments généraux en faveur de ce diagnostic, mais chacun peut être pris en défaut :

- absence de prodromes (mais des palpitations ou un bref malaise précessifs peuvent exister)
- survenue à l'effort (mais aussi, non rarement, au repos)
- antécédents cardiologiques, traitement antiarythmique (données fort inconstantes).

⇒ Troubles du rythme et de la conduction

- **Les blocs auriculo-ventriculaires.**

Ils réalisent le type même de la syncope cardiaque : **« à l'emporte-pièce »**, de début et de fin extrêmement soudains, typiquement sans aucun prodrome. Toutefois, un très bref malaise (de quelques secondes, avec « voile noir ») n'est pas rare, et la PC peut être tellement brève qu'elle peut être douteuse : le sujet se retrouve à terre et peut se relever aussitôt.

Lorsque le BAV est permanent, le diagnostic revient à l'ECG et ne pose pas de difficultés particulières (cf cours de cardio).

Lorsqu'il est paroxystique l'enregistrement ECG sur 24 heures (Holter) peut le « piéger », mais la démonstration en revient à l'enregistrement, endocavitaire, du faisceau de His.

Le traitement en urgence, en présence d'une importante bradycardie permanente comporte le coup de poing sternal, le massage cardiaque externe, le sulfate d'atropine IV, l'Isuprel en cas d'échec. Le transfert rapide en Unité de Soins Intensifs Cardiologiques s'impose.

La mise en place d'un stimulateur cardiaque constitue le seul traitement de fond efficace.

- **Les blocs sino-auriculaires paroxystiques**

s'expriment davantage par une lipothymie que par une syncope, et surviennent préférentiellement après 70 ans.

L'ECG de surface est le plus souvent normal et le diagnostic repose sur l'enregistrement endocavitaire si l'enregistrement ECG de 24 heures est négatif.

- **Les tachycardies supraventriculaires et ventriculaires.**

La fibrillation et le flutter auriculaires sont rarement syncopaux.

La tachycardie ventriculaire est grave (risque de fibrillation ventriculaire) ; l'ECG montre un rythme rapide, des QRS larges et une dissociation auriculo-ventriculaire. Le traitement repose sur les anti-arythmiques ou sur le choc électrique externe en cas de mauvaise tolérance hémodynamique.

- **Les torsades de pointe**

Graves (risque de fibrillation ventriculaire), et reconnues sur l'ECG (cf cours de cardio), elles peuvent compliquer une bradycardie, un traitement antiarythmique, ou révéler une hypokaliémie, une hypercalcémie. Le syndrome du QT long congénital est exceptionnel.

Le traitement repose sur l'injection IV de Magnésium et sur la correction d'un trouble métabolique (recharge potassique,...) ou sur le traitement de la bradycardie.

⇒ **Causes cardiaques mécaniques.**

Les obstacles à l'éjection ventriculaire (rétrécissement aortique serré, cardiomyopathie obstructive) peuvent donner lieu à des syncopes d'effort, avec dyspnée et souffle éjectionnel. Le diagnostic revient à l'échographie cardiaque.

Les obstacles au remplissage ventriculaire sont également de diagnostic échographique : tamponnade, myxome de l'oreillette (syncopes aux changements de position).

1.3. SYNCOPES INEXPLIQUÉES.

◆ Lorsque le diagnostic est hésitant (entre les différents types de syncopes ou entre syncope et autres types de malaise ou pertes de connaissance) et que les épisodes se reproduisent, il peut être utile de recourir à un **test de d'inclinaison**(« tilt-test ». Après une période de repos de 30 minutes en décubitus, le patient est verticalisé sur une table basculante, à 70° d'angle, pendant 45 minutes. La pression artérielle(PA) et la fréquence cardiaque (FC) sont régulièrement enregistrées. Le test est considéré comme étant positif s'il permet de reproduire la symptomatologie, synchrone de modifications de la PA et de la FC. Il est ainsi possible de faire la preuve d'un mécanisme neuro cardiogénique (vaso vagal), quand la PA chute de 60% de la valeur de repos, et la FC de 30%.

◆ En cas de syncopes multirécurrentes et inexplicées (y compris après test d'inclinaison, massage carotidien et enregistrement endocavitaire), on peut être amené à proposer **l'implantation d'une enregistreur ECG** (Holter implantable) permettant de suivre la fréquence cardiaque jusqu'à 18 mois si besoin.

2. CRISE D'EPILEPSIE GENERALISEE

2.1. DIAGNOSTIC

- La crise d'épilepsie généralisée, le plus souvent tonico-clonique (CGTC), réalise **une perte de connaissance prolongée** de quelques minutes à quelques dizaines de minutes, suivie d'une confusion mentale, de sorte que **le malade « reprend connaissance »** au plus tôt dans le camion du SAMU, plus souvent encore aux Urgences. C'est l'argument diagnostique majeur, (car constant) en l'absence de témoin.
- Parfois, le malade se souvient du début de sa crise, quand il s'agit d'une crise partielle secondairement généralisée (cf chapitre « épilepsie »). Mais généralement, le **début est soudain**, sans aucun prodrome. Le contenu de la crise généralisée ne peut être connu qu'en interrogeant un éventuel témoin. Les meilleurs arguments du diagnostic sont la **séquence en 3 phases**, tonique (avec cyanose), clonique et résolutive (avec hypotonie et respiration bruyante) et les **symptômes post-critiques : confusion (+++)**, parfois céphalées et courbatures. La perte d'urines et la chute traumatisante sont inconstantes et non spécifiques (cf syncopes) ; la **morsure du bord latéral de la langue** est inconstante, mais de très grande valeur diagnostique.

- L'EEG n'est pas nécessaire lorsque le malade est épileptique connu (ce qui constitue en soi un argument) ou lorsque le diagnostic ne fait pas de doute. L'apport diagnostique de l'EEG (ondes lentes résiduelles) est d'autant plus grand qu'il est réalisé dans les heures ou 24 heures suivant la crise. Un **EEG normal n'exclut en rien le diagnostic.**

2.2. TRAITEMENT

- Au décours d'une CGTC unique, aucun traitement urgent ne s'impose ; si une deuxième crise survient, injection de 10 mg de diazépam (Valium) IM ou IV.
- Si le malade est épileptique connu, il faut chercher un facteur déclenchant (manque de sommeil, alcoolisation, fièvre), une mauvaise *observance* thérapeutique, et, si besoin, réévaluer le traitement.
- Une première CGTC, isolée ou non, doit faire réaliser un Scanner cérébral, habituellement en urgence (sauf quand il s'agit d'une crise « circonstancielle », notamment une alcoolisation).
- Pour plus de précisions sur le traitement, cf le chapitre «épilepsie».

3. MALAISES ET CRISES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Contrairement à une idée répandue, le diagnostic de malaises et crises psychopathologiques n'est pas qu'un «diagnostic d'élimination» d'une cause organique : C'est aussi un diagnostic qui s'argumente « positivement ».

3.1. Les pseudo crises épileptiques (crises hystériques « à la Charcot »).

- Elles peuvent mimer une CGTC, mais en diffèrent souvent point par point :
 - Début progressif
 - Durée beaucoup plus importante (non rarement plusieurs heures : pseudo état de mal, ou pseudo status épileptique, représentant au moins la moitié des états de mal supposés)
 - Pas de véritable perte de connaissance (souvent difficile à affirmer)
 - Mouvements des membres anarchiques, corps arc-bouté (opisthotonos), mouvements du bassin, hurlements : c'est une caricature théâtrale, de l'acte sexuel. Il y a presque toujours un « public » (conjoint, parents).
 - Résistance à l'ouverture des yeux, évitement, par la patiente, de son membre supérieur lorsque l'examineur le place au-dessus de son visage et le lâche.
 - Pas de blessure (ou minime) ni de perte d'urines (sauf exception).
 - Il s'agit presque toujours d'une femme, au passé psychiatrique, avec de multiples hospitalisations et une histoire d'abus sexuels dans l'enfance. On retrouve souvent un conflit familial ou conjugal. Les bénéfices secondaires sont habituellement patents.
 - Le diagnostic permet d'éviter les actes invasifs (intubation,...) et les examens complémentaires itératifs ; la prise en charge, psychiatrique, est particulièrement difficile.

- Le diagnostic peut être très problématique lorsque ces pseudo crises alternent avec d'authentiques CGTC (c'est « l'hystéro-épilepsie » de Charcot), habituellement dans le cadre d'une épilepsie pharmaco-résistante. Le recours à la vidéo-EEG peut s'avérer très utile.

3.2. **Syncopes hystériques** : assez rares, pluri-quotidiennes, théâtrales sans jamais de blessure, mobilisant l'entourage et les équipes soignantes.

3.3. **Crises d'angoisse** (« Attaque de panique »)

- Ce sont des épisodes de plusieurs dizaines de minutes, sans perte de connaissance vraie, comportant une vive anxiété sans objet (par définition), une sensation de mort imminente. S'y associe un cortège de symptômes somatiques : oppression thoracique, « tête vide », palpitations, striction laryngée, sueurs, tremblements, vue brouillée, etc... L'hyperventilation, des paresthésies des extrémités et péri buccales (parfois latéralisées), et un spasme carpo-pédal (« main d'accoucheur ») réalisent la classique « crise de tétanie ». Une injection de benzodiazépine apaise rapidement la symptomatologie.
- Certaines crises d'épilepsie partielles complexes peuvent comporter des symptômes comparables, et alterner avec de véritables crises d'angoisse, lesquelles, de par l'hyperventilation, peuvent être épileptogènes. Dans certains cas, le recours à la vidéo-EEG peut être nécessaire.

4. AUTRES MALAISES ET PERTES DE CONNAISSANCE

4.1. Situations fréquentes aux Urgences

L'éthylisme aigu.

Rarement syncopal : le plus souvent agitation et agressivité, somnolence ou coma. Diagnostic généralement facile (haleine, habitus, contexte, alcoolémie). Evoquer systématiquement une hypoglycémie et une intoxication médicamenteuse associées. Une crise d'épilepsie généralisée peut survenir lors d'une alcoolisation aiguë ou lors d'un sevrage.

Traumatisme crânien

Une syncope simple ou convulsivante, une CGTC peuvent survenir au décours immédiat d'un TC. En l'absence de circonstances accidentelles, la question d'un TC secondaire à une syncope ou à une CGTC peut se poser, mais n'est généralement pas soluble et ne modifie pas la prise en charge pratique : **surveillance pendant 24 heures** et scanner cérébral ou autres explorations au moindre doute.

Hypoglycémie

Jamais syncopale : le plus souvent, « malaise hypoglycémique » (sensation de faim, sueurs, céphalées, troubles visuels), pouvant régresser spontanément ou évoluer vers une confusion mentale, un trouble de la vigilance (somnolence, obnubilation, coma) et des convulsions épileptiques. Il s'agit le plus souvent d'un diabétique connu et traité. Le dosage de la glycémie est systématique devant tout malaise atypique ou inexplicable.

Malaise et douleur thoracique : angor syncopal, syncope de l'embolie pulmonaire.

4.2. Autres situations

Crises d'épilepsie partielles complexes

Les plus fréquentes sont **temporales internes** : d'une durée de **2 à 3 minutes**, elles sont stéréotypées pour un même malade et comportent une **constriction gastrique ascendante**, un arrêt psychomoteur avec fixité du regard, mouvements de mâchonnement ou de déglutition, activité gestuelle simple (frottement,...).

Accidents ischémiques cérébraux

A leur phase aiguë, ils ne comportent quasiment **jamais de PC isolée** (une syncope peut survenir, notamment en cas de thrombo-embolie d'origine cardiaque, mais un déficit neurologique focal lui fait suite).

L'ischémie vertébro-basilaire peut comporter des sensations de malaise au contenu variable (vertiges ou déséquilibre, céphalées postérieures, nausées, troubles visuels) mais pas de PC isolée. Les « drop-attacks » sont des chutes sans perte de connaissance, par dérobement soudain des deux membres inférieurs (blessure aux deux genoux) ; le malade se relève aussitôt ; elles sont exceptionnellement isolées.

Les cicatrices corticales séquellaires d'un AVC sont une cause très fréquente d'épilepsie, surtout chez le sujet âgé.

L'ictus amnésique n'est pas une perte de connaissance, mais un oubli à mesure, de plusieurs heures, pendant lesquelles le sujet pose les mêmes questions de façon itérative, mais garde un comportement par ailleurs adapté.

La narcolepsie-cataplexie (maladie de Gélineau) est très rare mais doit être identifiée : elle comporte de brusques accès de sommeil irrépressibles, pluriquotidiens, associés ou non à des chutes par hypotonie (cataplexie). (cf le chapitre « pathologie du sommeil »)