

100
QUESTIONS/RÉPONSES



Jacques-Olivier Fortrat

LE MALAISE VASOVAGAL

et l'hypotension orthostatique



Malaise vasovagal, hypotension orthostatique, est-ce la même chose ?

Malaise vasovagal et hypotension orthostatique sont deux choses bien différentes. Le tableau typique du premier est plutôt un adulte jeune en bonne santé qui perd connaissance. Si ce patient consulte, le praticien ne décèle strictement rien puisque l'épisode est passé. Le tableau du second est plutôt une personne âgée souffrant de problèmes de santé, prenant des médicaments, dont la tête tourne parfois lorsqu'elle se met debout. Le praticien constate une chute de la pression artérielle lors du changement de position de couché à debout. Ces tableaux typiques sont toutefois à relativiser car ces deux problèmes sont tellement fréquents qu'ils prennent des formes variées et parfois trompeuses.

Mais alors pourquoi en parler ensemble ? Malaise vasovagal et hypotension orthostatique sont tous deux intimement liés à la régulation de la pression artérielle en particulier en position debout. Ils partagent de ce fait une prise en charge et des traitements communs.

Ce terme est trop imprécis pour savoir de quoi il en retourne. Il devrait être évité par le corps médical. Mais ce n'est pas toujours possible. Certaines descriptions par le patient ou les témoins ne sont pas facilement attribuables à un diagnostic. Parfois, les symptômes ressentis par le patient ne sont pas caractéristiques. Dans d'autres cas, il s'agit bien de symptômes typiques mais c'est la description qu'en fait le patient qui est originale. Le patient, le praticien, les témoins, les secours, les urgentistes doivent communiquer et le terme « **malaise** » est utile à des étapes précoces de la prise en charge, lorsque qu'aucune hypothèse diagnostique ne se détache encore. Malaise vasovagal est aussi un terme pratique car il permet de regrouper en une même entité les cas avec et sans perte de connaissance. C'est d'ailleurs le terme adopté dans ce livre.

La définition de la **syncope** correspond à un consensus médical international exprimé ici en termes intelligibles. Il s'agit d'une perte de connaissance qui entraîne la chute au sol du patient à moins qu'il ne soit retenu par l'entourage ou l'environnement. La perte de connaissance doit résulter d'une défaillance du système cardiovasculaire qui n'arrive plus à maintenir une pression artérielle suffisante afin de perfuser le cerveau et non pas d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Dans ce dernier cas, le manque de sang ne survient que dans une partie du cerveau, celle irriguée par l'artère qui s'est occluse. La définition de syncope insiste d'ailleurs sur l'absence de séquelle neurologique après le retour à la conscience. Ce dernier doit être spontané sans nécessiter de **manœuvres de ressuscitation** telles que le massage cardiaque ou le choc électrique d'un défibrillateur. La syncope n'est donc pas un **coma** pour lequel la suspension de conscience est prolongée et impose une prise en charge pour le retour à la conscience. Si une ou plusieurs caractéristiques ne sont pas présentes, ou sont incertaines, il convient d'éviter le terme de syncope et s'en tenir au terme de perte de connaissance.

Pour résumer, la syncope est une perte de connaissance qui résulte d'une défaillance brutale du système circulatoire. Le retour à la conscience est spontané et ne nécessite pas de manœuvre de ressuscitation comme le massage cardiaque.

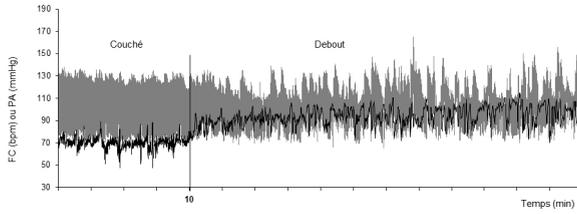
Une **lipothymie** est la sensation d'une perte de connaissance imminente... mais finalement sans en arriver jusqu'à la chute au sol. Le patient ressent des symptômes qui lui évoquent les pertes de connaissance dont il a déjà eu l'expérience. Si le patient n'a jamais ressenti auparavant de telles sensations, spontanément il les attribue à l'imminence d'une perte de connaissance.

Dans le cas d'une lipothymie, la perte de connaissance est évitée soit par l'attitude appropriée du patient qui s'allonge ou tout autre comportement efficace, soit spontanément sans aucune intervention. Dans ce dernier cas, le patient doit savoir que cette lipothymie n'était peut-être que l'alerte d'une perte de connaissance qui surviendra peu de temps après.

Le tachogramme

Pour le lecteur intéressé, nous retrouverons à différentes étapes des enregistrements de monitorings cardiaque et vasculaire de cas typiques des différentes situations. Ces enregistrements sont représentés sous la forme de diagrammes appelés **tachogrammes**. L'axe horizontal est le temps qui s'écoule avec les dix premières minutes en position couché, puis vient la position debout. Sur l'axe vertical on trouve les valeurs de fréquence cardiaque et de pression artérielle. La courbe noire est la fréquence cardiaque et la zone grisée la pression artérielle. Cette dernière comporte deux nombres pour une mesure. Le premier correspond à la pression artérielle la plus élevée lors de la contraction cardiaque et le second à la plus basse entre deux contractions, soit respectivement la pression artérielle systolique et la pression artérielle diastolique. Ces deux nombres correspondent à la limite supérieure et inférieure de la zone grisée ci-dessous.

Nous voyons sur ce tachogramme obtenu chez un sujet sain sans malaise que la pression artérielle est maintenue stable, relativement, malgré le changement de position et ce en partie grâce à une augmentation de la fréquence cardiaque.



Tachogramme d'un sujet normal. L'axe horizontal représente le temps qui s'écoule. Les dix premières minutes sont en position couché, la suite en position debout. La fréquence cardiaque (FC) et la pression artérielle (PA) sont mentionnées sur l'axe vertical. La courbe noire représente la fréquence cardiaque. La zone grisée correspond à la pression artérielle.