

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 14 janvier 2020

Deuxième heure

Syncopes et malaises

Dr S. Lava, CHUV

Les syncopes augmentent avec l'âge, avec notamment un pic de fréquence à l'adolescence. Il s'agit de filtrer le 2 à 5% pouvant être grave. Il est possible de les identifier avec une bonne anamnèse, un bon examen, et un électrocardiogramme (sensibilité 100%, spécificité 60%).

La définition de malaise n'est pas très claire. Une lipothymie sans syncope n'est pas considérée comme grave, et ne sera pas abordée dans cette présentation.

Voici six situations : dans quel cas faut-il s'inquiéter ?

- 1) enfant de deux ans, se mettant à pleurer lors d'une contrariété, présentant un arrêt respiratoire avec perte de connaissance de courte durée et récupération rapide.
- 2) garçon de neuf ans, sportif qui, lors d'un match, présente 10 minutes après le match une perte de connaissance de 3 minutes.
- 3) garçon de 14 ans, qui se lève subitement, présente un vertige, des céphalées, puis une perte de connaissance.
- 4) fillette de six ans, en dormant, se réveille et puis présente un épisode de perte de connaissance dans le lit des parents.
- 5) enfant de 16 ans, en se levant, présente des vertiges, nausées, avec une pâleur, puis tombe dans les pommes.
- 6) fille de 16 ans, qui ressent des vertiges, mal de ventre, fait une perte de connaissance alors qu'elle était debout depuis 10 minutes.

La syncope est définie comme une perte de connaissance transitoire, liée à une hypoperfusion cérébrale TLOC : transient loss of consciousness. De cette définition sont exclus les épilepsies, les convulsions, les hypoglycémies, les maladies métaboliques, les attaques ischémiques, les malaises liés à la prise de toxique, les phénomènes psychogéniques et autres. Bien sûr, à l'arrivée d'un patient ayant présenté une perte de connaissance, il n'est pas toujours facile de savoir s'il s'agit

d'une syncope (TLOC) ou d'un autre phénomène. Les syncopes sont un phénomène fréquent, 15 à 20% des enfants en présenteront une.

La perfusion cérébrale résulte du débit cardiaque et de la tension de perfusion. Il y a donc une influence du rythme cardiaque, du volume d'éjection, lui-même dépendant du retour veineux. Il peut y avoir baisse du débit cardiaque lors du pooling veineux dans les jambes, mais aussi lors d'atteinte du système neurovégétatif (par exemple prise de médicaments). Le système neurovégétatif peut entraîner une baisse du débit de manière réflexe, par exemple lors de spasme du sanglot, de malaise vasovagal (liée à des émotions, du stress), lors de l'orthostatisme, lors de stimulations particulières comme toux, défécation, emploi de certains instruments de musique, ou lors d'hypersensibilité du nœud carotidien. Chez l'adulte, il faut tenir compte également des neuropathies lors de diabète, d'amyloïdose ou autre cause.

Le cœur peut présenter plusieurs dysfonctionnements :

Des arythmies (soit tachycardie, soit bradycardie) (ou maladie génétique comme QT long, QT court, syndrome de Brugada, Wolf Parkinson).

Des problèmes de structure.

Des cardiomyopathies (arythmogènes, hyperplasique, dilatée) ou autre association comme un syndrome de Marfan, une anomalie d'insertion des coronaires.

La syncope typique neuro-végétative est liée à la position debout prolongée, au lever rapide ; il y a la sensation de malaise, l'impression de voile noire suivie d'une perte de connaissance, brève, avec céphalées lors de réveil. L'âge typique est l'adolescence, les situations sont assez typiques. Les syndromes prodromiques sont présents. Souvent, la pathologie est un problème de pooling veineux périphérique entraînant une diminution de l'activité cardiaque. Il est utile d'expliquer la situation, certains recommandent un apport de sel et l'augmentation des boissons.

Il existe un diagnostic différentiel avec l'épilepsie : lors d'épilepsie, il faut rechercher l'aura, des convulsions démarrant d'un côté pour se généraliser, et une confusion prolongée. Dans la syncope, les syndromes prodromaux sont nausées, douleur abdominale, suivis d'une chute atonique. Il peut survenir des convulsions des quatre membres, d'emblée généralisée au contraire de l'épilepsie. La récupération est rapide, mais peut s'accompagner de maux de tête.

Les palpitations, la syncope à l'effort ou en position couchée doivent conduire à rechercher une maladie cardiaque (score de Del Rosso, Heart 2008).

L'anamnèse familiale est importante, il faut rechercher s'il existe des phénomènes similaires dans la famille, ou la connaissance d'arythmie cardiaque comme le QT long. La génétique est utile lors de suspicion de QT long, QT court, tachycardie cholinergique, syndrome de Brugada, Wolff-Parkinson-White. Les bradycardies sont liées à des blocs atrioventriculaires, une maladie du sinus, surtout s'il y a des antécédents de chirurgie cardiaque.

Il faut aussi s'inquiéter si l'on découvre à l'examen clinique un choc de pointe déplacé, un B2 dédoublé.

À l'électrocardiogramme, on analyse le rythme, la fréquence, l'axe, les intervalles, la taille des QRS, le segment ST et onde T, et d'autres particularités.

Une syncope à l'effort n'est pas normale. Il est montré un exemple d'un enfant faisant de multiples extrasystoles ventriculaires à l'effort. Le diagnostic de tachycardie cholinergique à l'effort doit être évoqué, mais son diagnostic est difficile. L'analyse génétique aide.

L'électrocardiogramme et l'examen clinique peuvent montrer des signes suggestifs de problèmes cardiaques. Les signes d'alarme à rechercher sont la maladie cardiaque, les syncopes à l'effort au sommeil, les prodromes, les malaises déclenchés par l'épouvante ou le froid, les anomalies à l'électrocardiogramme, des anomalies à l'auscultation ou l'examen cardiaque.

Dans les vignettes présentées, les deuxième et quatrième étaient des situations justifiant des analyses plus poussées.

En restant attentif aux signaux d'alarme, il est possible de détecter les syncopes nécessitant des analyses plus poussées.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch