

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 23 février 2016

Hôpital cantonal de Genève

[Dis-moi pourquoi tu chutes ?](#)

Pre M. Seeck (épileptologue), Dr M. Namdar (cardiologue)

On parle de la chute inaugurale, brusque, inattendue, hors contexte d'accident, et/ou de maladie neurologique dégénérative (Parkinson) ou structurale (AVC).

On nous montre 3 vidéos : une épilepsie post-traumatique, une épilepsie généralisée et un trouble du rythme avec torsades de pointe...

Les chutes seraient la cause la plus fréquente d'admissions aux urgences aux USA, et la cause de mort la plus fréquente après 65 ans...et la cause de 90% des fractures de hanche...et c'est cher (j'arrête de recopier le nombre de milliards de \$...ça ne veut plus rien dire....c'est cher souvenez-vous en...).

Il y a les cause cardiovasculaires...syncopes réflexes, hypotensions orthostatiques, et troubles du rythme divers...

Les causes épileptiques...avec les diverses crises possibles...

Les causes psychogènes....

Et les causes plus rares comme la narcolepsie, les migraines basilaires, les causes médicamenteuses et/ou toxiques...

On nous montre encore quelques vidéos...

Un patient de 27 ans qui perd connaissance, avec mouvements tonico-cloniques, sans perte d'urine ni morsure de langue et dont l'enregistrement poligraphique montre un EEG normal, mais une bradycardie concomitante importante...



On nous parle des épilepsies dites réfractaires dont 54% ont un tilt test positif (donc une hypotension orthostatique), 34% un mauvais diagnostic et une syncope d'origine neurocardiogénique, et 21% un double diagnostic de syncope avec une épilepsie...

Le risque de récurrence dans le travail cité était de 62% dans les épilepsies, de 42% dans les syncopes et de 60% lorsqu'il y avait un double diagnostic...

32% des épilepsies dites réfractaires se retrouvaient donc avec un pacemaker !

Il faut savoir que de vraies syncopes peuvent être liées à des signes neurologiques focaux et confondues avec des AIT...et qu'un traitement hypotenseur énergétique peut aggraver la situation..

(Syncope misdiagnosed as a transient ischaemic attack—first do no harm...prof Ryan, Q.J.Med 2015).

Si j'ai bien compris une crise épileptique (surtout temporale ou insulaire) peut entraîner un trouble du rythme...

On peut trouver :

- L'asystolie ictale
- La bradycardie ictale
- Le bloc AV ictal
- Le flutter/ FA
- L'asystolie postictale
- Le bloc AV postictal
- La fibrillation ventriculaire postictale

Dans ce papier «Vasovagal syncope in the older person : differences in presentation between older and younger patients» [Duncan GW Age Ageing](#). 2010 Jul;39(4):465-70.

Plus de 1000 patients avec un tilt test positif (syncope vasovagale) ont été analysés. 2 groupes se sont distingués, l'un avec un pic entre 20 et 29 ans, et l'autre avec un pic entre 70 et 79 ans.

On remarque que les «âgés» avaient des signes prémonitoires moins fréquents que les jeunes, et signalaient aussi moins de pertes de connaissance, moins de palpitations que les jeunes...il n'y avait souvent que la chute qui était rapportée...il faut donc avoir un degré de suspicion élevé pour penser à...et identifier la syncope vasovagale, chez la personne de plus de 65 ans.

On nous montre la vidéo d'une patiente de 86 ans hospitalisée 2 fois pour AIT, avec une FA, et dont la perte de connaissance se révèle être une crise temporale bénigne...

On nous montre aussi 2 crises chez la même personne...l'une les yeux ouverts, avec mouvements tonico-cloniques d'origine somatique (je ne me souviens plus si cardiaque ou neurologique) et l'autre les yeux fermés, sans mouvements...ce qui signe la crise psychogène...(cf The semiology of tilt-induced psychogenic pseudosyncope. [Tannemaat MR, Neurology](#). 2013 Aug 20;81(8):752-8).

On découvre une fois de plus que la complexité est (presque) la règle....Pour ce qui est des investigations face à une chute inexpiquée...on essayera d'avoir une description de l'épisode par un tiers y ayant assisté, c'est précieux....ensuite le cardiologue devra, selon la fréquence des épisodes, recourir au Echo, Holter, au R-Test voire à l'implantation d'un système REVEAL sous la peau... (voir colloque du 27.1.2015 prof. H. Burri). Quand au tilt test.. ??? je ne sais pas quand il faut s'y résoudre ?

Pour ce qui est du neurologue...Doppler carotidien, EEG, labo du sommeil, neuroimagerie...etc...

Difficile de savoir quand il faudra arrêter de courir après de nouveaux examens...





Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch