

Suis-je épileptique docteur ? première perte de connaissance : le cœur ou le cerveau ?

1

Manon Thibault

M. Réal Desjardins, homme d'affaires de 56 ans, a perdu connaissance au travail. Un collègue a entendu un bruit sourd et l'a trouvé au sol. M. Desjardins, a repris connaissance dans l'ambulance. À l'hôpital, l'externe de garde le prend en charge. Perplexe, il se questionne.

1. Par où dois-je commencer ?

Dans un cas de perte de connaissance, il faut impérativement interroger les témoins. Dans un premier temps, les ambulanciers. Qu'ont-ils observé à leur arrivée et durant le transport ? Ont-ils noté des traces d'incontinence sphinctérienne ou encore la présence d'agitation, de confusion, de variation de pression artérielle ou d'arythmie. Il faut aussi interroger le collègue de travail qui pourra décrire le comportement de M. Desjardins avant et pendant sa perte de connaissance. Les réponses pourront orienter l'équipe médicale vers une cause neurologique ou cardiogénique. L'externe devra ensuite orienter ses questions sur le prodrome de la perte de connaissance.

- Le patient s'était-il plaint de céphalée ?
- Était-il confus ou anxieux ?
- Était-il grippé (syncope causée par la toux) ?
- S'était-il plaint de palpitations ou de douleurs thoraciques ?

Il devra ensuite poser des questions sur la perte de connaissance elle-même.

La D^{re} Manon Thibault, neurologue, exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec et est professeure agrégée au Département de médecine de l'Université Laval.

- Le patient a-t-il eu des mouvements convulsifs ? Si oui, d'une durée brève ou prolongée ?
- Était-il cyanosé ou pâle ?
- Quelle a été la durée de la perte de connaissance ?
- Le patient était-il raide ou atone ?

Dans l'approche d'une première perte de connaissance, le recueil des témoignages est essentiel pour distinguer une cause neurogène d'une cause syncopale¹. Le *tableau 1*¹ décrit les principales caractéristiques permettant de différencier les syncopes et les convulsions à rechercher à l'anamnèse.

Les pertes de connaissance brèves sont des motifs de consultation courants et peuvent être classées sommairement en syncopes et en crises épileptiques¹. La *figure 1* illustre la classification des pertes de connaissance brève.

Et dans le but de mieux cerner la cause de la perte de connaissance, nous vous proposons la définition et l'épidémiologie des deux entités les plus fréquentes (*encadrés 1 et 2*).

Votre externe vous appelle après trente minutes. Il est prêt à rencontrer M. Desjardins et vous demande :

2. Sur quels points de l'anamnèse et de l'examen physique dois-je insister ?

Le point de départ de l'évaluation d'une perte de connaissance est un interrogatoire minutieux.

Les pertes de connaissance brèves sont des motifs de consultation très fréquents et peuvent être classées sommairement en syncopes et en crises épileptiques.

Repère

Tableau I

Quand soupçonner une crise d'épilepsie lors de l'évaluation initiale ?

Signes et symptômes cliniques évoquant le diagnostic

	Crise d'épilepsie probable	Syncope probable
Signes lors de la perte de connaissance (selon un témoin)	<ul style="list-style-type: none">● Durée longue● Mouvements tonico-cloniques habituellement prolongés, dont l'apparition coïncide typiquement avec la perte de connaissance● Mouvements cloniques d'un hémicorps● Automatismes clairs tels que la mastication, la déglutition (lors d'une crise partielle) ou l'hypersalivation● Hypertonie● Morsure de la langue sur sa partie latérale ou morsure de la face interne des joues● Cyanose du visage	<ul style="list-style-type: none">● Durée courte● Mouvements myocloniques inconstants, toujours de courte durée (< 15 secondes) qui commencent après la perte de connaissance● Hypotonie● Pâleur
Symptômes avant l'événement	<ul style="list-style-type: none">● Aura inconstante et variée : hallucinations visuelles, auditives, olfactives, sensitives ou mnésiques (impression de déjà-vu), etc.	<ul style="list-style-type: none">● Nausées, vomissements, gêne abdominale, sensation de froid, transpiration (à médiation neurale)● Sensation de tête vide, vision trouble
Symptômes après l'événement	<ul style="list-style-type: none">● Confusion prolongée (plusieurs minutes)● Douleurs musculaires	<ul style="list-style-type: none">● Absence de confusion ou confusion de courte durée (quelques secondes)● Nausées, vomissements, pâleur (à médiation neurale)
Autres éléments cliniques de moindre valeur évocateurs d'une crise (faible spécificité)	<ul style="list-style-type: none">● Antécédents familiaux d'épilepsie● Survenue durant le sommeil● Perte des urines notée après l'événement● Céphalées après l'événement● Somnolence après l'événement	

Source : Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS). *Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes*. Le Collège : mai 2008. 35 p. Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire cet extrait. Le texte intégral peut être consulté sur le site www.has-santé.fr, onglet : Toutes nos publications.

À l'anamnèse

- Il faut couvrir les antécédents personnels et familiaux : hypertension, diabète, athérosclérose coronarienne ou vasculaire, palpitations, épilepsie, accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire, syncope, trauma crânien, infection du système nerveux central.
- Il faut impérativement réviser les habitudes de vie : tabagisme, consommation d'alcool ou autre toxicomanie (intoxication ou sevrage) et traitement médicamenteux (antihypertenseurs).
- Cette première étape complétée, l'anamnèse ciblera les antécédents de la maladie actuelle. Le *tableau II* énumère les éléments pertinents à

inclure dans l'anamnèse de la personne avec perte de connaissance¹.

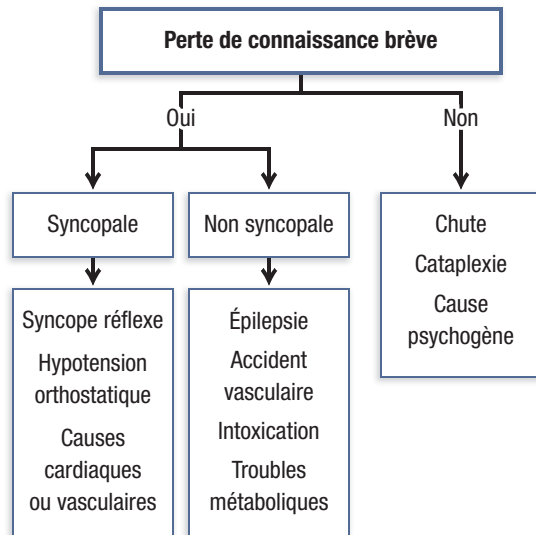
À l'examen physique

L'examen physique sera guidé par les données de l'interrogatoire et comportera la recherche d'une cause cardiogénique :

- la prise de la pression artérielle aux deux bras (vol de la sous-clavière ?) ;
- la prise de la pression artérielle couchée et debout (hypotension orthostatique ?) ;
- l'auscultation du cœur et des artères cervicales ;
- la surveillance du rythme cardiaque (recherche d'arythmie).

Figure

Classification des pertes de connaissance brèves



Source : Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Le Collège : mai 2008. 35 p. Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire cet extrait. Le texte intégral peut être consulté sur le site www.has-santé.fr, onglet : Toutes nos publications.

Dans le cas d'une convulsion probable, l'examen comprendra la recherche :

- ☉ de signes d'un accident neurologique récent ou ancien (hémiparésie, aphasie) ;
- ☉ de signes d'une infection du système nerveux (méningisme, fièvre) ;
- ☉ de signes d'hypertension intracrânienne (œdème papillaire, parésie du VI^e nerf crânien).

Votre externe a obtenu plusieurs informations importantes et vous raconte que M. Desjardins avait mentionné à quelques reprises des malaises pendant lesquels il sentait des mauvaises odeurs que les autres ne percevaient pas. De plus, il a remarqué, à l'examen physique, une morsure de la langue et des signes évidents d'incontinence urinaire. Il pense donc que la perte de connaissance était attribuable à une convulsion. Il se demande maintenant :

3. Quels examens paracliniques dois-je faire ?

L'évaluation d'une perte de connaissance se fait en fonction du degré de présomption de la cause probable (syncope ou épilepsie). Il existe tout de même

Encadré 1

Définition et épidémiologie de l'épilepsie*

- ☉ Manifestations cliniques associées à des décharges électriques excessives, hypersynchrones au niveau du cortex cérébral.
- ☉ Deuxième affection neurologique chronique, après la céphalée.
- ☉ Prévalence d'environ 6 à 8 cas pour 1000 personnes.
- ☉ Cause inconnue dans environ 70 % des cas, qui varie selon l'âge².
- ☉ Étude sur la population de Rochester (Minnesota, États-Unis) portant sur la période de 1935-1984 ayant révélé que les causes de l'épilepsie se distribuent de la façon suivante² :
 - ☉ maladie cérébrovasculaire : 13,2 % ;
 - ☉ cause développementale : 5,5 % ;
 - ☉ cause traumatique : 4,1 % ;
 - ☉ tumeur cérébrale : 3,6 % ;
 - ☉ infection : 2,6 % ;
 - ☉ cause neurodégénérative : 1,8 %.

Encadré de l'auteur.

Encadré 2

Définition et épidémiologie de la syncope*

- ☉ Perte de connaissance à début rapide, de durée généralement brève, de résolution spontanée s'accompagnant d'une perte du tonus postural avec un retour rapide à l'état de conscience normal. Elle est due à une hypoperfusion cérébrale globale et passagère.
- ☉ L'incidence et la récurrence augmentent avec l'âge, surtout après 70 ans¹.
- ☉ Les syncopes représentent 1,2 % des admissions aux urgences, 58 % des patients seront hospitalisés (surtout les plus âgés)¹.
- ☉ La cause est ultimement diagnostiquée dans 75 % des cas de syncope¹.
- ☉ Pour 57 % des patients non hospitalisés, le diagnostic est celui d'une syncope vasovagale¹.

Encadré de l'auteur.

un bilan de base applicable à la fois à la convulsion et à la syncope :

- ☉ ECG ou bande de rythme et bilan sanguin qui inclura une formule sanguine, un bilan hépatique, un bilan électrolytique (Na, K, Cl, Ca, P, Mg) et rénal ainsi qu'une mesure de la glycémie³.

Comme le résultat de ce bilan de base est normal, votre externe vous demande alors :

Tableau II

Données à rechercher à l'interrogatoire

Questions qui précisent les circonstances de la perte de connaissance

- Position (couchée, assise ou debout)
- Activité (repos, changement de position, survenue pendant ou après un effort, miction, défécation, toux, jeu d'un instrument à vent, etc.)
- Facteurs prédisposants (endroits surpeuplés ou surchauffés, station debout prolongée, crise postprandiale)
- Événement précipitant comme une peur, une douleur, une émotion, un mouvement du cou

Questions qui précisent les signes et symptômes au moment de la syncope

- Nausées, vomissements, gêne abdominale, sensation de froid, sueurs, aura, vision floue, etc.
- Palpitations, fréquence cardiaque, couleur de la peau (pâleur, cyanose, rougeur)

Questions sur la perte de connaissance

- Façon de tomber : effondrement ou chute sur les genoux
- Durée de la perte de connaissance
- Mouvements anormaux (tonico-cloniques, myocloniques)
- Comportement automatique
- Respiration
- Morsure de la langue

Questions sur le retour à la conscience

- Confusion ou non, nausées, sueurs, sensation de froid, douleur musculaire
- Couleur de la peau, blessure
- Douleur thoracique, palpitations
- Incontinence urinaire ou fécale

Questions sur le contexte

- Antécédents familiaux de mort subite, cardiopathies arythmogènes
- Antécédents de cardiopathies
- Antécédents neurologiques : épilepsie, narcolepsie, syndrome parkinsonien
- Troubles métaboliques : diabète
- Médicaments antihypertenseurs, antiangineux, antidépresseurs, antiarythmiques, diurétiques, médicaments allongeant l'intervalle QT
- En cas de syncopes récidivantes, informations sur les récurrences

Source : Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Le Collège : mai 2008. 35 p. Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire cet extrait. Le texte intégral peut être consulté sur le site www.has-santé.fr, onglet : Toutes nos publications.

4. Dans quelles circonstances dois-je demander une résonance magnétique cérébrale ? Est-ce obligatoire ?

Si l'on est certain qu'il ne s'agit pas d'un problème neurologique, il n'y a pas d'indication à faire une résonance magnétique. Si la présomption de convulsion est forte, l'IRM devient l'examen de choix s'il est accessible, car il est plus sensible que la tomodensitométrie pour la détection de certaines lésions (gliome, gliose méso-temporale, anomalies de migration)⁴. Toutefois, la tomodensitométrie demeure un examen de dépistage utile et fort acceptable dans un premier temps, à défaut d'IRM.

En somme, un examen d'imagerie cérébrale est essentiel dans l'évaluation initiale d'une première convulsion³.

Les résultats des examens d'imagerie sont aussi normaux. Votre externe vous demande maintenant :

5. Et l'électroencéphalogramme ? Doit-on toujours le demander ?

L'EEG sert à appuyer notre impression clinique et à nous aider à définir le type de crise. Un EEG normal n'exclut pas un diagnostic d'épilepsie, tout comme des anomalies minimales et non spécifiques ne confirment pas le diagnostic. Certains patients chez qui des convulsions ont été clairement établies ne montrent aucune activité épileptique entre les crises à l'EEG même après plusieurs enregistrements.

L'épilepsie demeure un diagnostic clinique, reposant sur les antécédents et l'examen physique³.

Chez l'adulte qui a probablement fait une première convulsion non provoquée, l'analyse appuyée par une étude de classe I et dix études de classe II indique que l'EEG est probablement utile. Vingt-neuf pour cent des examens révéleront des anomalies importantes qui pourront prédire le risque de récurrence³.

Votre externe vous demande alors ceci :

6. Puis-je lui faire une ponction lombaire ?

À moins d'un contexte clinique particulier (fièvre, méningisme), la ponction lombaire systématique n'est absolument pas indiquée chez l'adulte ayant fait une première crise non provoquée³.

Comme tous les résultats de tous les tests sont négatifs, un peu dépité, votre externe vous suggère :

7. Un dépistage toxicologique

Chez un adulte qui subit une première crise apparente non provoquée, le dépistage toxicologique peut être utile dans certains contextes spécifiques, mais les données sont insuffisantes pour appuyer ou réfuter cette pratique de façon systématique³.

Votre évaluation est entièrement négative. M. Desjardins est remis de sa crise et veut obtenir son congé. Il se définit comme un bourreau de travail (12 heures par jour), il dort peu, est stressé et boit cinq cafés et deux verres de vin par jour. Avant de partir, il a plusieurs questions à vous poser.

8. Pourra-t-il reprendre le travail ?

Vous n'avez pas d'objection à un retour au travail, mais il devra améliorer son hygiène de vie.

9. Peut-il conduire sa voiture ?

Comme l'évaluation est négative et qu'il s'agit d'une convulsion isolée, il n'y a pas de restriction au terme de la loi (*encadré 3*⁵). Toutefois, le médecin pourra lui recommander de ne pas conduire pendant un certain temps. Sans avoir de valeur légale, cette recommandation, découlant de la prudence élémentaire, pourra être expliquée au patient et consignée au dossier. Pour en savoir plus sur la conduite automobile, voir l'article des Drs Simon Verret et Manon Thibault intitulé : « L'épilepsie au quotidien », dans le présent numéro.

10. Est-ce que ça peut se reproduire ?

C'est une question fréquente, mais la réponse est difficile. En dépit de plusieurs controverses sur le sujet (risque de récurrence), la littérature peut nous fournir certaines réponses. À la lumière de tous les facteurs étudiés et révisés (âge, sexe, EEG, examen neurologique) et du type d'études (prospectives, rétrospectives), le risque relatif de récurrence après deux ans est de 42 %⁶.

Cependant, deux facteurs ont clairement et toujours séparé les patients en groupes à faible risque ou à risque élevé de récurrence : la cause et l'EEG.

Un EEG normal et l'absence de cause neurologique sont associés au risque de récurrence le plus faible, soit 24 %. L'inverse, c'est-à-dire un EEG anormal et une cause

Encadré 3

Extrait du Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs

52. La personne qui a eu une seule crise convulsive ou perte de conscience n'est pas visée par la présente section lorsque la cause de la crise ou de la perte de conscience demeure inconnue après une investigation par un neurologue incluant un électroencéphalogramme qui ne montre pas d'activité épileptogénique.

Source : Québec. Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs. Code de la sécurité routière. Chapitre C-24.2, r 8, à jour au 1^{er} avril 2013. Québec : Éditeur officiel du Québec. Site Internet : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_24_2%2FC24_2R8.htm (Date de consultation : mars 2013).

neurologique identifiable, est lié à un risque d'environ 65 %⁶. Également, le taux de récurrence est plus élevé en cas de crise partielle et lorsque la première crise survient chez un adulte de plus de 50 ans ou chez un enfant de moins de deux ans ayant présenté une crise motrice partielle⁶.

On peut donc, en raison de l'âge de M. Desjardins, estimer que le risque de récurrence se situe entre 24 % et 42 %⁶.

11. Avez-vous des pilules pour ça ?

La décision d'amorcer un traitement (ou de s'en abstenir) chez un patient qui a fait une première crise convulsive est fonction du patient et dépendra de la perception du risque de récurrence et aussi des risques et des avantages liés au traitement et aux conséquences potentielles des récurrences (blessures, chutes, accidents d'automobile, etc.).

12. Est-ce qu'on doit se revoir ?

Pour M. Desjardins, aucun suivi n'est nécessaire.

Cependant, en cas de récurrence ou s'il y avait eu nécessité d'un traitement immédiat (AVC ancien, lésion occupant de l'espace [ex. : tumeur cérébrale], trauma crânien, malformation artérioveineuse) ou EEG avec anomalies épileptiformes, un suivi devrait être planifié quelques semaines plus tard afin d'évaluer si le traitement est bien toléré et efficace⁵.

Un examen d'imagerie cérébrale est essentiel dans l'évaluation initiale d'une première convulsion.

Repère

DANS LE CAS DE M. DESJARDINS, en l'absence d'anomalies à l'examen neurologique, à l'IRM cérébrale, à l'EEG et au bilan sanguin, aucun traitement médicamenteux n'est recommandé. L'expectative serait donc de mise. Cependant, le patient doit être avisé qu'en cas de nouvelle crise « non provoquée », le diagnostic d'épilepsie sera alors posé et un traitement lui sera proposé. Il va sans dire que les restrictions quant à la conduite automobile s'appliqueraient automatiquement, le cas échéant. ☞

Date de réception : le 27 février 2013

Date d'acceptation : le 5 mars 2013

La D^{re} Manon Thibault n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS). *Recommandations professionnelles. Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes*. Cedex : mai 2008. 35 p. Site Internet : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/syncopes_-_recommandations.pdf (Date de consultation : février 2013).
2. Annegers JF. Epidemiology and genetics of epilepsy. *Neurol Clin* 1994 ; 12 (1) : 15-29.
3. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G et coll. Practice Parameter: Evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology* 2007 ; 69 (21) : 1996-2007.
4. Wilden JA, Cohen-Gadol AA. Evaluation of first nonfebrile seizures. *Am Fam Physician* 2012 ; 86 (4) : 334-40.
5. Québec. *Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs. Code de la sécurité routière. Chapitre C-24.2, r. 8, à jour au 1^{er} avril 2013*. Québec : Éditeur officiel du Québec. Site Internet : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_24_2%2FC24_2R8.htm (Date de consultation : mars 2013).
6. Berg AT, Shinnar S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: A quantitative review. *Neurology* 1991 ; 41 (7) : 965-72.

Autres références utiles

- Van Dijk JG, Thijs RD, Benditt DG et coll. A guide to disorders causing transient loss of consciousness: focus on syncope. *Nat Rev Neurol* 2009 ; 5 (8) : 438-48.

Summary

“Do I Have Epilepsy, Doctor?” – First Loss of Consciousness: Heart or Brain? In adults who lose consciousness, it must be determined whether the etiology is cardiogenic (syncope) or neurological (epilepsy). Obtaining a detail history on the prodrome, ictus and return to consciousness is essential in order to distinguish between these two possibilities.

Syncope often occurs in the upright position, in crowded areas, in the presence of pain or during the daytime. Loss of consciousness is brief, with associated paleness, and generally occurs without urinary incontinence or abnormal movements. Recovery fast and without confusion.

In epilepsy, the aura, if present, will help with the diagnosis. Loss of consciousness is brief but often associated with urinary incontinence, biting of the tongue, and post-ictal confusion.

The investigation includes an ECG, Holter monitoring, brain imaging, an EEG and a blood workup.

If the investigation is negative, a wait-and-see approach will be recommended, without daily living restrictions. If epilepsy is confirmed, drug treatment will be proposed with medical follow-up and a temporary restriction on driving and high-risk activities.

- Berrut G, Hommet C, Beauchet O et coll. Pertes de connaissance chez la personne âgée. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2007 ; 5 (2) : 101-20.
- Hirtz D, Berg A, Bettis D et coll. Practice parameter: Treatment of the child with a first unprovoked seizure. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2003 ; 60 (2) : 166-75.
- The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J* 2009 ; 30 (21) : 2631-71.
- Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I et coll. AHA/ ACCF Scientific Statement on the Evaluation of Syncope. *Circulation* 2006 ; 113 (2) : 316-27.

Pour en savoir plus

- Dufresne F. Syncopes : comment les évaluer sans perdre connaissance! *Le Médecin du Québec* 2012 ; 47 (12) : 27-33.

L'auteure tient à remercier la D^{re} Laila Jahjah pour son aide et ses commentaires.

Un EEG normal n'exclut pas un diagnostic d'épilepsie, tout comme des anomalies minimes et non spécifiques ne confirment pas le diagnostic.

Repère