

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE SAAD DAHLEB – BLIDA

N°



FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE

INTITULE

**PRISE EN CHARGE DU RISQUE SYNCOPAL AU
CABINET DENTAIRE**

Soutenu publiquement le : 27/08/2020

Par :

- | | |
|--------------------|--------------------|
| - HASNI Abla | - DJELLAB Oualid |
| - MOHAMMEDI Salima | - TOUAB Abdelhamid |
| - RAACH Naila | - HADJ-ALI Mohamed |

Promotrice : Dr. Arab S.

Jury composé de :

Présidente : Dr. Saadaoui N.

Examineur : Dr. Rahim O.



Remerciements

À notre Présidente de jury : Dr. SAADAOU

Vous nous faites l'honneur et le plaisir de présider ce jury. Nous avons eu le privilège de profiter de votre savoir durant nos études. Vos compétences et votre charisme dans le domaine de la médecine dentaire font déjà partis de votre réputation.

Votre présence en ce jour particulier est pour nous un honneur et aussi une joie.

Vos qualités humaines et professionnelles seront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre métier.

Pour tout cela et bien d'autres choses encore, nous vous prions d'accepter notre gratitude et notre profond respect.

À notre examinateur : Dr. RAHIM

Nous sommes très honorées de vous compter parmi les membres de ce jury.

Travailler avec vous a été un grand plaisir.

Que ce travail soit le témoignage de notre profonde reconnaissance pour le partage de votre savoir et votre disponibilité.

À notre Promotrice : Dr. ARAB S

Nous exprimons nos profonds remerciements à notre directrice de thèse, Dr ARAB S, pour l'aide compétente qu'elle nous a apporté, pour sa patience et son encouragement. Son œil critique nous a été très précieux pour structurer le travail et pour améliorer la qualité des différentes sections.

Nous voulons vraiment vous remercier car nous avons eu beaucoup de chance de vous avoir comme directrice de thèse.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribuées de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire

On offre ce modeste travail:

A nos chers parents, Mais aucune dédicace ne serait témoin de notre profond amour, notre immense gratitude et notre plus grand respect, car on ne pourra jamais oublier la tendresse et l'amour dévoué par lesquels ils nous ont toujours entourés depuis notre enfance .

A nos frères et sœurs nos enfants nos maris et nos femmes qui nous ont soutenu pour avancer et continuer notre chemin

On dédie aussi ce modeste travail: A tous nos amis, et à tous ceux que on aime à toutes les personnes qui nous ont prodigué des encouragements et se sont données la peine de nous soutenir durant cette formation.

A nos chers docteurs formateurs et formatrices, sans aucune exception.

A tous le personnel de la faculté de chirurgie dentaire et la clinique ZABANA , qui nous ont bien aidé à atteindre notre objectif.

**« UN VOYAGE DE MILLE LIEUES COMMENCE TOUJOURS PAR UN
PREMIER PAS ... »**

LAO TSEU

Sommaire

Sommaire

Introduction	01
1. Comment diagnostiquer une syncope	04
1.1. Rappels sur les syncopes	05
1.1.1. Définition	05
1.1.2. La conscience et les pertes de connaissance	05
1.2 Epidémiologie	08
1.2.1. Incidence et Prévalence des Syncopes	08
1.3. La Physiopathologie et la Nature des syncopes	10
1.3.1. Physiopathologie de la syncope.....	10
1.3.2. Nature et gravité des syncopes.....	11
1.3.2.1. Nature des syncopes.....	11
1.3.2.2. Gravités des syncopes.....	12
1.3.2.3. Conséquences des syncopes.....	12
1.3.2.3.1. Conséquences sur la santé physique	13
1.3.2.3.2. Conséquences psychologiques et la qualité de vie	13
1.3.2.3.3. Conséquences médico-économiques	13
1.4. Face à une syncope (Diagnostic)	13
1.4.1. Manifestation clinique de la syncope.....	13
1.4.2. S'agit-il vraiment d'une syncope ?	15
1.4.3. Évaluation initiale de la cause de la syncope.....	15
1.4.3.1. Anamnèse.....	16
1.4.3.2. Examen physique	16
1.4.3.3. Examen paraclinique non invasif.....	17
1.4.4. Pronostic des syncopes.....	17
2. Les causes de la syncope	20
2.1. Rappels sur les différentes classes étiologiques de la syncope selon les auteurs (la littérature)	21
2.1.1. Classifications de la syncope.....	21
2.1.2. Les causes de la syncope :.....	22
2.1.3. Causes et classification des syncopes	24
2.1.4. Les mécanismes de la syncope.....	25
2.1.5. Orientation diagnostique.....	25
2.2. Les syncopes réflexes les plus connus	27
2.2.1. Syncope vasovagale	27
2.2.1.1. symptômes :.....	27
2.2.1.2. mécanisme physiopathologique	27
2.2.1.3. Méthode diagnostique :.....	28
2.2.2. La syncope situationnelle.....	29
2.2.2.1. La syncope mictionnelle	29
2.2.2.2. la syncope de défécation	30
2.2.2.3. la syncope névralgique (glosso-pharyngienne ou trigéminée)	30
2.2.2.4. La syncope réflexe de toux ou d'éternuement	30

2.2.2.5. La syncope post-prandiale	30
2.2.3. Syncope orthostatique	31
2.3. La syncope cardiaque.....	32
2.3.1. Causes des syncopes cardiaques	32
2.3.1.1. Pathologies organiques	32
2.3.1.2. Pathologies rythmiques	32
2.3.1.3. Dysfonction de la pompe ventriculaire gauche	33
2.3.2. Classes des syncopes cardiaques	33
2.3.2.1. La syncope mécanique.....	33
2.3.2.2. La syncope rythmique.....	33
2.5. Autres causes de la syncope.....	34
2.5.1. La syncope inexpliqué.....	34
3. Les patients à risque syncopale au cabinet dentaire.....	36
3.1. Les patients qui peuvent développer un syncope au cabinet dentaire.....	36
3.1.1. La syncope et l'âge.....	36
3.1.2. La syncope et le sexe.....	37
3.1.2.1. La syncope chez la femme enceinte	37
3.1.3. La syncope et l'état de santé	38
4. La prise en charge de la syncope.....	40
4.1. Généralités et les complications de la syncope	41
4.2. Comment prévenir quelques complications de la syncope	42
4.2.1. Arrêt cardiorespiratoire.....	42
4.2.1.1. Définition	42
4.2.1.2. Diagnostic	43
4.2.1.3. Conduite à tenir	43
4.2.2. Le malaise vagal.....	47
4.2.2.1. Les symptômes	47
4.2.2.2. Conduite à tenir	48
4.2.3. Le malaise hypoglycémique.....	48
4.2.4. L'hypotension orthostatique.....	49
4.2.5. La dyspnée.....	50
5. Prévention, formations, et équipements requis.....	52
5.1. Connaissance des signes cliniques	53
5.1.1. connaissance du patient	53
5.1.1.1. Le questionnaire médical	53
5.1.1.2. Fiche de renseignements médicaux.....	54
5.1.1.3. Mentions légales	55
5.1.1.4. Le suivi du dossier médical du patient	56
5.2. Constitution de la trousse et du matériel d'urgence.....	58
5.2.1. La trousse d'urgence.....	58
5.2.2. Le matériel d'urgence.....	59
5.2.2.1. Assistance respiratoire.....	59
5.2.2.2. Tensiomètre automatique.....	61
5.2.2.3. Matériel d'administration parentérale de médicaments	62

5.2.2.4. La pharmacie d'urgence	62
5.2.3. Le chariot d'urgence	70
5.3. L'alerte	72
5.3.1. Qui appeler ?	72
5.3.2. Le message d'alerte	72
Conclusion	74
Références	75
Liste des tableaux	78
Liste des figures	79

Glossaire :

- (Pc) : perte de connaissance.
- (SAMU) : le service d'aide médicale urgente.
- (PCB) : perte de connaissance brève.
- (PAS) : pression artérielle systolique.
- (Q) : le débit cardiaque.
- (FC) : fréquence cardiaque.
- (VES) : le volume d'éjection systolique.
- (HTA) : l'hypertension artérielle.
- (Rao) : rétrécissement aortique.
- (SCA) : syndrome coronarien aigu.
- (ECG) : électrocardiogramme.
- (AIT) : Accident Ischémique Transitoire.
- (Qt) : quick time
- (SVV) : Syncope vasovagal
- (TA) : la tension artérielle
- (ESC) : la Société européenne de cardiologie
- (POTS) : un syndrome de tachycardie posturale orthostatique
- (Pa) : pression artérielle .
- (I.v) : intra veineuse .
- (ACR) :L'arrêt cardiorespiratoire .
- (DSA) : d'un défibrillateur semi-automatique.
- (VML) : un véhicule médicalisé de liaison.
- (RCP) : la Réanimation Cardio-pulmonaire.
- (mce) : massage cardiaque externe.
- (DAE) : défibrillateur automatisé externe.
- (DSA) : défibrillateur semi-automatique.
- (AHA) : American Heart Association.

(Vih) : virus de l'immunodéficience humaine.

(Ains) : anti inflammatoire non stéroïdiens.

(BAVU) : ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle.

(Sc) : sous cutané.

(Oms) :organisation mondiale de santé

(l'échelle EVA) :échelle visuelle analogique.

(IASP) : international association for the study of pain.

(CRRA) :centre de reception et de regulation des appels.

(PARM) : le Permanencier Auxiliaire de Régulation des Appels.

Introduction



Introduction

Introduction : (01_02_32)

En médecine une syncope est un symptôme défini comme une perte de connaissance (pc) soudaine et brève, spontanément résolutive, associée à une perte de tonus postural, elle fait suite à une hypoperfusion cérébrale globale transitoire. Elle est en grande majorité bénigne, mais parfois liée à un mauvais pronostic ou à des complications traumatiques.

Les syncopes représentent environ 01% des consultations aux urgences et sont un motif de consultation ambulatoire fréquent (10–1000 patients/année).

Les pics d'incidence se situent entre 10 à 30 ans puis au-delà de 65 ans.

L'urgence médicale est une vaste discipline qui est à la fois un domaine médical à part entière et le regroupement de nombreux autres composants de la médecine.

Dérivé du latin (urger) signifiant littéralement ce qui n'attend pas, l'urgence médicale est définie comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. (La rousse médicale 8^{ème} Edition).

Bien que de survenue rare dans une structure de soins dentaires (une moyenne de 2.7 cas d'une urgence médicale au cours d'une carrière a été établie) les urgences médicales représentent un groupe de situations cliniques graves et imprévues. Pouvant mettre en cause le pronostic vital du patient.

Les urgences médicales imposent au chirurgien d'être formé au diagnostic de ses situations, ainsi qu'à la réalisation des gestes de premiers secours car en tant que témoin averti de la situation d'urgence naissante le chirurgien–dentiste constitue le premier maillon de la chaîne de soins. Pouvant

Introduction

donner l'alerte, chercher le départ des unités médicales hospitalières du SAMU et limiter par ses soins l'aggravation de l'état général et le risque de séquelles.

En tout état de cause, la seule possession d'un équipement adapté aux urgences (charriot de réanimation ...) ne suffit pas à se sentir prêt face aux situations d'urgences sans une parfaite maîtrise des techniques de réanimation et des conduites à tenir le tout en coordination avec les services des urgences hospitalières.

Nous versons donc au cours de cet exposé, la syncope comme une urgence médicale pouvant se dérouler au sein d'un cabinet dentaire, et les différentes procédures mis en œuvre pour gérer ces situations.



Comment diagnostiquer une syncope

1. Comment diagnostiquer une syncope

1.1. Rappels sur les syncopes :

1.1.1. Définition : (01)

La syncope est la perte de connaissance complète et brève, liée à une diminution brutale du débit sanguin cérébrale. Elle s'accompagne d'une chute par suppression du tonus postural. Dans le cas le plus typique ; le sujet s'effondre par terre, reste quelques secondes et revient à lui d'un seul coup spontanément.

Le terme syncope signifie littéralement (suspension) de la conscience. On parle également d'évanouissement ou de défaillance.

Syncope : perte de conscience et de tonus posturale complète de durée brève, avec récupération complète spontanée, liée à une hypoperfusion cérébrale globale et transitoire (ce qui l'individualise au sein des pertes des connaissances brèves).

1.1.2. La conscience et les pertes de connaissance : (03_04_07)

La conscience n'est pas une fonction simple, mais l'association de plusieurs fonctions du système nerveux central qui permettent à l'individu d'établir avec l'extérieur des relations et donc de fournir une réponse appropriée à des stimulations variées : visuelles, auditives ou tactiles ; il s'agit donc de l'état de conscience élémentaire ou vigilance.

Les pertes de connaissances sont des situations cliniques d'une très grande fréquence dans un service d'urgence 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 vigilance isolée (sans autre plainte ou signe clinique) et pouvant entraîner une chute.

La grande majorité sont sans gravité ; et une minorité comporte un risque vital (syncope cardiaque). L'usage et la pratique font distinguer trois registres diagnostiques :

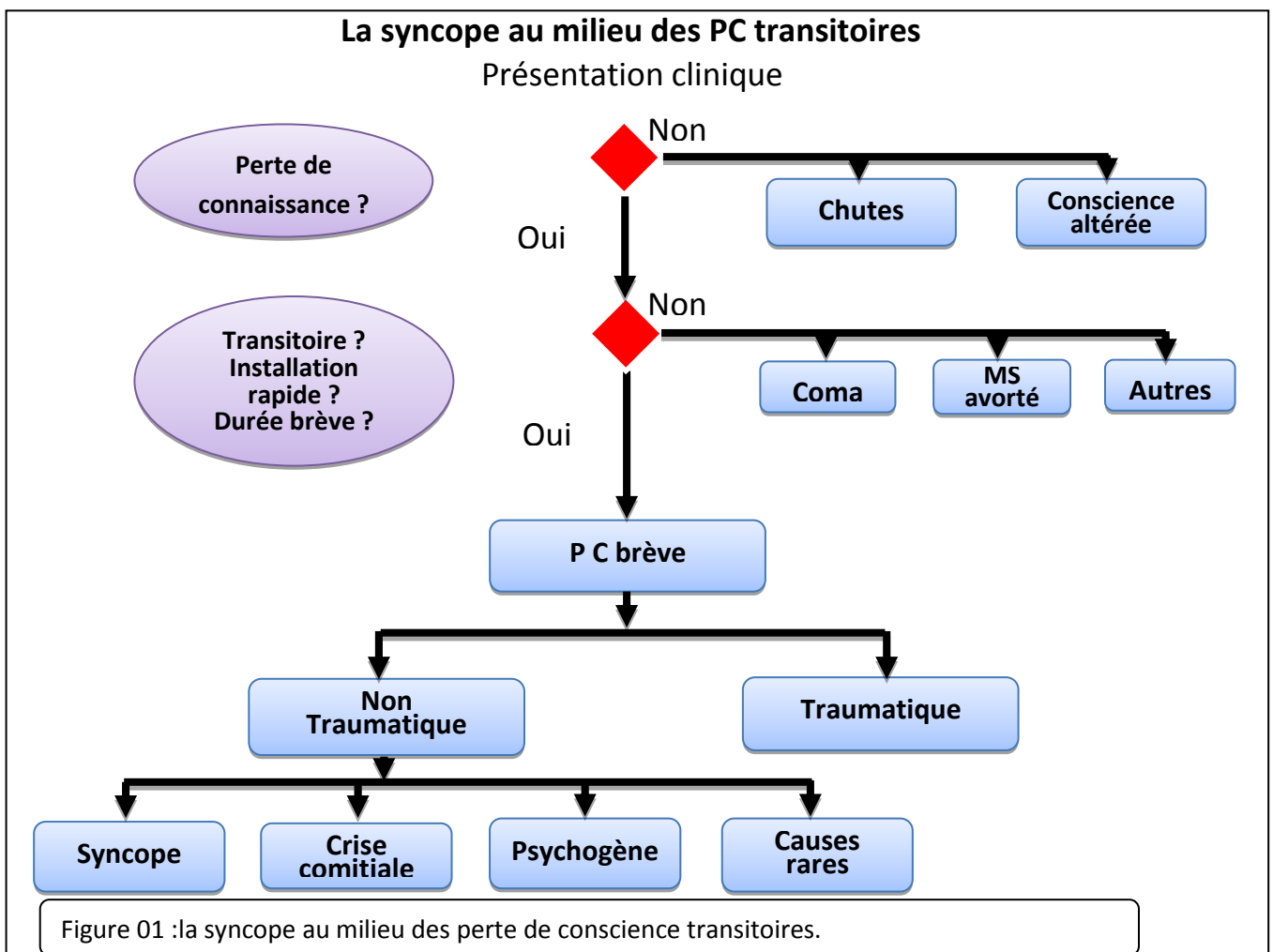
- Les syncopes et lipothymies sont des pertes de connaissance brèves (PCB) ne durant que quelques minutes ; totale (syncope) ou partielle (lipothymie) elles sont la conséquence d'une ischémie cérébrale diffuse, liée à une chute soudaine ou rapidement progressive du débit sanguin cérébral.
- Les crises d'épilepsie généralisées sont des pertes de connaissance prolongées : la durée totale de " non conscience " est de 20 à 30 minutes, parfois d'avantage incluant la perte de connaissance proprement dite et la période de confusion post-critique ; elles résultent d'une décharge neuronale paroxystique hyper-synchrone concernant l'ensemble des deux hémisphères cérébraux :
- Les crises névrotiques ou pseudo-crisis 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.

D'autres diagnostics se font, le plus souvent à distance de l'épisode aigu et repose donc quasi exclusivement sur l'interrogatoire très précis de patient et/ou d'un témoin.

En pratique courante le problème diagnostique est de distinguer syncope et crise d'épilepsie (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 perte de connaissance, à terre avant l'arrivée des secours (médecin, pompiers) en cas de syncope.

*Reprise de conscience claire (ou premier souvenir précis) dans le camion de SAMU ou aux urgences, en cas d'épilepsie généralisée.



Cette définition en apparence simple, peut en réalité cacher une difficulté diagnostique pouvant avoir des conséquences potentiellement graves car, si les syncopes sont une grande majorité bénigne, elles sont parfois liées à un

mauvais pronostic, à des complications traumatiques ou une altération de la qualité de vie.

1.2 Epidémiologie :

1.2.1. Incidence et Prévalence des Syncopes : (05_08)

Peu des données épidémiologiques européennes sont disponibles et les données publiées sont principalement issues de la littérature anglo-américaine. Si la plupart des auteurs confortés par leur expérience, s'accordent à considérer qu'il s'agit d'un symptôme fréquent, les discordances apparaissent lorsqu'il faut le chiffrer. Les syncopes sont un problème médical et un motif très fréquent de consultation et représentent environ 3 à 5% des admissions dans les services d'urgences et 1 à 6% des hospitalisations aux Etats-Unis, en Europe comme en France, dans 50 à 65% des cas il s'agit du premier épisode.

En 2000, 460000 patients ont été hospitalisés aux états unis pour syncope, ce qui représentent 1.3% des hospitalisations. Dans la seule étude épidémiologique française publiée à ce jour, les syncopes représentent 1.21% des admission aux urgences. Le taux de personnes hospitalisées s'élève à 58%, avec une prédominance pour les personnes plus âgées, Au cours de l'année 2006 en France, les syncopes ont occasionné plus de 190 000 séjours hospitaliers, 34100 d'une durée moyenne de 3.4 à 7.8 jours ainsi que 156 155 séjours de moins de deux jours.

Ce symptôme est l'un des 10 diagnostiques le plus fréquents lors d'un passage dans les services d'urgences.

La prévalence des syncopes dans la population générale est d'environ 3.5% avec une nette augmentation avec l'âge ; elle peut atteindre jusqu'à 37% chez les jeune gens et 23% chez les personnes âgées de plus de 70 ans. L'incidence cumulée des syncopes est estimée à 35% sur une vie (41% chez les femmes et 28% chez les hommes).

Dans la moitié des cas, la syncope est un évènement occasionnel. Mais environ 35% des individus auront au moins une récurrence, la plupart des personnes affectées ne consultent pas de médecin ou aux urgences.

Soteriade et Al ont étudié l'incidence des syncopes dans une population de 7814 personnes issue de l'étude Framingham dont 822 (42% homme) ont présentés des syncopes de diverses origines, les auteurs ont observé une relation linéaire positive entre l'âge et l'incidence des syncopes. Au cours d'un suivi de 17 ans, une syncope a été observée chez 3% des hommes et 3.5% des femmes. La prévalence était clairement proportionnelle à l'âge de 0.7% chez l'homme de 35 à 44 ans à 5.6% chez ceux de plus de 75 ans. L'incidence pour la survenue d'un 1^{er} épisode était de 6.2 pour 1000 personnes par année et 6% sur 10 ans (incidence cumulée).

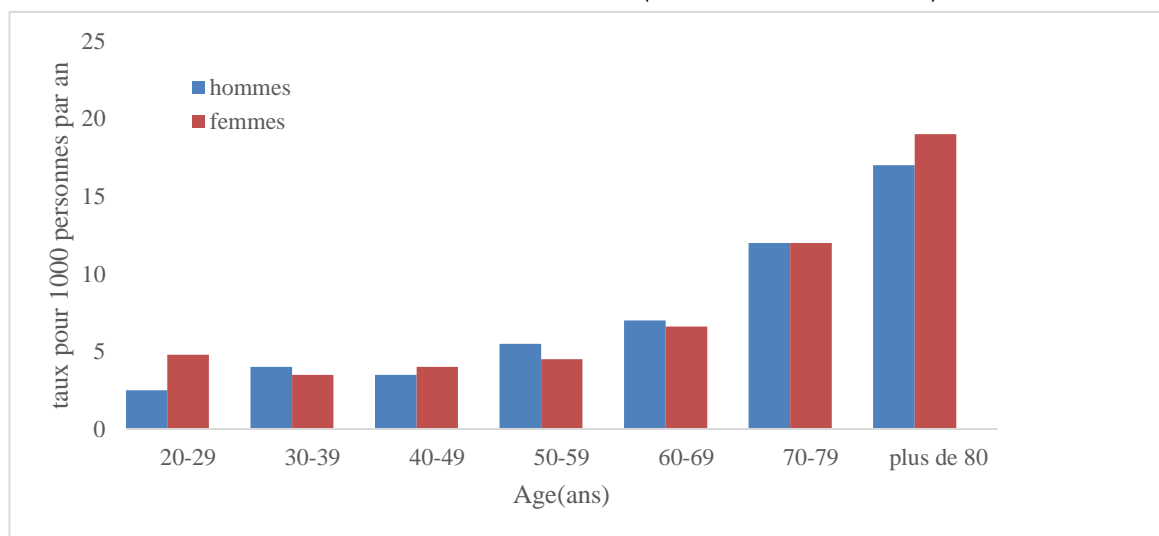


Figure 06: Incidence des syncopes pour 1000 personnes par année en fonction des groupes d'âges selon soteriade et al.

La moyenne d'âge des patients était de 66 ans et l'incidence plus élevée pour les patients hospitalisés à la suite de leur syncope étaient plus âgés (66 \pm 19 ans) que ceux qui quittaient directement le service d'urgence (43 \pm 23 ans). Cette étude a exclu les sujets jeunes et les adolescents.

1.3. La Physiopathologie et la Nature des syncopes :

1.3.1. Physiopathologie de la syncope : (04_06)

Pour fonctionner normalement et maintenir la conscience, le tissu cérébral nécessite de (3 à 5 ml d'O₂/100 g de tissu / min) représentant de 12 à 15 % de débit cardiaque de repos.

Le débit sanguin cérébral doit apporter suffisamment d'oxygène pour maintenir un état de conscience. En effet une interruption de débit sanguin cérébral de 6 à 8 secondes ou une pression artérielle systolique (PAS) inférieure à 6 mm Hg suffit à provoquer une perte de connaissance complète.

Ce débit dépend de la pression de perfusion efficace dépendante elle-même de la pression artérielle systémique, donc tout facteur diminuant soit le débit cardiaque soit les résistances vasculaires périphériques, diminue la pression artérielle systémique et cérébrale, pouvant être à l'origine de syncopes.

En ce qui concerne le débit cardiaque (Q) il est déterminé par la fréquence cardiaque (FC) multiplié par le volume d'éjection systolique (VES) selon la formule $Q = FC * VES$; Le VES dépend essentiellement de la précharge ou remplissage veineux, jouant un rôle prépondérant. La diminution de VES, donc du débit sanguin est favorisée par une diminution de la masse sanguine ou une accumulation excessive de sang dans les parties déclives du corps, si la précharge diminue, le débit diminue.

– la postcharge ou force s'oppose à l'éjection systolique ventriculaire gauche. Elle peut être augmentée au cours de l'hypertension artérielle (HTA), rétrécissement aortique (Rao). Cardiomyopathies obstructives --- si la postcharge augmente, le débit diminue.

– la contractibilité du myocarde. Elle dépend de certaines pathologies cardiaques (cardiomyopathie, infarctus du myocarde, myocardites ...) si la contractibilité diminue, le débit diminue.

1.3.2 Nature et gravité des syncopes : (03_09)

1.3.2.1. Nature des syncopes :

Les syncopes doivent être différenciées des autres pertes de connaissances transitoires dites non syncopales (cataplexie, attaques ischémiques transitoires, pseudo syncopes psychogènes, chutes déséquilibres du métabolisme, épilepsies et intoxications).

Elles sont regroupées en trois grandes catégories par ordre de prévalence décroissante : réflexes, hypotension orthostatique, cardiaque.

(Figure: 02)

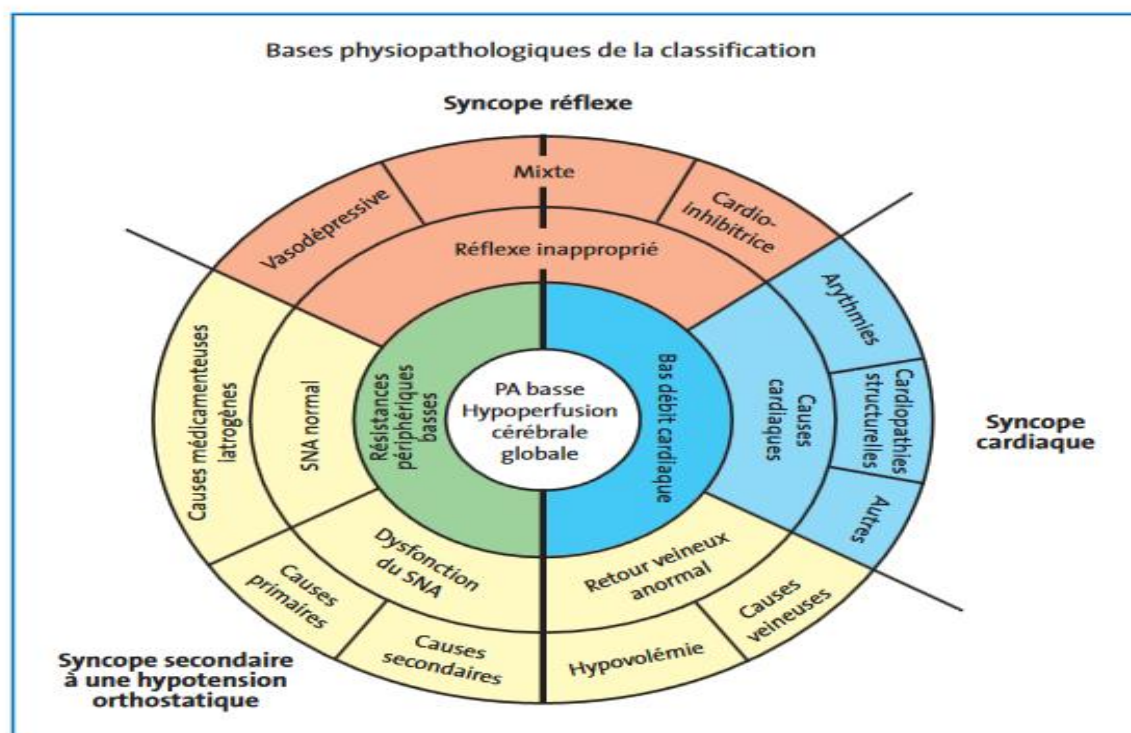


Figure.02: concept physiopathologique servant de base à la nouvelle classification des syncopes d'après les recommandations 2009 de la société européenne de cardiologie.

1.3.2.2. Gravités des syncopes :

Il ressort de la cohorte de Framingham que les patients avec syncope quelle qu'en soit la cause, ont un risque de décès 1.31 fois plus élevé que les sujets sains. Le risque d'infarctus du myocarde ou de décès par insuffisance coronarienne et d'accident vasculaire cérébrale étaient respectivement 1.27 et 1.06 fois plus élevé dans le groupe des patients avec syncope ; les patients avec syncope inexpliquées avaient un risque de décès intermédiaire d'environ 5% par an, ce groupe étant hétérogène, englobant très probablement des patients dont l'origine de la syncope est bénigne et ceux dont l'origine n'a pas été diagnostiquée. Les patients présentant des syncopes d'origine cardiaques ont un effet un risque de 2.1 fois plus élevé de décès et 2.66 fois plus élevé d'événements cardiovasculaires que la population générale, alors que ceux qui souffrent de syncopes réflexes ont un excellent pronostic.

La syncope et l'arrêt cardiaque sont deux entités différentes mais elles sont liées, car les patients avec syncope d'origine cardiaque ont une incidence élevée de mort subite (24% à 1 an), d'autre part, si elle peut être banale, la syncope n'en est pas moins très anxiogène pour le patient et la famille, et environ un tiers des épisodes entraînent des lésions traumatiques secondaires.

1.3.2.3. Conséquences des syncopes :

La syncope a des répercussions sur la santé physique, psychologique et la qualité de vie des personnes qui en sont victimes.

Les coûts financiers en termes d'absentéismes induits sont importants. Il existe un lien entre syncope, perte de productivité, détresse psychologique et diminution de qualité de vie.

1.3.2.3.1. Conséquences sur la santé physique :

D'après certains auteurs, jusqu'à 76% des sujets rapportent des limitations dans leurs activités quotidiennes.

1.3.2.3.2. Conséquences psychologiques et la qualité de vie :

De nombreux individus avec syncopes récurrentes présentent des troubles anxieux et dépressifs. Et dans une étude, jusqu'à 73% attribuent ces troubles à leurs syncopes.

1.3.2.3.3. Conséquences médico-économiques :

Les couts engendrés par problématique de la syncope sont importants, que l'outrait d'absentéisme au travail où des couts supportés par le système de santé. A titre d'exemple : les dépenses liées à l'hospitalisation des patients pour syncope ont été évaluées à 5.4 milliards de dollars pour la seul année 2000 aux états unis, et le cout des tests reliés à une syncope non diagnostiquée à 16000 dollars.

En Europe, le cout total du diagnostic au traitement y'compris les frais d'hospitalisation est évalué à 11158 euros pour un patient, avec des extrêmes variant de 1651 à 31762 euros.

1.4. Face à une syncope (Diagnostic)

1.4.1. Manifestation clinique de la syncope : (07_09_10)

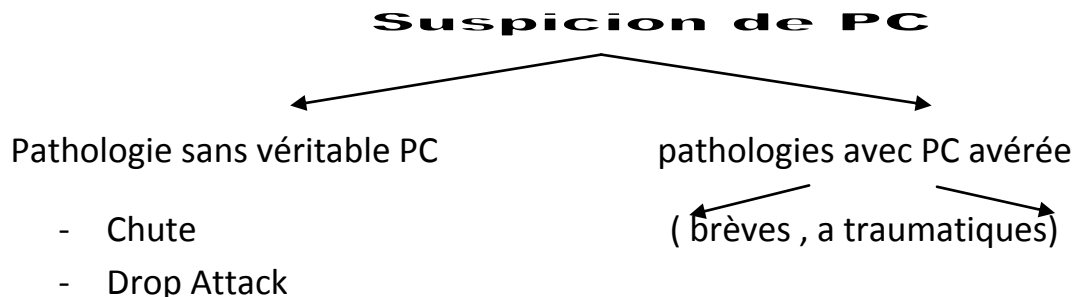
L'objectif de l'évaluation d'une syncope est établir un diagnostic étiologique lorsque c'est possible et d'identifier les éléments cliniques qui doivent orienter la prise en charge vers des investigations plus poussées.

- * la syncope est-elle le signe d'appel d'une pathologie aigue nécessitant une prise en charge spécifique ?

Plusieurs pathologies aiguës (SCA, anévrisme de l'aorte abdominale, embolie pulmonaire, grossesse extra utérine, hémorragie sous arachnoïdienne) peuvent se manifester par une syncope, elle s'accompagne généralement de symptômes (dyspnée, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, céphalées) en relation avec le diagnostic principal.

La syncope représente alors en quelque sorte (la pointe de l'iceberg d'une catastrophe imminente. Au cours de l'anamnèse, il faut donc soigneusement chercher ces signes et/ou symptômes, leur présence doit déclencher une démarche diagnostique spécifique.

1.4.2. S'agit-il vraiment d'une syncope ?



	Epilepsie probable	Syncope probable
Pendant la syncope	-Mouvements tonico-cloniques prolonges(>20 s) en même temps que la syncope -Mouvements tonico-cloniques latéralisés -Mouvement automatiques -Morsure de langue latérale Cyanose faciale	Mouvements tonico-cloniques brefs (<20s) débutant après la syncope (= syncope convulsivante)
Avant	Aura	Nausées vomissements sudations
Après	-Confusion prolongée -Douleur musculaire	-Récupération rapide -Pâleur , sensation de froid

Tableau 01 : Suspicion de PC.

1.4.3. Évaluation initiale de la cause de la syncope :

Bilan initial et stratification du risque :

Lorsqu'un diagnostic péjoratif est suspecté, c'est ce que l'on appelle la stratification du risque. Ceci sert avant tout à hiérarchiser la prise en charge en termes de délai, de structure et d'examen complémentaires à réaliser.

- Evaluation initiale :

Elle permet de trouver la cause de la syncope dans 23 à 50% des cas selon les études ou de suggérer une stratégie pour la recherche étiologique.

1.4.3.1. Anamnèse :

_ préciser les circonstances de survenue : position, activité, facteurs prédisposants, évènement précipitant.

_ Rechercher d'éventuels prodromes : nausées, vomissements, gênes abdominales, sensation de froid, sueurs, flou visuel, palpitation

_ poser des questions sur la perte de connaissance : façon de tomber, durée, mouvements anormaux, respiration, morsure de langue, coloration.

_ Questionner sur le retour à la conscience : confusion, nausées, vomissements, sueurs, sensation de froid, douleur musculaire, couleur de la peau, blessure, douleur thoracique, palpitation, incontinence urinaire ou fécale.

_ Cerner le contexte : antécédents familiaux de mort subite, antécédents de cardiopathie, antécédents neurologique, troubles métaboliques, prise médicamenteux, information sur récurrences.

1.4.3.2. Examen physique :

_ Rechercher les risques compatibles avec une affection cardiaque : écoute au stéthoscope du cœur et des troncs vasculaires à la recherche d'un souffle cardio vasculaire.

_ rechercher des signes d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance veineux, prise de la tension, de la fréquence cardiaque,

_ Pratiquer un examen neurologique.

1.4.3.3. Examen paraclinique non invasif :

Deux tests rapides au lit du malade sont préconisés lors de la consultation :

_ ECG à la recherche d'une pathologie rythmique ou ischémique. Il est rarement diagnostiqué mais permet d'identifier les anomalies faisant suspecter une syncope d'origine cardiaque. Cet ECG peut être associé à un message du sinus carotidien, celui-ci est préconisé si le patient est âgé de 40ans ou plus.

_ Test de Schellonz : recherche d'hypotension orthostatique sur 3 minutes avec suivi de la tension artérielle de la fréquence cardiaque et surveillance clinique des symptômes.

1.4.4. Pronostic des syncopes :

_ En fonction de l'étiologie :

Les maladies cardiaques structurelles et électriques sont les principaux facteurs de risque de mortalité chez les patients souffrant de syncopes, cependant le risque de décès et les événements péjoratifs semblent être liés à la gravité de la maladie sous-jacente plutôt qu'à la syncope en soi.

Elevé de décès en raison de la sévérité des comorbidités par rapport à la population générale.

Inversement, les jeunes patients ayant une syncope réflexe, chez qui une pathologie cardiaque a été exclue, ont un excellent pronostic.

Indépendamment de l'étiologie (réurrences, blessures et impact sur la qualité de vie). Environ un tiers des patients ayant présenté une syncope récidivent dans les 3 ans. Le nombre d'épisodes durant la vie est le facteur le plus important de réurrences mais d'autres facteurs interviennent tels qu'une maladie psychiatrique.

La syncope récurrente à un impact négatif sur la qualité de vie comparable à celui d'une maladie chronique tel que l'arthrite ; l'insuffisance rénale au stade terminal réduisant la stabilité, augmentant la dépression, la douleur et bien continuellement la qualité de vie.

Des incidents majeurs tels que des fractures ou accident de voiture sont rapportés dans 6% des cas, et des incidents mineurs tels que contusions ou dermabrasions dans 29% des cas.

La morbidité est particulièrement élevée chez les patients âgés, allant de la perte de confiance à l'institutionnalisation en passant par la dépression et le syndrome poste chute.

_ La stratification du risque et élément de gravité :

Lorsque la cause de la syncope reste incertaine après l'évaluation initiale, il faut évaluer le risque de mort subit d'origine cardiaque ou le risque de maladies cardiovasculaires sous-jacentes.

La stratégie décisionnelle peut être résumée dans le schéma suivant (fig.3) :

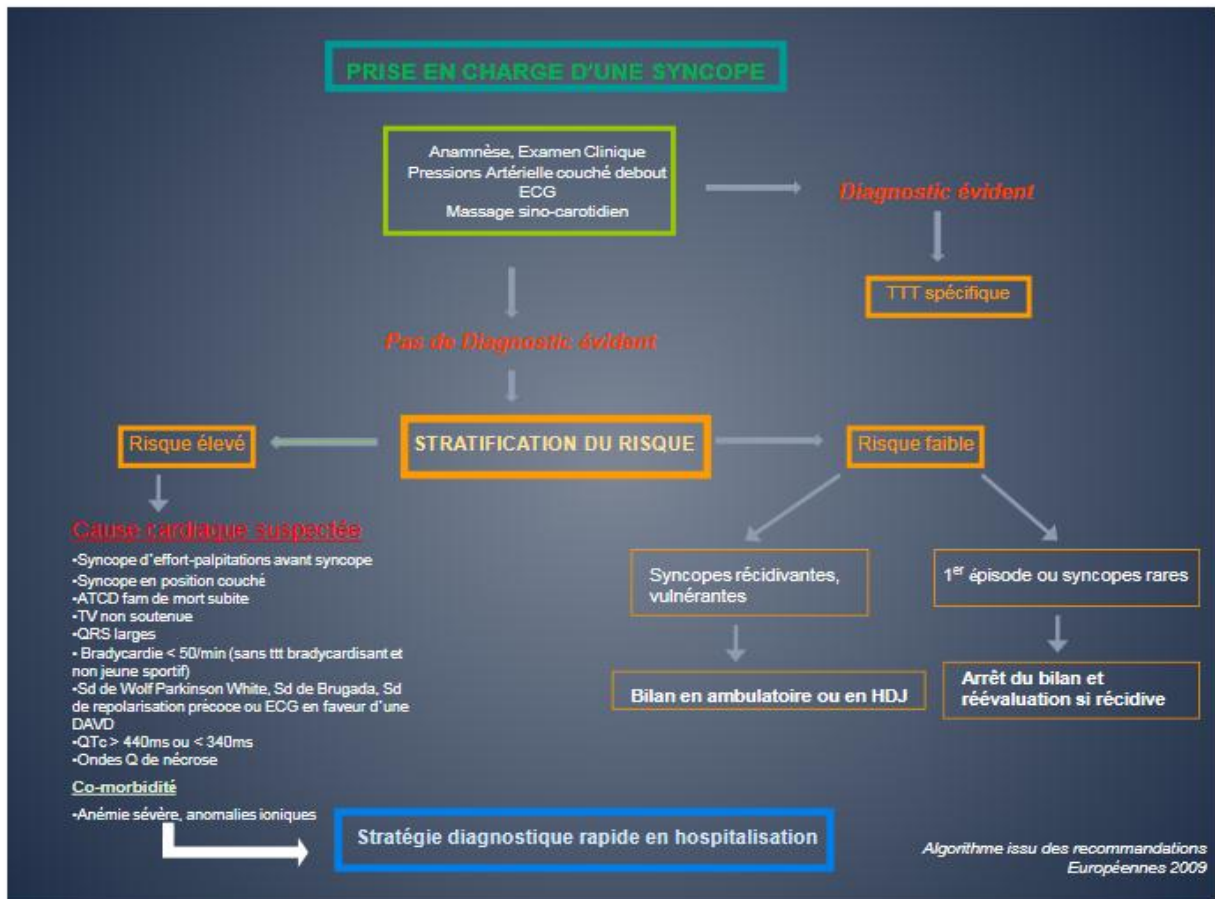


Figure 03 : organigramme représentant la stratégie décisionnelle en fonction du risque.



Les causes de la syncope

2. Les causes de la syncope

2.1. Rappels sur les différentes classes étiologiques de la syncope selon les auteurs (la littérature) :

2.1.1. Classifications de la syncope : (10)

La syncope doit être différenciée des autres états « non syncopaux » associés à des pertes de connaissance transitoires réelles ou apparentes, selon le schéma présenté dans la figure 1.

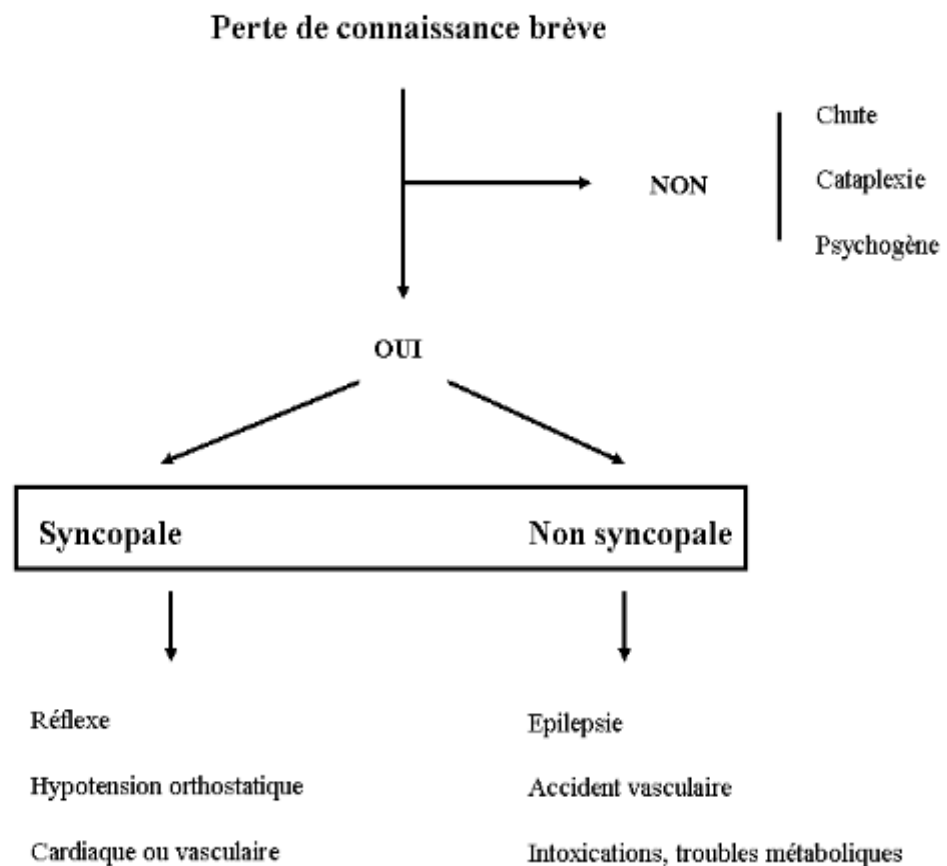


Figure 04 : Classification des pertes de connaissance brève.

2.1.2. Les causes de la syncope : (12_13_14)

A/Syncope des troubles cardiaques :

Les syncopes d'origine cardiaque sont en effet liées à un taux élevé de mortalité en raison de la mort cardiaque subite. Celles-ci représentent environ 10 % des syncopes et sont dues à différents phénomènes susceptibles de provoquer un abaissement brutal du débit cardiaque.

Les principales causes cardiaques :

- Cela peut être des troubles du rythme cardiaque, tachycardie (cœur qui bat trop vite) ou bradycardie (cœur qui bat trop lentement) ;
- Mais aussi des troubles conductifs : anomalies de conduction de l'influx électrique dans le cœur.

A évoquer aussi, les pathologies qui entraînent des difficultés pour le cœur à éjecter suffisamment de sang à chaque contraction : rétrécissement de la valve cardiaque aortique, myocardiopathies obstructives (augmentation de la rigidité de la paroi du cœur), rétrécissement aortique ou hypertension artérielle pulmonaire. Infarctus du myocarde et embolie pulmonaire peuvent être en cause aussi.

B/Syncope des causes non cardiaques :

Évoquons tout d'abord les syncopes vasculaires :

- **Les syncopes vasovagales** représentent la forme la plus fréquente de syncopes. Différentes circonstances favorisent la survenue de celles-ci : atmosphère confinée, vue du sang, station debout prolongée, émotion violente, douleur vive... Il s'agit d'une chute de la pression artérielle et d'une baisse de la fréquence cardiaque, dues à des anomalies de fonctionnement du système nerveux autonome qui contrôle normalement ces paramètres cardiovasculaires ;

- **Les syncopes vagues de situation ou syncopes réflexes**, elles, sont liées à la toux, la défécation, la déglutition ;
- **Autre cause vasculaire de syncope, l'hypotension orthostatique** : baisse de la tension artérielle lors du passage de la position couchée à debout ou consommation de certains médicaments comme les antidépresseurs. Ces syncopes sont fréquentes chez les personnes âgées.
- **Les syncopes peuvent être dues à** des problèmes neurologiques, en tout premier lieu l'épilepsie, mais aussi les convulsions, les migraines.
- **Autres causes Des raisons psychiatriques** : crise hystérique, crise de panique, dépression majeure, trouble d'anxiété généralisée, mais également des causes métaboliques : hypoglycémie (diminution de la quantité de glucose dans le sang), hypoxémie (diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang), hypocapnie (diminution de la concentration de gaz carbonique dans le sang).
- Signalons enfin que les abus d'alcool et de drogues peuvent aussi provoquer une syncope.

C/Les syncopes inexplicées :

Un bilan complet n'élucide pas toujours la cause d'une syncope. Dans 40 % des cas, les syncopes restent inexplicées. Les études sont cependant rassurantes : le pronostic de ces syncopes est bon. Il est néanmoins très important de déterminer si ces syncopes peuvent être d'origine cardiaque, étant donné le mauvais pronostic de celles-ci (risque de mort subite). En cas de suspicion clinique (électrocardiogramme anormal, présence d'une cardiopathie), des examens complémentaires ciblés seront effectués.

2.1.3. Causes et classification des syncopes : (11)**01/ Syncopes réflexes (10à40%)**

- a. Vasovagales (8 à 37%)
- b. Situationnelles (1 à 8 %) : miction, toux, éternuements, déglutition, Défécation, post prandiale, névralgiques (glosso-pharyngienne, Trigéminee)
- c. Hyper réflectivité sino-carotidienne (1 à 4 %)
- d. Divers (0 à 4 %) : Exercice, altitude, Médicaments.

02/ Hypotension orthostatique (4 à10%)**03/ Médicamenteuses (1 à10%)****04/ Neurologiques (3à32%)**

Accidents ischémiques transitoires, migraines, convulsions, vol sous-clavier.

05/ Psychiatriques (1à7%)**06/ Cardiaques****a. Causes mécaniques (1à8%)**

-obstruction à l'éjection ventriculaire gauche,

-obstruction à l'éjection ventriculaire droite,-dysfonction de la pompe ventriculaire.

b. Causes rythmiques(4à38%)

-Bradycardies – Tachycardies.

07/ Inexpliquées (13à41%)

2.1.4. Les mécanismes de la syncope : (11_10)

La syncope est habituellement la traduction clinique d'une réduction de débit sanguin cérébral secondaire à plusieurs mécanismes :

- instabilité vasomotrice et réduction brutale résistances vasculaires périphériques (syncope réflexe)
- obstruction mécanique au débit cardiaque en rapport (rétrécissement aortique)
- réduction du débit cardiaque en rapport avec une inefficacité de la pompe cardiaque (tachycardie ventriculaire)
- réduction de la perfusion cérébrale d'origine cérébrale (accident ischémique transitoire vertébro-basilaire)
- augmentation des résistances cérébro-vasculaires (hyperventilation)

2.1.5. Orientation diagnostic : (12)**Syncopes réflexes**

_Absence de cardiopathie

- Antécédents de nombreuses syncopes
- Après un facteur déclenchant soudain et inattendu (son ; odeur ; douleur ; vision)
- Station debout prolongée ou espaces confinés ; surpeuplés ; surchauffés
- Syncopes associées à des nausées ; des vomissements.
- Au cours d'un repos ou au cours de la période postprandiale
- Lors de la toux ; de la miction ; de la défécation
- Lors d'un mouvements de rotation de la tête.

- Lors d'une pression sur le sinus carotidien (tumeurs ; rasage ; collier serré).
- Après un effort.

Syncopes liées à une hypotension orthostatique

- Lors du passage du décubitus ou de la position assise à la position debout.
- Après l'introduction ou le changement de dose d'un traitement hypotenseur.
- Station debout prolongée ; notamment dans un endroit chaud.
- Chez un patient présentant une dysautonomie.

Syncopes d'origine cardiaque

- Présence d'une cardiopathie structurelle connue.
- Pendant ; juste après un effort ou en décubitus.
- Précédées par des palpitations ou un angor.
- Histoire familiale de mort subite.

Insuffisance vertébro-basilaire par vol vasculaire sous-clavier

- Lors de mouvements répétés des membres supérieurs.
- Différence de pression artérielle ou de pouls entre les deux bras.

2.2. Les syncopes réflexes les plus connus : (11_13_14)

2.2.1. Syncope vasovagale :

2.2.1.1. Symptômes :

C'est la syncope réflexe la plus habituelle survenant électivement chez les sujets jeunes ; elle est caractérisée par une chute brutale de la pression artérielle avec ou sans bradycardie associée à des signes neurovégétatifs tels que nausées ; pâleur ; sueurs troubles visuels avec mydriase. Hyperventilation ; bradycardie ; qui souvent précèdent la syncope.

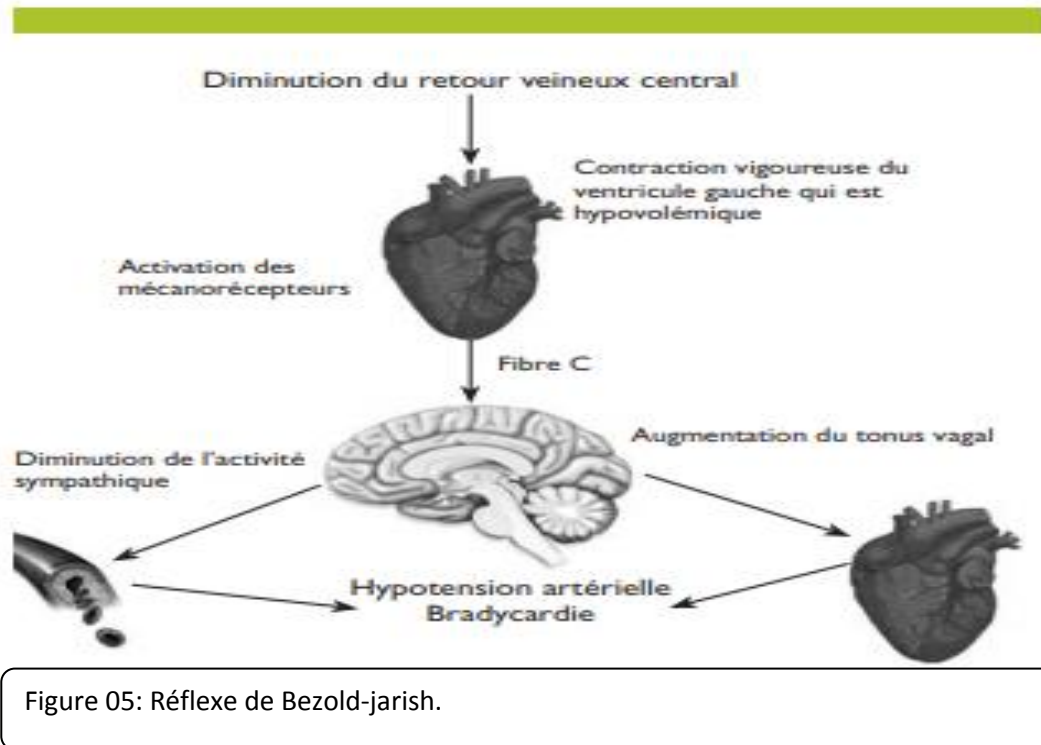
–les facteurs déclenchants : sont souvent la peur ; l'émotion ; le stress ; ou la douleur ; ou les circonstances qui augmentent le tonus sympathique comme les procédures diagnostiques douloureuses ou les soins dentaires.

2.2.1.2. Mécanisme physiopathologique : (10)

Le mécanisme à l'origine de la SVV n'est pas très clair, mais l'une des hypothèses souvent mentionnées dans la littérature est le réflexe de Bezold-Jarisch (figure 1).

Ce réflexe est composé de voies afférentes, provenant des ganglions sensoriels crâniens, relayant des informations telles qu'une hypovolémie détectée par les mécanorécepteurs du ventricule gauche, des stimuli nociceptifs ou visuels, des variations de pression artérielle décelées par les barorécepteurs du sinus carotidien, etc., qui convergent au niveau du tronc cérébral, plus précisément au niveau du noyau du tractus solitaire. Ce dernier, après avoir intégré ces informations, active paradoxalement le système neurovégétatif, ce qui a pour effet d'une part, d'augmenter le tonus vagal au niveau cardiaque conduisant à une

bradycardie et d'autre part, de diminuer le tonus sympathique, ayant pour conséquence une vasodilatation des vaisseaux périphériques. On observe alors une bradycardie ainsi qu'une chute de la tension artérielle (TA).



2.2.1.3. Méthode diagnostique :

Dans la grande majorité des cas, le diagnostic est posé sur la base de l'examen clinique. Pour mémoire, selon les guidelines actuelles de la Société européenne de cardiologie (ESC), le diagnostic de SVV peut se faire uniquement à partir de l'anamnèse (avec trigger classique tel que la vue de sang, des émotions, etc., tableau 02) et en fonction des prodromes (sudation, pâleur, nausée, etc., tableau 03).

Tableau 02 : situations pouvant conduire à une syncope vasovagale	
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs • Emotions • Deshydratation • Station debout prolongée • Postprandial , repas copieux • Post effort 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement vasodilatateur et/ou diurétique • Après long trajet en voiture • Chaleur extrême ,confinement dans des locaux surchauffés
Tableau 03 : signes vagues accompagnant la syncope vasovagale	
<ul style="list-style-type: none"> • Nausée • Vomissement • Bâillement • Sensation vertigineuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vision floue, voile noir • Sudation • Sensation de chaleur • Bouche sèche

2.2.2. La syncope situationnelle : (11_15_16)

Elle survient lors de certaines activités habituelles telle la miction ; la défécation ; la toux ; la déglutition ; une douleur aigue....

La syncope situationnelle est médiée par les réflexes neurovégétatifs qui aboutissent à une réponse vasodépressive avec bradycardie ; vasodilatation périphérique ou les deux.

Exemples :

2.2.2.1. La syncope mictionnelle :

Survient généralement chez le sujet jeune qui après s'être levé du lit le matin, présente une perte de connaissance soudaine après miction. Cela survient souvent dans un contexte d'asthénie, d'anorexie, de prise d'alcool, et chez les personnes âgées ayant de multiples pathologies médicales.

Les mécanismes seraient multiples, incluant une vasodilatation réflexe de la vidange vésicale rapide, une hypotension artérielle et une diminution du retour veineux secondaire à un Valsalva durant la miction.

2.2.2.2. la syncope de défécation :

Les mécanismes semblent similaires ; il a été décrit une association avec une pathologie cardiaque ou gastro-intestinale.

2.2.2.3. La syncope névralgique (glosso-pharyngienne ou trigéminée) :

La douleur intense provoquée peut être à l'origine d'une réponse vasodépressive avec bradycardie profonde, voire asystolie due à une stimulation du nerf vague.

2.2.2.4. La syncope réflexe de toux ou d'éternuement :

Existe généralement chez les sujets bronchopathies chroniques et souvent au décours d'un épisode de toux particulièrement violent et prolongé. Le mécanisme devrait être une augmentation de la pression intra-abdominale et intrathoracique à l'origine d'une diminution de retour veineux et de la pression de perfusion cérébrale.

2.2.2.5. La syncope post-prandiale :

Est secondaire à une dysrégulation de la pression artérielle fréquente chez les personnes âgées. L'hypotension artérielle post-prandiale est définie par une chute de la pression artérielle systolique de 20mmHg ou plus dans les deux heures qui suivent le début du repas. Bien que les caractéristiques physiopathologiques soient mal connues, ce type d'hypotension est distinct de l'hypotension artérielle orthostatique. Elle résulte d'une compensation inadéquate

du système sympathique due à une altération des fonctions baroréflexes entraînant une augmentation post-prandiale du débit cardiaque inappropriée. Bien que beaucoup de patients soient asymptomatiques, l'hypotension artérielle post-prandiale reste une cause fréquente de chute, de vertige, de syncope chez les personnes âgées.

2.2.3. Syncope orthostatique.

L'hypotension orthostatique est définie par une chute d'au moins 20mmHg de la pression artérielle systolique en position couchée ou assise. Elle serait la première cause de syncope expliquant jusqu'à 14% des syncopes dans différentes études prospectives. La prévalence augmente avec l'âge, en rapport avec l'augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle systolique, et la fréquente prise d'association de médicaments hypotenseurs. Bien que symptôme habituel, la reproductibilité de la recherche d'une hypotension artérielle orthostatique est souvent sous-estimée car insuffisamment recherché.

Les causes des hypotensions orthostatiques :

- Médicaments : Vasodilatateurs, Diurétiques, Neuro-psychotropes
- Déplétion volémique : Déshydratation, hémorragies, insuffisance surrénalienne, phéochromocytome.
- Modification du volume veineux : Grossesse, alitement prolongé, varices.
- Neurologiques : syndrome dysautonomie primitif, syndrome dysautonomie secondaire (Diabète, alcool, amylose, héréditaires ...), neurologique centrale
- Divers : hyper-bradykinésie (syndrome carcinoïde), hypomagnésémie.

2.3. La syncope cardiaque : (11_13_16)

2.3.1. Causes des syncopes cardiaques :

2.3.1.1. Pathologies organiques :

*Obstacles à l'éjection ventriculaire gauche

- Rétrécissement aortique calcifié, cardiomyopathie hypertrophique.
- thrombose valves prothétiques, sténose mitrale.
- myxome et thrombus de l'oreillette gauche (enclavement auriculo-ventriculaire)

*Obstacles à l'éjection ventriculaire droite.

- hypertension artérielle pulmonaire, embolie pulmonaire massive, sténose pulmonaire serrée.
- cardiopathies congénitales (Fallot, Eisenegger).
- myxome et thrombus de l'oreillette droite (enclavement auriculo-ventriculaire).

2.3.1.2. Pathologies rythmiques :

a. Tachycardies :

- tachycardie ventriculaires.
- torsades de pointe (syndrome de QT long congénital ou acquis).
- tachycardie supra-ventriculaire (fibrillation auriculaire, flutter, tachycardie atriale).
- Syndromes de pré-excitation (syndrome de Wolff-parkinson-white).

b. Bradycardies :

– Bloc auriculo–ventriculaire du deuxième degré type Moritz 2 et du troisième degré.

– Dysfonction sinusale (bloc sino–auriculaire, paralysie sinusale, maladie sinusale).

c. Dysfonction de pacemaker.**2.3.1.3. Dysfonction de la pompe ventriculaire gauche :**

- Infarctus du myocarde, ischémie myocardique diffuse.
- insuffisance cardiaque.
- Tamponnade, dissection aortique.

2.3.2. Classes des syncopes cardiaques :**2.3.2.1. La syncope mécanique :**

Ce sont des syncopes liées électivement à l'effort en rapport avec une absence d'augmentation voire une diminution du débit cardiaque lors de l'exercice.

2.3.2.2. La syncope rythmique :

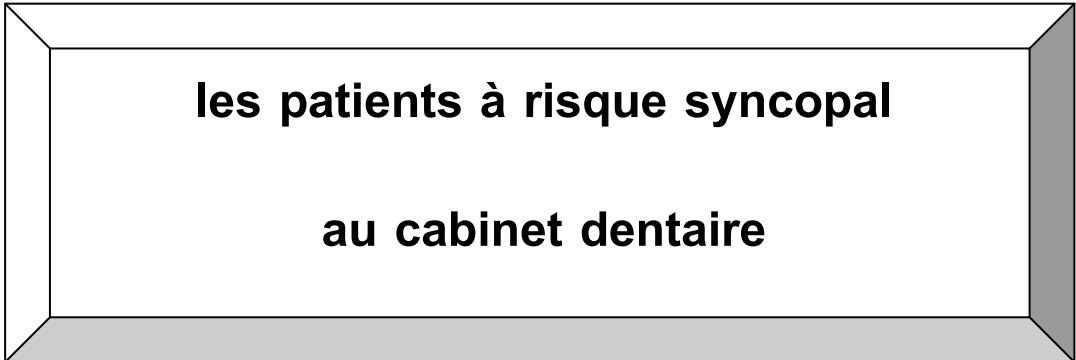
Ces syncopes rythmiques, soit secondaire à une arythmie ventriculaire, soit à un trouble conductifs, touchent généralement des patients plus âgés, ayant peu ou pas d'antécédents de syncope ,avec un épisode de perte de connaissance de durée inférieure de 5 secondes et une récupération rapide. Une étude prospective a montré que la syncope rythmique est plus habituellement due à

une tachycardie ventriculaire qu'à un bloc auriculo –ventriculaire, et que ces deux anomalies représentaient 45% de l'ensemble des causes cardiaques et 11% des causes générales de syncope.

2.5. Autres causes de la syncope.

2.5.1. La syncope inexpliquée :

Selon les différentes études ; entre 10à 50% des patients explorés n'auront pas de diagnostic porté malgré un bilan exhaustif et le risque de récurrence est faible.



**les patients à risque syncopal
au cabinet dentaire**

3. Les patients à risque syncopal au cabinet dentaire :

3.1. Les patients qui peuvent développer une syncope au cabinet dentaire :

3.1.1. La syncope et l'âge : (18_23_24)

a. Syncope de sujet âgé : Les syncopes sont plus fréquentes chez les personnes âgées que dans tout autre groupe d'âge. Les modifications physiologiques, liées à l'âge, du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la sensibilité du baroréflexe et des mécanismes régulateurs du débit sanguin cérébral, associées à la prévalence élevée des maladies chroniques et à la fréquente polymédication, expliquent la plus grande susceptibilité du sujet âgé aux syncopes. Les principales étiologies sont les syncopes d'origine cardiaque par arythmies cardiaques ou maladies cardiaques de structure, les syncopes vasculaires réflexes, l'hypotension orthostatique, l'hypersensibilité sino carotidienne (ou syndrome du sinus carotidien). Chez la personne âgée, la syncope est volontiers la résultante de plusieurs causes associées.

b. La syncope à l'âge pédiatrique : Les syncopes sont un symptôme fréquemment observé à l'âge pédiatrique et elles peuvent induire beaucoup d'incertitude et d'angoisse.

A l'âge pédiatrique, le plus souvent il s'agit de syncopes réflexes ou vasovagales. Plus rares sont les syncopes dues à une hypotension orthostatique ou à un syndrome de tachycardie posturale orthostatique (POTS). Une dysfonction du contrôle autonome de la fréquence cardiaque ou de la

pression artérielle est à la base de toutes ces formes. Des syncopes à l'origine cardiaque et potentiellement dangereuses sont rares et constituent environ 3–5% de tous les épisodes.

3.1.2. La syncope et le sexe :

3.1.2.1. La syncope chez la femme enceinte : ⁽²⁵⁾

Les syncopes survenant chez les femmes enceintes doivent-elles être considérées, comme la prééclampsie et le diabète gestationnel, comme une maladie induite par la grossesse; Alors que les évanouissements sont encore aujourd'hui considérés comme des symptômes courants mais inoffensifs de la grossesse, une nouvelle étude menée par des chercheurs canadiens et publiée dans le Journal of the American Heart Association montre au contraire qu'ils peuvent être annonciateurs de problèmes de santé pour la mère et le bébé, notamment lorsqu'ils surviennent pendant le premier trimestre.

Un risque plus élevé de prématurité Pour parvenir à cette conclusion les chercheurs des Universités d'Alberta et de Calgary ont examiné les dossiers de naissance de 481 930 bébés nés en Alberta entre 2005 et 2014, ainsi que les dossiers médicaux des mères pendant un an après l'accouchement afin de déterminer la fréquence, le moment et les résultats des épisodes d'évanouissement. 1% des femmes enceintes se sont évanouies au moins une fois, et environ un tiers d'entre elles au cours des trois premiers mois de grossesse.

Parmi ces grossesses où des syncopes sont survenues au cours du premier trimestre, l'équipe de recherche a observé divers problèmes à la naissance, notamment un taux plus élevé de prématurité, une augmentation des problèmes cardiaques et une insuffisance pondérale des nouveaux nés, en particulier lorsque leurs mères s'étaient évanouies plus d'une fois.

3.1.3. La syncope et l'état de santé : (11_17)

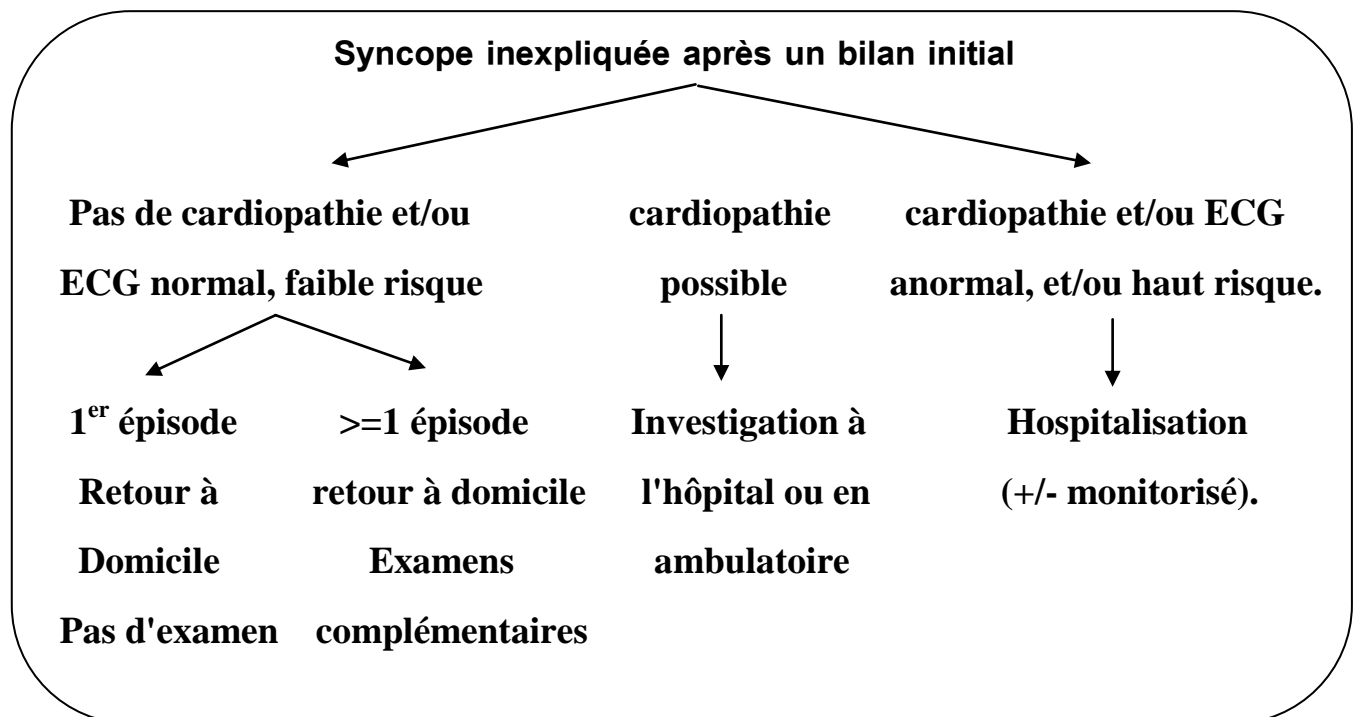
Elle touche tout type de populations (âges et sexes confondus) et peut être un signe avant-coureur de la mort subite de l'adulte (arrêt cardiaque).

Causes :

Une perte de connaissance peut être causée par différents facteurs, comme par exemple :

- Le passage trop rapide à la position debout ;
- La station debout prolongée ;
- L'épuisement ;
- Les troubles et/ou stress affectifs ;
- La chaleur excessive ;
- Une arythmie cardiaque ;
- Une maladie ou certains médicaments.

Si les études montrent que dans 50%¹ des cas, ce malaise n'est pas grave, pour les 50% restants, l'urgence est d'identifier sa cause afin de s'assurer qu'elle n'est pas la manifestation d'un problème grave, notamment cardiaque.



***Figure 05 : investigations après un premier bilan non conclusif.**



La Prise en charge de la syncope

4. La prise en charge de la syncope :

4.1. Généralités et les complications de la syncope : (27_29)

La syncope peut compromettre le pronostic vital du patient, surtout si elle se prolonge ou si sa fréquence augmente. Il faudra donc au cours du malaise écarter la possibilité d'un arrêt cardiorespiratoire, et à la reprise de conscience garder le patient allongé en surveillant les paramètres vitaux (fréquences cardiaque et respiratoire, tension artérielle et glycémie). Un avis médical est nécessaire et une prise en charge cardiologique seront vivement conseillés.

Les syncopes (pertes transitoires de connaissance) peuvent correspondre à un évènement passager, sans aucun danger, par exemple après un coup de chaleur. Les syncopes peuvent aussi être associées à une pathologie sévère, voire mortelle.



*La survenue d'une syncope est un motif fréquent de consultation (illustration).

Signes de reconnaissance :

- *Obnubilation, fatigue, asthénie, pâleur, sueurs froides.
- *hypotension artérielle : PA systolique < 80mmHg.
- *Bradycardie : 40–60/ minute.

Premiers soins :

- *interruption du soin.
- *Installation en position allongée avec les jambes surélevées (autotransfusion), air frais.

Mesures complémentaires :

- *Souvent pas de nécessité ; administration d'oxygène, mesure de la pression artérielle.
- *Mesure de la glycémie (à visée diagnostique différentielle).
- *En cas de bradycardie persistante : voie veineuse, injection d'atropine à la dose de 0.5 mg i.v.

4.2. Comment prévenir quelques complications de la syncope : (27_28_29_30)**4.2.1. Arrêt cardiorespiratoire :**

4.2.1.1. Définition : L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) correspond à l'interruption brutale de la circulation et de la ventilation aboutissant à une anoxie cellulaire, notamment au niveau cérébral. En l'absence de réanimation efficace, la mort neuronale survient en 4 à 6 minutes. L'intervention dans les plus brefs délais d'une personne qualifiée et compétente est donc nécessaire à

la survie sans séquelle irréversible du patient en détresse. Ainsi, il s'agit de la plus préoccupante des urgences vitales, même si sa survenue est décrite pour 8 cas sur 10 au domicile ou sur la voie publique.

L'origine d'un arrêt cardiorespiratoire peut être duale :

A—des causes cardiovasculaires : fibrillation ventriculaire myocardique, troubles de la conduction, état de choc...

B—des causes respiratoires : aboutissant toutes à une anoxie cellulaire en l'absence de prise en charge immédiate : obstruction des voies aériennes, diverses insuffisances respiratoires aiguës (pneumothorax, asthme aigu grave, atteinte toxique, atteinte de la commande neurologique...)

4.2.1.2. Diagnostic : Le diagnostic rapide et précis d'un ACR est primordial pour le bon déroulement de la prise en charge. Il doit être posé très rapidement et se base sur les points suivants :

- Brusque perte de connaissance
- Pâleur cutanée, cyanose des extrémités
- Arrêt respiratoire ou « gasp » agoniques trompeurs
- Disparition du pouls fémoral et carotidien
- Mise en place rapide d'une mydriase bilatérale aréactive

4.2.1.3. Conduite à tenir : L'objectif étant la restauration de la ventilation et de la circulation spontanée dans les plus brefs délais, la prise en charge d'un patient victime d'un ACR doit répondre à une organisation en chaîne de l'accès aux secours.

a –l’alerte précoce :

Un message d’alerte immédiat et précis sera envoyé au centre de régulation des secours, obtenu en composant le 15 depuis un téléphone fixe ou portable (ou le 112 depuis un téléphone portable en dehors de couverture par le réseau). Cet appel déclenche le plus souvent un départ d’un véhicule des pompiers doté d’un défibrillateur semi-automatique (DSA), d’un véhicule médicalisé de liaison (VML) du SMUR et/ou d’un médecin de proximité.

b –réanimation cardio-pulmonaire de base :

Après avoir donné l’alerte précoce, il faudra assurer une circulation du sang ainsi que l’oxygénation de celui-ci. La prise en charge sera différente si le praticien est seul ou avec du personnel avec lui au cabinet. S’il n’est pas seul, le praticien commencera le massage cardiaque dès le diagnostic d’ACR pendant qu’une assistante ou secrétaire passera l’alerte téléphonique. Par la suite, ce personnel supplémentaire aidera à la ventilation de la victime. L’apport en oxygène doit être à débit maximal.

Figure07: Logigramme de réanimation cardio-pulmonaire de base chez l’adulte:

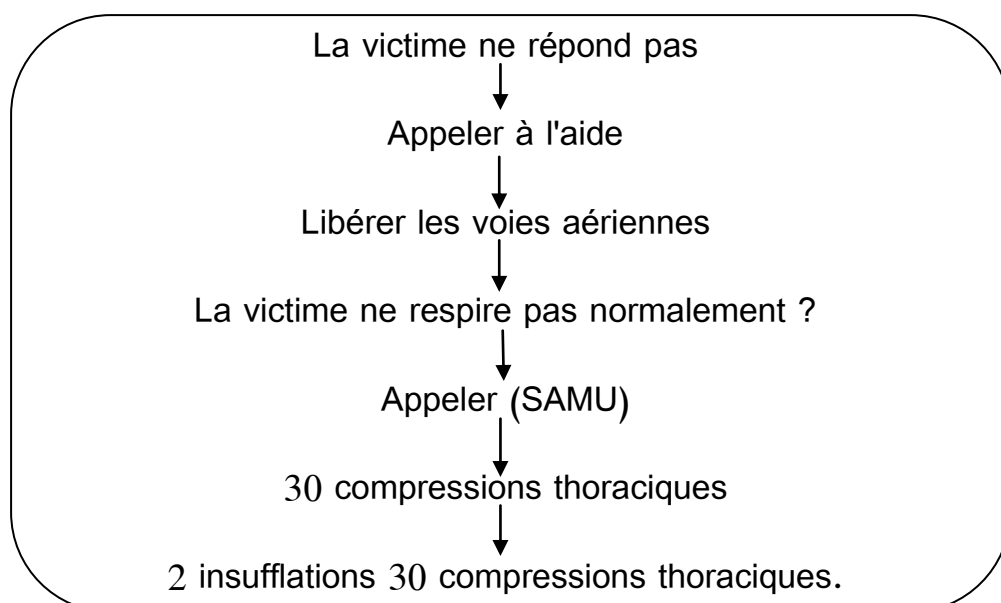
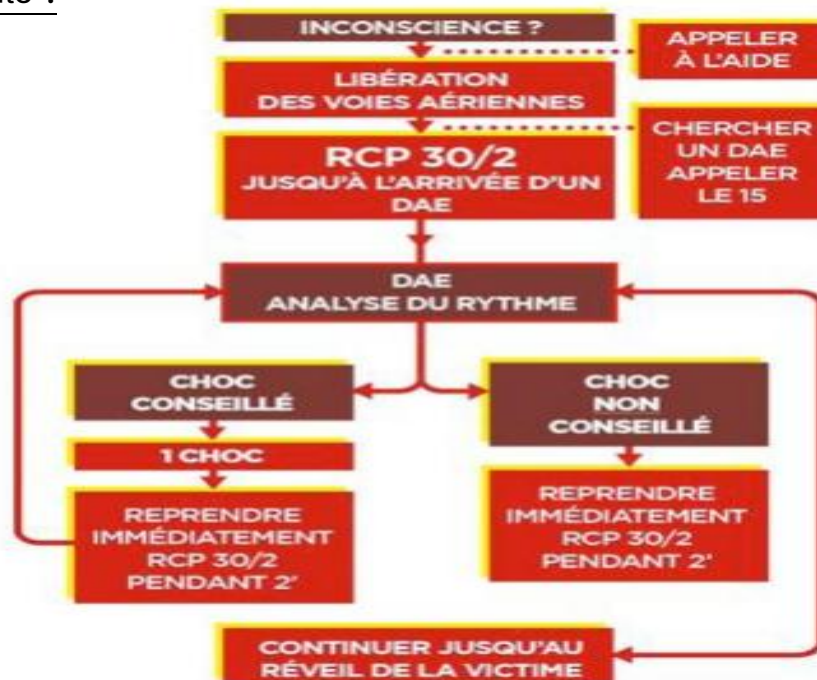


Figure08: Logigramme de réanimation cardio-pulmonaire avec DSA ou DEA chez l'adulte :



L'Européen Resuscitation Council donne des préconisations claires pour les gestes de réanimation. « Plus que jamais, la réalisation de compressions thoraciques (MCE) pendant l'arrêt cardiaque est importante et ces compressions doivent être interrompues le moins possible. La qualité de la Réanimation Cardio-pulmonaire (RCP) repose sur la qualité des compressions thoraciques : chez l'adulte, il est souhaitable que les compressions thoraciques aient une profondeur d'au moins 5 cm sans aller au-delà de 6 cm. Le rythme des compressions doit être d'au moins 100 par minute, avec un maximum de 120. Les interruptions doivent être minimisées autant que possible. Pour minimiser ces interruptions lors de la RCP :

- on ne vérifie plus la présence d'un pouls,
- après le choc électrique, on reprend les compressions thoraciques sans délai. Il est maintenant recommandé de continuer les compressions thoraciques

autant que possible lorsque le défibrillateur automatisé externe (DAE) est mis en place. Pour cela, pendant que les électrodes sont appliquées sur le thorax, si un deuxième sauveteur est disponible, il continue le massage jusqu'au dernier moment, lorsque le défibrillateur ordonne de reculer pour l'analyse. Les insufflations doivent interrompre la RCP le moins possible : les deux insufflations doivent être réalisées en 5 secondes. Le ratio entre les compressions et la ventilation reste 30:2. Si l'on ne peut pas réaliser les insufflations, il faut réaliser des compressions seules. Réaliser au moins les compressions thoraciques est préférable à ne rien faire. »

c-défibrillation externe précoce :

Elle sera effectuée à l'aide d'un défibrillateur semi-automatique, soit par le médecin du SMUR, soit par un secouriste non médecin, en général un sapeur-pompier dépêché sur place et présent avant l'arrivée de la VML.

Lors d'un trouble du rythme sinusal, les ventricules sont en situation de fibrillation, empêchant une contraction et donc une éjection efficace. Il est nécessaire d'associer à la RCP classique un choc électrique visant à rétablir une conduction électrique automatique. Le défibrillateur semi-automatique (DSA) présente deux électrodes qui seront placées de part et d'autre du cœur, en amont et en aval de celui par rapport au grand axe. Ainsi, la première palette sera placée sur la partie supérieure droite du sternum et la seconde sur le côté gauche du thorax, sous la ligne des mamelons. Une fois installé, le défibrillateur va faire une analyse du rythme sinusal, et va pouvoir régler lui-même la puissance du choc à délivrer. Un ordre vocal intimerà à l'utilisateur le moment de déclencher le choc cardiaque. L'utilisation seule d'un DSA ne suffit pas à

rétablir la circulation sanguine. La défibrillation doit être pratiquée en concomitance à une réanimation cardio-pulmonaire classique.

Les dernières recommandations de 2005 de l'AHA (American Heart Association) préconisent de débiter la prise en charge par un unique choc électrique suivi de deux minutes RCP conventionnelle. L'Européen Resuscitation Council note que le plus important est de limiter les délais où la RCP n'est pas effectuée. La rapidité d'analyse du rythme sinusal cardiaque par le DSA, de l'ordre d'une dizaine de secondes, est donc primordiale afin de réduire au maximum le risque des conséquences de l'hypoxie cérébrale.

d-réanimation cardio-pulmonaire spécialisée réalisée par le médecin :

Cette réanimation sera entreprise en cas d'échec de la défibrillation externe précoce. Elle associe la surveillance du rythme cardiaque, la prise en charge invasive ou non des voies aériennes, et la réanimation cardiocirculatoire avec mise en place d'un abord veineux en vue d'injection de médicaments vas actifs (adrénaline et d'autres substances éventuelles adaptées au cas).

4.2.2. Le malaise vagal :

4.2.2.1. Les symptômes : Le malaise peut prendre différentes formes. Le malaise vagal, forme la plus rencontrée au cabinet dentaire, survient en général dans des conditions de stress, d'atmosphère surchauffée, associée à une douleur aiguë. On retrouve fréquemment ce phénomène chez l'adulte jeune. Les prodromes sont caractéristiques et débutent par une faiblesse musculaire, associée à des troubles visuels et auditifs, une pâleur et des sueurs froides avec de possibles sensations vertigineuses. La persistance du malaise peut

entraîner une hypotonie généralisée et dans certains cas une perte de connaissance de courte durée.

4.2.2.2. Conduite à tenir : L'apparition des prodromes doit tout de suite faire penser à un malaise vagal. Outre la nécessité de stopper les soins en cours, il convient le cas échéant de prévenir la chute du patient, de le garder allongé, jambes relevées, en décubitus dorsal en attendant la disparition des symptômes. Une reprise anticipée de la position orthostatique risquerait tout simplement de voir réapparaître le malaise. Cette survenue ne doit pas inquiéter chez le sujet jeune ; il conviendra toutefois de prendre un avis médical en cas de pathologie cardiaque ou neurologique croisée chez le sujet âgé.

4.2.3. Le malaise hypoglycémique : Le malaise hypoglycémique est une sensation désagréable liée à un abaissement de la glycémie au-dessous de 2,77mmol/L ou 0,5g/L. On le retrouve fréquemment chez le patient diabétique (défaut d'apport glucosé, infection, surdosage d'insuline...) mais aussi chez le patient non diabétique après un jeûne, une insuffisance hépatique, un alcoolisme aigu. Des signes annonciateurs généraux (changement d'humeur, fatigue, faim, pâleur) peuvent être complétés par des sensations vertigineuses, céphalées, hypersialorrhées, perte de conscience progressive, troubles visuels, troubles moteurs, palpitations, tachycardie ou polypnées.

La prise en charge : sera différente en fonction de l'état de conscience du patient.

a/ Chez le patient conscient: on observera l'arrêt des soins, le patient sera allongé et il lui sera donné à boire une boisson sucrée.

b/ Chez le patient inconscient : on allongera le patient en décubitus dorsal, jambes relevées, en veillant à la libération des voies aériennes. L'administration d'hydrocarbures se fera dans un premier temps par l'injection intra veineuse d'un soluté glucosé à 50%, ou l'injection intra veineuse ou intra musculaire de 1mg de Glucagon. En cas d'échec de ces deux thérapeutiques, on pourra prévoir l'administration intra musculaire ou sous cutanée de 0,5mg d'épinéphrine à 1/10000. Dans tous les cas, le contrôle des fonctions vitales sera effectué, et le resucrage par voie orale en sucres rapides et sucres lents s'impose dès la reprise de conscience. En l'absence de rémission, l'appel des secours devra se faire sans attendre, notamment chez le sujet diabétique, dont l'évolution se dégrade vers le coma hypoglycémique avec convulsions, collapsus cardiorespiratoire et risque d'obstruction par fausse route. De plus, un coma prolongé provoque un œdème cérébral avec des séquelles neurologiques définitives.

4.2.4. L'hypotension orthostatique :

C'est un syndrome clinique caractérisé par une sensation de vertige, un rétrécissement et un obscurcissement du champ visuel, un dérobement des jambes, survenant au moment du passage de la position allongée à la position debout. Ces manifestations sont accompagnées d'une baisse de pression systolique d'au moins 20mm de mercure et de 10mm de mercure de pression diastolique. Le passage du décubitus prolongé à la position orthostatique est accompagné d'une redistribution d'un volume sanguin aux membres inférieurs compris entre 0,5 et 1L, créant ainsi une ischémie cérébrale. Ce phénomène est contre balancé par une régulation neuro hormonale et cardiovasculaire parasympathiques avec une vasoconstriction des vaisseaux des membres

inférieurs et l'augmentation de la fréquence cardiaque. Le défaut d'adaptation posturale entraîne donc un malaise de type vagal sans manifestation préalable, et directement lié au changement de position. Ces manifestations sont préférentiellement retrouvées chez le patient sous traitement hypotenseur. Il faudra être particulièrement vigilant avec ces patients et prévoir un redressement doux et progressif, voire faire patienter le patient en position assise durant quelques minutes entre le décubitus et la position orthostatique.

4.2.5. La dyspnée :

–**définition et signes cliniques :**

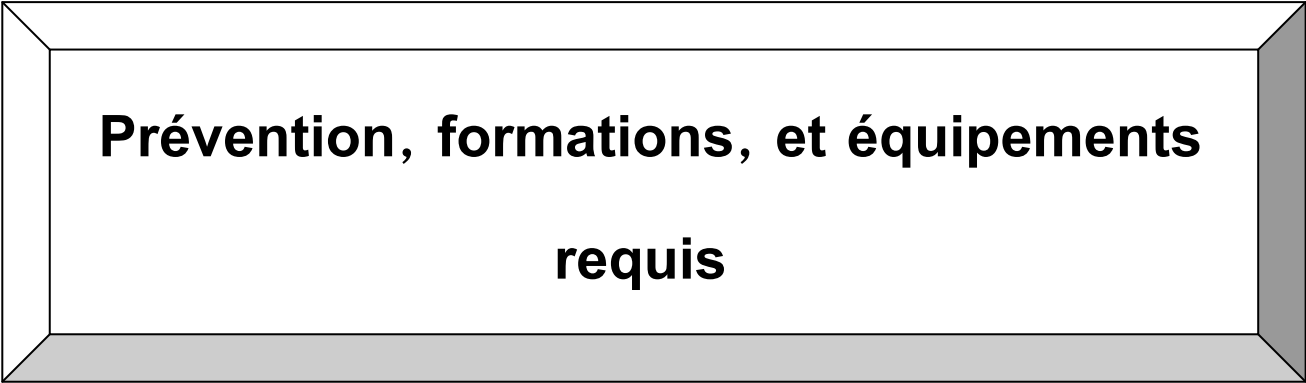
La dyspnée est décrite comme la perception consciente d'une gêne ou d'une difficulté respiratoire, caractérisée de manière variable comme une sensation de manque d'air, d'effort ou d'oppression liés à la respiration. La dyspnée est un syndrome subjectif, ressenti et relaté par le patient, mais qui saura être apprécié plus finement par le praticien lors de tests complémentaires. Car si son diagnostic repose essentiellement sur l'anamnèse et l'étude des antécédents médicaux, des tests complémentaires reproductifs (échelle de Sadoul, Walking test) permettront de cibler au mieux l'étiologie. Les conditions de survenue sont très variables :

- au repos ou à l'effort
- positions particulières (décubitus dorsal prolongé) *
- cycle respiratoire variant de la polypnée à la bradypnée, voire l'apnée
- dyspnée inspiratoire, expiratoire ou des deux temps

- tirage sur les muscles respiratoires accessoires (sterno-cléido-mastoïdiens et intercostaux), contracture des muscles abdominaux à l'expiration jusqu'à une respiration abdominale paradoxale, témoin d'un épuisement respiratoire
- cyanose et sueurs
- retentissement hémodynamique : tachycardie supérieure à 110 pulsations par minutes au repos, collapsus avec chute de la pression artérielle systolique au-dessous de 80 mm Hg
- retentissement neuropsychique : agitation ou au contraire torpeur, Astérix allant jusqu'au coma

Conduite à tenir :

La principale action sera de s'assurer de la vacuité des voies aériennes, en écartant au plus vite une obstruction par inhalation d'un corps étranger (auquel cas la manœuvre de Heimlich sera effectuée). Le patient se met de lui-même dans une position de moindre inconfort, en général une position assise ou semi assise qu'il faut respecter. La perte de conscience amènera le praticien à le positionner en position latérale de sécurité. Le message d'alerte sera passé au SAMU dont le médecin régulateur pourra, en fonction du diagnostic établi et des descriptions apportées, conseiller sur le débit d'oxygène à apporter et l'administration éventuelle de bronchodilatateurs.



**Prévention, formations, et équipements
requis**

5. Prévention, Formations, et équipements requis :

5.1. Connaissance des signes cliniques : (30_31)

5.1.1. Connaissance du patient :

5.1.1.1. Le questionnaire médical :

Le questionnaire médical est un élément clé dans la prévention des urgences médicales en ce qu'il permet au praticien de prendre connaissance d'un état pathologique du patient susceptible d'interférer avec les traitements prévus ou de créer une situation d'urgence médicale. Il peut prendre plusieurs formes.

* L'interrogatoire oral pratiqué par le praticien : il permet d'avoir un échange interactif avec le patient, en précisant les points qui le méritent. Il présente toutefois le risque d'être incomplet par l'oubli d'une question. En outre, l'absence de trace écrite est en soi un inconvénient du point de vue médico-légal.

* Le questionnaire imprimé rempli par le patient : il présente l'avantage d'être synthétique, équivalent pour chaque patient, reproductible. La signature du document par le patient atteste de sa bonne lecture par celui-ci et apporte une preuve médico-légale que l'interrogatoire a été effectué. En revanche, certaines questions peuvent connaître des réponses partielles, superficielles ou erronées par méconnaissance du patient, de la gravité de son état pathologique ou bien s'il juge une question inopportune ou sans rapport avec les soins prévus.

* Le questionnaire imprimé rempli par le praticien : il présente les mêmes avantages que le précédent avec la possibilité d'insister plus particulièrement sur certains items qui paraîtront importants pour le praticien. Il permet de réunir les avantages du questionnaire imprimé et de l'interrogatoire oral, et constitue ainsi une collecte d'informations médicales sans faille. De plus, il montre au patient l'intérêt que lui porte le praticien, permettant ainsi d'améliorer la relation de confiance. Le temps qu'il soit nécessaire de consacrer à son élaboration constitue le principal inconvénient décrit par les praticiens. Toutefois, il semble qu'en cas de litige, seule une anamnèse poussée, écrite de la main du praticien, consignée et datée du jour de chaque réévaluation, constitue un document recevable devant un expert.

5.1.1.2. Fiche de renseignements médicaux :

La fiche de renseignements médicaux recense toutes les informations nécessaires à l'identification claire du patient, ainsi que les données médicales d'ordres divers. Après l'enregistrement exhaustif des civilités du patient, on y notera le nom et l'adresse de son médecin traitant, du cardiologue, les affections connues ou suspectées, les traitements médicamenteux en vigueur, les antécédents médicaux. La consommation de médicaments en automédication sortant d'un traitement habituel doit être enregistrée : il s'agit le plus souvent d'antalgiques, d'anti-inflammatoires ou d'antibiotiques prescrits au patient ou à un proche au cours d'une affection antérieure. Ce document doit être clair, concis, réactualisé régulièrement pour informer rapidement le praticien sur les éventuels risques hémorragiques, allergiques, diabétique ou sur toute contre-indication à un geste ou une prescription.

Informations administratives :

Nom et prénom, Date de naissance, N° immatriculation sécurité sociale, Adresse, Numéro de téléphone, Profession, Date du premier examen, Médecin traitant, Médecin spécialiste.

Bilan de santé générale :

*Pathologie cardiaque, Pathologie respiratoire, Pathologie rénale, Diabète (moyen de régulation : insulino-dépendant ou Non insulino-dépendant), Interventions chirurgicales subies antérieurement, Pathologie hématologique, Traitements médicaux en cours, Autres allergies.

*Autres pathologies : –Maladies infectieuses (hépatites virales, VIH), Personne de la famille atteinte de la maladie de Creutzfeld–Jacob, Traitement contre l’ostéoporose.

*Antécédents médicaux : Allergies à certains médicaments, Réactions à une anesthésie.

*Grossesse en cours, Port de stérilet

*En cas de douleur : – Date de survenue, Intensité, circonstances de survenue, Durée, permanence, caractéristiques de la douleur, Chaleur, fièvre, Automédication des 24h dernières

5.1.1.3. Mentions légales :

Je, soussigné Atteste avoir rempli ce questionnaire de façon honnête et exhaustive, et m’engage à vous tenir au courant de tout changement de mon état de santé ainsi que d’adresse ou de numéro de téléphone. Je

reconnais être au courant que mon dossier sera conservé au cabinet dentaire où seul le chirurgien–dentiste et son personnel y auront accès.

5.1.1.4. Le suivi du dossier médical du patient :

Le dossier médical du patient doit être tenu de façon claire, régulière et rigoureuse. Sa constitution est une obligation légale. Il sera constitué d'une partie administrative et d'une partie médicale. Actuellement, la majorité des cabinets dentaires sont équipés en matériel informatique, et le dossier administratif, au moins, est enregistré par le biais du logiciel informatique utilisé. Dans le cas où le dossier médical est conservé sur support numérique, une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés doit être faite, ainsi que des sauvegardes journalières. Toutefois, le dossier médical à proprement parler doit exister de façon physique et être maintenu à jour sous cette forme aussi, afin de pouvoir retrouver les informations médicales de chaque patient, même en cas de perte de données numériques ou de panne éventuelle du système informatique. De plus, le dossier médical peut être demandé par le patient à tout moment, de manière écrite ou orale en personne

Le dossier médical doit être réalisé avant tout acte, toute prescription, même dans le cas d'une urgence dentaire, qui se limite trop souvent à une prescription ou une réalisation de soins rapide, efficace, soulageant la douleur ou la gêne mais où la prise de connaissance approfondie des antécédents médicaux est remise à une séance ultérieure, notamment pour les patients consultant pour la première fois. Bien évidemment, nul autre que le praticien et son personnel ne peut avoir accès au dossier médical du patient. Selon l'article L1111-18 du Code de Santé Publique, le dossier médical du patient doit être conservé dix ans après sa clôture (départ du patient, cessation d'activité). Pour les patients

mineurs, ce délai est augmenté du temps séparant la clôture du dossier et la majorité de l'enfant.

En cas de décès du praticien, le dossier doit être conservé selon les mêmes modalités, car en cas de litige, seul le caractère pénal est levé par le décès. Dans le cas d'une collaboration, c'est le praticien titulaire, détenteur de l'information, qui doit assurer la communication des informations à l'intéressé.

5.2. Constitution de la trousse et du matériel d'urgence.

5.2.1. La trousse d'urgence : (30_31)

Les médicaments et dispositifs médicaux destinés aux soins d'urgence doivent être stockés ensemble, dans un lieu accessible et connu de tout le personnel du cabinet (secrétaires, assistantes) qui sera à même de participer à la prise en charge d'une personne en détresse. La trousse d'urgence doit être rangée méticuleusement, remplie et vérifiée avec un système de check-list où doit figurer chaque classe de médicament avec sa date de péremption, son dosage et son utilisation. Un système de photographie de la trousse pleine pourra aider la personne chargée de son réapprovisionnement pour éviter tout manquement, doublon ou interversion des produits.

Il est important de ne posséder qu'un type de médicament par classe (un seul AINS, un seul AIS...) ; les médicaments stockés seront des molécules connues et maîtrisées par le praticien. La trousse doit être stockée dans un endroit sec, propre, à l'abri de la lumière, de préférence frais. Certaines molécules nécessiteront leur stockage dans un réfrigérateur.



5.2.2. Le matériel d'urgence : (30_31)**5.2.2.1. Assistance respiratoire :**

Les différentes situations d'urgence peuvent amener à apporter un complément d'oxygène au patient, de façon consciente ou inconsciente, et le cas échéant, face à une respiration autonome ou face à un arrêt respiratoire. Le cabinet dentaire doit donc être équipé pour répondre à ces situations. L'assistance respiratoire lors d'un arrêt cardio-respiratoire nécessite de maintenir la ventilation en même temps que la circulation qui sera maintenue par massage (voir recommandations en partie 2.1.3). Cette action sera permise par la mise en place d'un masque naso-buccal placé de façon hermétique sur les orifices aériens, et relié à un BAVU (ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle). Ainsi, en respectant une fréquence de 12 à 20 cycles par minute, on peut rétablir un apport en oxygène compatible à l'oxygénation des organes.



Figure 08 : BAVU associé à un masque naso-buccal; L'herméticité du masque est assurée par un appui manuel.

Le volume utile d'un BAVU est de 2,5L, tandis que le volume pulmonaire en inspiration non forcée avoisine 600mL : une simple pression des doigts est ainsi suffisante à la ventilation efficace. Au cours d'un malaise conscient, il est souvent nécessaire d'effectuer une oxygénothérapie, bien que la ventilation soit autonome. Il est alors nécessaire d'avoir à disposition un obus d'oxygène transportable muni d'un débitmètre et qui sera relié à un masque naso-buccal.

Rappels sur les apports en oxygène :

Pathologie	Débit d'oxygène
Arrêt cardio-respiratoire	15L /min après retour de circulation
Coma et perte de conscience	10L/min
Douleurs thoraciques non traumatiques	4 à 6L/min (8 à 6 chez les sujets jeunes)
Hyperventilation	S'assurer de la liberté des voies aériennes et contrôler l'hypercapnie
Œdème de Quincke	6 L/min
Œdème aigu du poumon	10 L/min
Crise d'asthme	6 à 10 L/min
Inhalation de corps étranger	10 à 15 L/min
Ingestion de corps étranger	S'assurer de la liberté des voies aériennes
Choc anaphylactique	10 à 15 L/min
Crise convulsive	S'assurer de la liberté des voies aériennes
Accident cardiovasculaire	3 L/min
Urgence hémorragique	S'assurer de la liberté des voies aériennes

Tableau 04: Rappels sur les apports en oxygène.

5.2.2.2. Tensiomètre automatique :

Le tensiomètre est un des instruments de contrôle des constantes vitales les plus élémentaires. Il permettra par mesure des pressions systolique et diastolique d'affiner le diagnostic face à un malaise d'un patient. Le tensiomètre manuel devra être couplé à une écoute du pouls à l'aide d'un stéthoscope placé entre le brassard de compression gonflable et le pli du coude, sur la face antérieure du biceps brachial. L'avantage apporté par un tensiomètre automatique est plural. Une fois installé, il libère un secouriste qui peut alors effectuer d'autres tâches. De plus, le manque d'habitude de la prise de tension, associé au facteur stress qui paraît inévitable, peut engendrer une erreur de mesure, d'où le besoin de reprendre la mesure, faisant perdre un temps précieux.



Figure 10: Tensiomètre automatique

5.2.2.3. Matériel d'administration parentérale de médicaments :

- " Solutions de désinfection cutanée (chlorhexidine, Bétadine scrub®).
- " Compresses 40/40 sous emballage stérile.
- " Seringues graduées de 10ml.
- " Aiguilles de différents diamètres.
- " Sérum physiologique en pipettes de 10ml.
- " Garrot.
- " Perche de suspension de poches de sérum.

5.2.2.4. La pharmacie d'urgence : La médication de l'urgence est à la fois limitée et plurielle, tant elle est spécifique de chaque situation. Un cabinet dentaire doit être à même de dispenser les premiers soins, des injections parentérales dont la non administration peut réduire considérablement les chances de survie de la victime. La structure de soins doit donc posséder une trousse à pharmacie précise de substances visant à la gestion des situations d'urgence.

a. Les catécholamines :

• **ADRENALINE** : Cette catécholamine d'origine surrénalienne, pouvant être synthétisée, est le principal médiateur chimique du système sympathique par effet α et β . Elle a donc un puissant effet cardio- et vasoactif qui en limite l'utilisation aux situations d'arrêt cardiaque et de choc anaphylactique. L'effet α est vasoconstricteur et l'effet β est vasodilatateur, ces effets étant modulés par la dose injectée. L'adrénaline est commercialisée sous la dénomination

Adrénaline Aguetant® en ampoules de solution injectable à 0,1% (1mg/1mL). Leur conservation doit se faire à l'abri de la lumière dans une température inférieure à 30°C, et ne doit pas excéder 18 mois. Des stylets d'injection d'adrénaline sont commercialisés sous l'appellation ANAPEN□ (0,15mg/0,3mL), ou ANAHELP□ (1mg/1mL). Le premier connaît une voie d'administration uniquement intra musculaire et permet dans ce dosage d'être utilisé chez l'enfant. Le second, pouvant être administré par voie sous cutanée ou intra musculaire, permet de délivrer une dose de 0,25 mg, 0,5 mg, 0,75 mg ou 1 mg en fonction du nombre d'ailettes brisées.

*En cas de choc anaphylactique, une ampoule de 1mL est complétée dans une seringue par 9mL de sérum physiologique, puis on injecte la solution par voie intra veineuse ml par ml, soit par bolus de 0,1mL d'adrénaline jusqu'à obtention d'une pression artérielle convenable. Les bolus injectés seront espacés d'une minute jusqu'à rétablissement des valeurs. Par voie sous cutanée, on préférera une injection de 0,3mg d'adrénaline. Les effets amènent normalement une amélioration de l'état dans les trois à cinq minutes suivant l'injection. Dans le cas contraire, celle-ci sera doublée. L'administration pourra se faire par voie intra musculaire par l'injection de 0,5 à 1mg d'adrénaline en veillant à injecter de façon très douce.

*Pour les enfants, l'administration sera de 0,15mg entre 2 et 6 ans, ou 0,2mg entre 6 et 12 ans, par voie sous cutanée ou intramusculaire. Au cours d'un arrêt cardiorespiratoire, l'administration d'adrénaline par bolus de 1,2 mg, voire plus, par voie intraveineuse, permet une reprise de l'activité cardiaque débutant en général par une fibrillation ventriculaire nécessitant un choc électrique externe pour faire réapparaître un rythme sinusal régulier. La

posologie enfant est de 0,01mg/kg/administration, renouvelable toutes les 3 à 5 minutes en fonction de la réponse hémodynamique.

- **AUTRES CATECHOLAMINES** : utilisées par voie IV pour la gestion des états de choc.

Noradrénaline : Elle possède des effets α et β sur le système cardiaque, avec une prédominance pour l'effet α , et entraîne une vasoconstriction périphérique avec une augmentation des pressions systolique et diastolique. S'en suit une bradycardie réflexe. La noradrénaline s'injecte par voie intra veineuse uniquement. L'injection d'une ampoule de 4mL contenant 8 mg de noradrénaline peut être renouvelée en fonction de la réponse hémodynamique. La plage des posologies s'étend de 0,1 mg à 0,3 mg/kg. Ainsi, l'administration IV d'une ampoule de 4 ml contenant 8 mg de noradrénaline permet de traiter des patients dès 25 kg.

Ephédrine : C'est une catécholamine d'origine végétale, synthétisée industriellement, ayant des effets α et β . Utilisée dans la régulation de l'activité cardio circulatoire, son action est dix fois plus longue que celle de l'adrénaline et de la noradrénaline. Le débit et la fréquence cardiaque sont augmentés, ainsi que l'excitabilité myocardique. La pression diastolique est augmentée de façon moindre que la systolique. L'administration se fait par voie intra veineuse, voire sous cutanée dans de rares cas (les effets sont alors retardés de plus d'une heure). Son action retardée et prolongée en fait plus un médicament de service hospitalier pour la régulation de l'activité cardiocirculatoire qu'un médicament de l'urgence. Les ampoules de 1mL contiennent 30mg (30%) ou 10mg (10%). L'injection de 1mL d'une solution composée d'une ampoule à 30% complétée par 9mL de sérum physiologique ou de sérum glucosé à 5% (soit 3mg

d'éphédrine) pourra être renouvelée toutes les 1 à 2 minutes en fonction de la réponse hémodynamique. L'effet de chaque injection se maintient pendant une dizaine de minutes.

*La posologie enfant est de 0,1 à 0,2 mg/kg/administration, en limitant le nombre d'injection à 6 par jour, espacées de plusieurs heures.

Néosynéphrine : Cette catécholamine de synthèse ne possède qu'un effet α , mais représente la référence dans cette gamme de substances. Elle augmente ainsi les pressions artérielle et veineuse, entraînant une bradycardie réflexe. L'effet recherché, se poursuivant sur une dizaine de minutes, en donne une bonne indication pour les lipothymies.

Les ampoules de 1 ml contiennent 5 mg de néosynéphrine. Une ampoule est complétée de 9 ml de sérum physiologique ou de sérum glucosé à 5%, et l'injection de 1mL de cette solution peut être renouvelée à l'envie, par intervalle de 2 minutes si nécessaire.

Métaraminol : Cette catécholamine de synthèse possède un fort effet α et un faible effet β . Il est utilisé dans le traitement de l'hypotension, notamment lors de complications anesthésiques. D'ailleurs, son action entraîne une augmentation des pressions artérielles et une bradycardie réflexe. Les trois voies d'injection peuvent être utilisées, même si la voie intraveineuse reste la plus efficace. Une ampoule de 1 ml contenant 10 mg de métaraminol sera complétée par 9 ml de sérum physiologique ou glucosé, et un bolus de 1 ml sera injecté (pour la voie intraveineuse), marquant son effet en trois minutes. L'effet sera permanent entre 30 et 60 minutes.

Isoprénaline : Cette catécholamine de synthèse possède une forte action β stimulante. Elle augmente la force de contraction myocardique, son excitabilité, mais plus encore la fréquence et donc le débit cardiaque. Elle entraîne une vasodilatation artérielle et veineuse qui entraîne une baisse de la pression artérielle moyenne, malgré l'augmentation du débit.

• **CONCLUSION SUR LES CATECHOLAMINES** : De toutes les catécholamines décrites, l'adrénaline semble la plus indiquée pour la gestion des urgences telles l'arrêt cardiaque ou le choc anaphylactique. L'administration d'une 98 substance par voie intra veineuse demande du matériel spécifique (plateau de désinfection cutanée, plateau d'injection stérile, pose d'un garrot), et surtout une habitude de réalisation sans laquelle une perte de temps, donc une perte de chance associée, semble inévitable. Ainsi la possibilité d'administration de l'adrénaline sous cutanée ou intra musculaire permet d'obtenir des effets rapides, sans protocole compliqué, permettant ainsi de revenir aux gestes de première urgence au plus vite.

b. CORTICOÏDES :

Entre autres actions des corticoïdes, l'action antiallergique est la seule retenue dans le cadre de l'urgence car elle entraîne une modification de la réaction inflammatoire, de la production d'histamine, avec une diminution de la concentration d'histamine, une inhibition partielle de la libération d'histamine, une diminution de la sensibilité capillaire à l'histamine, donc de l'activité vasodilatatrice de celle-ci. Si l'utilisation de corticoïdes à libération rapide est indiquée dans le traitement d'urgence des réactions allergiques graves (urticaire géant, œdème laryngé, bronchospasme), leur indication n'est actuellement plus retenue dans la gestion des principaux chocs, hormis le choc anaphylactique, où

les corticoïdes sont employés mais en complément d'autres substances (adrénaline par exemple). Pour des raisons de facilité d'absorption, notamment en cas d'œdème laryngé, la forme sous ampoule injectable sera préférée, comme par exemple des ampoules de 1 ml de 4 mg de Célestène®.

c.1 GLUCAGON :

C'est un polypeptide complexe de 29 acides aminés formant une protéine hyperglycémiant, sécrétée par le pancréas. L'administration se fait par voie parentérale (SC, IM, IV). Le passage sanguin est très rapide, et l'effet porte sur : la glycogénèse (transformation du glycogène en glucose) et la lipolyse (transformation des lipides et triglycérides hépatique). Au niveau cardiaque, on note une action double : chronotrope positive (il augmente la fréquence cardiaque) et inotrope (il augmente la force de contraction du myocarde). Sa présentation se fait sous forme de flacon de poudre lyophilisée de 1mg, devant être conservée à 4°C. L'indication majeure se fait dans le cas de l'accident hypoglycémique sévère, en particulier chez le sujet diabétique. Sa facilité d'utilisation en fait une substance accessible, particulièrement en rapport au soluté glucosé décrit ci-après, mais ses effets sont parfois inconstants. De plus, le glucagon doit être strictement conservé au réfrigérateur, à l'abri de la lumière.

c.2 SOLUTE GLUCOSE : Lors d'un accident hypoglycémique, la valeur de la glycémie normalement comprise entre 0,7 et 1,1g/L peut chuter fortement et causer un malaise. Il est nécessaire alors de la faire remonter à une valeur normale pour faire disparaître les signes cliniques associés. Le soluté glucosé à 30% se présente sous forme d'ampoules de 10 ml (3g de glucose) ou 20 ml (6g de glucose). Son administration parentérale se fait exclusivement par voie

intra-veineux, afin d'assurer une concentration plasmatique de glucose suffisante rapidement par passage direct dans le sang.

Chez le diabétique, il représente le médicament de l'urgence de priorité devant tout type de malaise, l'hyperglycémie médicamenteuse transitoire ne présentant aucun risque. Son injection IV stricte est liée au risque de nécrose cutanée par une voie autre. Il nécessite donc un entraînement certain à l'injection intra vasculaire. Pour un praticien mal à l'aise face à cette injection, l'administration de glucagon IM pourra représenter une bonne alternative.

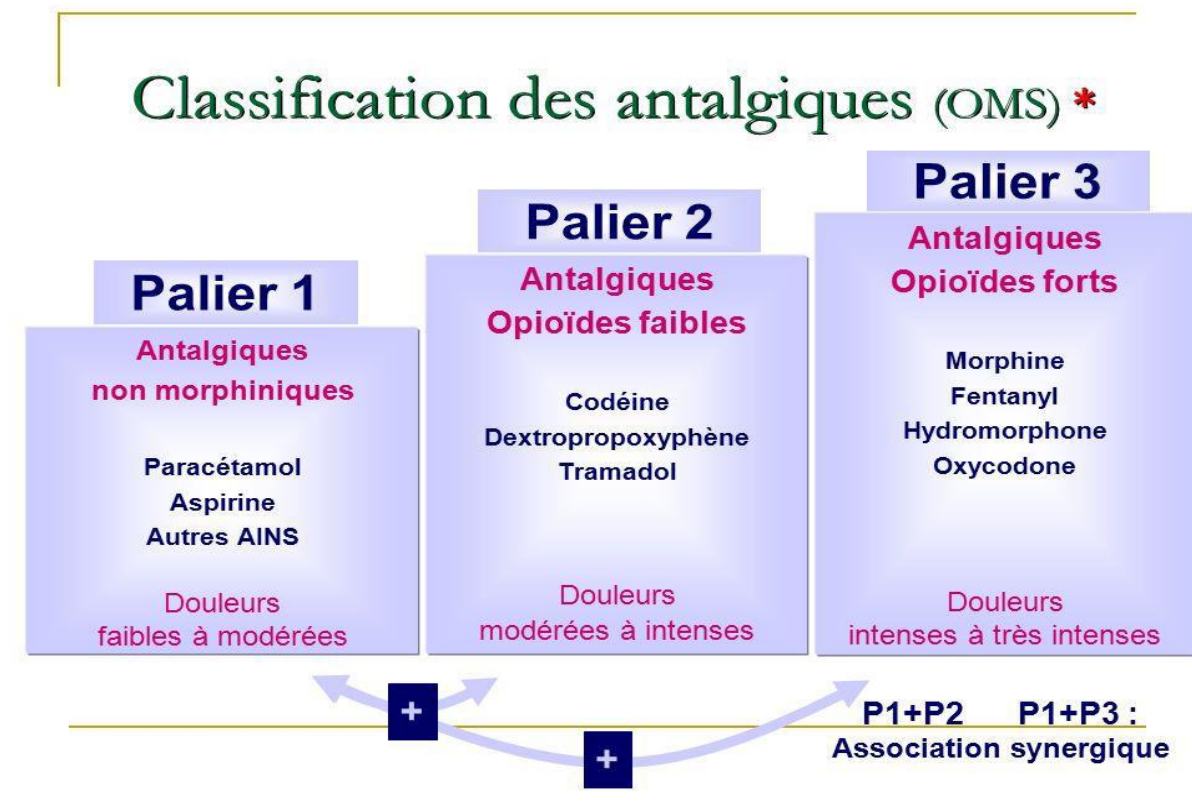
d. SALBUTAMOL : La salbutamol fait partie de la famille des β_2 adrénergiques, utilisés en spray pour lutter contre la constriction des bronches lors de la crise d'asthme. L'inhalation de deux bouffées permet de retrouver une respiration normale, sans sifflement ni effort inspiratoire.

e. ANTALGIQUES : Les antalgiques ne sont pas à proprement parler une famille de médicaments appartenant à la gestion de l'urgence médicale. Ils ont toutefois leur importance au cours de la phase de stabilisation du patient, à la suite d'une crise ou d'un accident, pendant l'attente des secours. Ils ont pour but de diminuer la douleur donc le stress du patient par action directe sur le système nerveux, mais permettent aussi de rassurer le patient qui se sent pris en charge, et peut espérer une amélioration rapide de son état. Les antalgiques sont classés en trois paliers par l'OMS, selon le niveau de douleur auquel ils s'adressent.

La séparation des trois paliers est basée sur l'échelle EVA (échelle visuelle analogique) :

- palier 1 : douleur légère à modérée (EVA)
- palier 2 : douleur modérée à sévère, échec des produits de palier 1 (EVA 30 à 70)
- palier 3 : douleur intense, échec des produits de palier 2 (EVA 50 à 100))

***La douleur**₍₃₄₎ est une manifestation totalement subjective, et sa définition est de ce fait difficile, L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) a proposé en 1979 la définition suivante : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion ».



f. OXYGENE : L'oxygène médical est dispensé dans tous les cas où l'approvisionnement des cellules en oxygène est perturbé, que ce soit d'origine ventilatoire ou circulatoire. L'apport en oxygène peut se faire par sonde nasale, ou plus couramment en situation d'urgence par un masque ou une sonde orotrachéale, pouvant permettre la ventilation artificielle le cas échéant. L'oxygène médical se présente sous forme d'obus de 2 à 20L, contenant de l'oxygène comprimé entre 150 et 250 bars, et détendu à 3 bars. Le débit peut être réglé entre 0 et 15 L/min, le plus habituellement délivré au débit de 8 à 10 L/min.

5.2.3. Le chariot d'urgence ^{:(32)} Le chariot d'urgence regroupe tous les instruments et matériels nécessaires à la bonne prise en charge technique de toute situation critique se présentant. Il permet de maintenir ou retrouver les constantes vitales en attendant l'arrivée des secours. Le chariot d'urgence se devra d'être un meuble robuste, stable, facilement déplaçable, avec une organisation logique et connue de tous. De même, son emplacement sera invariable, connu de tous, et permettant un accès permanent et instantané. Le contenu du chariot sera régulièrement vérifié pour s'assurer de son exhaustivité ainsi que de la validité des dates de péremption de son contenu. Il est préférable d'avoir un nombre modéré de tiroirs afin d'éviter toute perte de temps dans l'ouverture intempestive de tiroirs. Un chariot à 6 ou 7 tiroirs permettra de stocker tout le matériel nécessaire, et pourra être mémorisé facilement par les assistantes et secrétaires. La survenue d'une urgence médicale nécessitant l'emploi du chariot d'urgence reste un événement heureusement rare. Ainsi, nul besoin de posséder une panoplie de chaque matériel dans le chariot. Ceci permettra à la fois de libérer de la place (et donc

l'accès visuel à chaque composant) et d'éviter de jeter des fournitures périmées. Ci-après, un exemple d'une liste non exhaustive de matériel pouvant équiper le charriot d'urgence :

- Défibrillateur semi-automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel.
- Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi.
- Médicaments : adrénaline injectable, atropine injectable sous cutanée, lidocaïne, soluté glucosé à 30 %, benzodiazépine injectable, bêta2-adrénergiques (spray et solution pour aérosol, ventoline®), corticoïdes (orodispersible ou spray), solutés de perfusion conditionnés en poche souple (NaCl à 0,9 %, colloïdes de synthèse).
- Matériel de ventilation : canules de Guedel n° 2 et 3, masques faciaux n° 3 à 6, ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle et filtre antibactérien, masques pour aérosol, sondes à oxygène, tuyaux de connexion, masques à haute concentration.
- Matériel pour accès veineux et injections : seringues de 5 et de 10 ml, jeu d'aiguilles, cathéters courts 14-16-18-20-22 G, perfuseurs avec robinets à 3 voies, compresses stériles, solution antiseptique, garrot, champs adhésifs transparents, adhésif de fixation, gants non stériles, container à aiguilles, lunettes de protection, solution hydroalcoolique.
- Plan dur pour massage cardiaque.

5.3. L'alerte : (30)

5.3.1. Qui appeler ? :

Le message d'alerte ne doit être passé qu'en appelant le SAMU.

5.3.2. Le message d'alerte :

Le stress véhiculé par une situation d'urgence fait facilement perdre les capacités d'analyse de la situation et fait perdre ses moyens d'action même à un personnel formé. Or les premières minutes sont cruciales lors d'une urgence vitale. Il faut donc réagir de la façon la plus efficace et rapide possible. Pour ce faire, il convient de prévoir une séquence d'action clairement explicitée sur des tableaux prévus à cet effet, ainsi que de prévoir un appel typé où sont référencés tous les renseignements à communiquer aux médecins du CRRA. Un personnel pourra être désigné d'office comme celui prenant l'initiative de l'appel, par exemple la secrétaire, qui ne perdra pas de temps à relire la check-list d'appel qu'elle aura déjà compulsé scrupuleusement. Nous pouvons proposer une check-list type des informations à communiquer.

" Adresse et numéro de téléphone du cabinet

" Nom du patient,

" Age, Type de malaise,

" Etat de conscience,

" Circulation, ventilation,

" Antécédents médicaux caractéristiques (cardiaque, diabète, épilepsie)

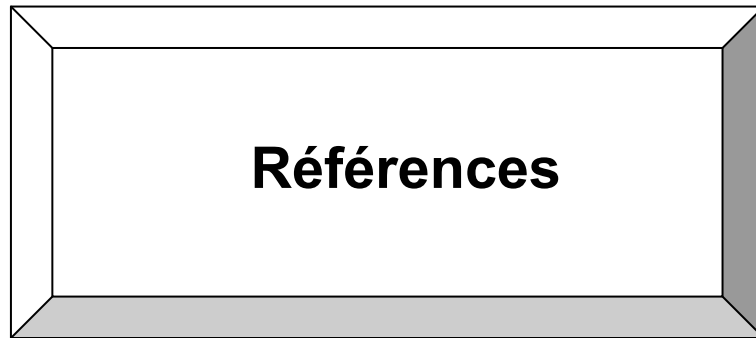
" Moyen de prise en charge de premiers gestes à disposition

Tous ces renseignements seront collectés par le Permanencier Auxiliaire de Régulation des Appels (PARM), puis le médecin régulateur du SAMU. Ces informations ayant une valeur médico-légale, elles sont impossibles à effacer du dossier informatique créé à la régulation du SAMU. C'est pourquoi toutes ces questions sont de toute façon posées par le PARM ou le médecin régulateur. Le fait d'avoir une check-list pré établie, à portée de vue de la personne passant l'appel, permet de préparer ces renseignements et de gagner un temps précieux car chaque seconde revêt une importance capitale.

Conclusion :

En conclusion de ce travail, nous voyons que si les situations des syncopes sont rares dans une structure de soins, la moindre mise à l'épreuve peut se révéler fatale si les secouristes ne sont pas formés et / ou équipés en conséquence. La connaissance des pathologies, l'évolution des équipements de prise en charge, l'organisation actuelle des services hospitaliers de médecine d'urgence, ainsi que les organismes de formation des gestes de premiers secours font que le praticien libéral a désormais toutes les armes à sa disposition pour lutter efficacement contre un tel accident le cas échéant. Il est à noter qu'au vu de l'efficacité et de la rapidité d'intervention des services du SAMU, une victime a toutes les chances de rémission à long terme en cas d'urgence médicale, si le message d'alerte est passé clairement et dans le temps le plus réduit, et si les gestes de premiers secours visant à maintenir les constantes vitales (circulation, ventilation) sont réalisés à bon escient.

Références



Références

- (01) Fiorentini S, Sarasin F, Guessous I. Syncope. Hôpitaux universitaire Genève, Département de médecine communautaire de premier recours et des urgences. Cours, 2017, 9p.
- (02) Camelot F. Le risque psychosocial en odontologie. Thèse de doctorat en chirurgie dentaire. Nancy Metz: Université LORRAIN, Faculte d'odontologie, 2012.
- (03) Haute autorité de santé, Perte de connaissance brèves de l'adulte: prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Recommandations professionnelles, Mai 2008,35p.
- (04) **Item 209** : Malaises, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte ; Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires. 2011–2012 ; – © Université Médicale Virtuelle Francophone.
- (05) Attias D, Lellouche N. Cardiologie Vasculaire, La Reference KB, ,7ème Edition–2016.
- (06) Benjamin B. ANALYSE D'UNE POPULATION VUE EN CONSULTATION SYNCOPÉ AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX ENTRE 2011 ET 2013 ; Université de Bordeaux UFR DES SCIENCES MÉDICALES Année 2014 Thèse n°68 THESE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE DIPLOME D'ÉTAT ; Année 2014.
- (07) Koukam C. Le dossier Syncopes : actualités ; Epidémiologie des syncopes ; Service de Cardiologie A Hôpital de Cardiologie, CHU, LILLE.
- (08) HUG – DMCPRU. Syncope, Service de médecine de premier recours, Genève, 2013.
- (09) Mark H.SWARTZ. Historique et Examen Physique, Manuel De DIAGNOSTIC CLINIQUE,.
- (10) Haute autorité de santé, Perte de connaissance brèves de l'adulte: prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Recommandations professionnelles, Mai 2008
- (11) Ariel C, Belmatoug N. Cœur & médecine interne TOM1, estem, pages : 752/757.
- (12) Widmaire E.P. Raff H. Strang K.T. Les mécanismes Du Fonctionnement De l'organisme Physiologie Humaine, 5ème Edition, MALOINE.
- (13) Villey R. Ph. LETELLIER, P.BOUTARD. Dictionnaire Médical Des Symptômes et Syndromes, 2eme Edition, MASSON.
- (14) Ksibi H. Les pertes de connaissances, Conférence, service des urgences et SAMU 04 SFAX, TUNISIE.
- (15) Pequignot H. Pathologie médicale, Secrétaire : B.Christoforov, MASSON.
- (16) Etemadi A.Q, Sunthorn H. Syncope vasovagale : test diagnostique et prise en charge, Rev Med Suisse 2014. 10 : 1179–85

Références

- (17) Michel R. « Le sujet âgé » ; Spécificités odonto_stomatologiques et examen clinique ; Actualités Odonto–Stomatologiques – n° 257 –. Mars 2012.
- (18) Anne Claire N. Âge et genre – Risques médicaux en odontologie, 4 07 2018.
- (19) Dentiste – API Groupe.com. Dentisterie esthétique « Les causes de la perte de dents chez les adultes et comment les éviter », Canada, Publié le : 05/07/2017.
- (20) Statistique Canada, Fichier de micro–données à grande diffusion de 2013–2014 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Médecine dentaire, hygiène dentaire ou orthodontie.
- (21) Thedentalist.fr/The Dentalist FRENCH DOCTOR, L'Etat de Santé Général du Patient.
- (22) Puisseaux F Syncope du sujet âgé. CHRU De LILLE, France, Le 08/09/14.
- (23) Vaksman G. Syncope chez l'enfant et l'adolescent, Maladies cardiovasculaires pédiatriques et congénitales, France. Le 24/10/2013.
- (24) Zaidi et al. JACC. Évanouissements inexplicables (syncope) ; Vol.36, No.1, 2000.
- (25) Marechal P , Scheen AJ , Lancellotti P. Syncope aux Urgences Diagnostic différentiel et stratification du risque, Rev Med Liege, 2018.
- (26) Godeau P. Herson S .Piette J–C. Traité de Médecine, 4ème édition, Médecine sciences _Flammarion.
- (27) Jean–Philippe R. Syncope : un outil d'évaluation des risques élaboré par des chercheurs canadiens, 2016.
- (28) fédération française de cardiologie. réanimation cardio–pulmonaire : les dernières recommandations européennes, www.1vie3gestes.com.
- (29) Grubwieser G.J , Baubin M.A , Strobl H.J , ZANGERLE R.B. Urgences au cabinet Dentaire, Editeur : MALOINE.04/2006 .
- (30) Francois C. Les urgences médicales au cabinet dentaire: évolution des protocoles de traitement, Diplôme D'état de Docteur en chirurgie Dentaire. 2012.
- (31) Kimberg P. Antalgiques et rôle infirmier / 2019 Cf. EIADE, 2011.

Liste des tableaux :

*Tableau 01 : HUG – DM CPRU. Syncope, Service de médecine de premier recours, Genève, 2013.

* Tableau 02 : <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-432/Syncope-vasovagale-test-diagnostique-et-prise-en-charge>.

* Tableau 03 : <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-432/Syncope-vasovagale-test-diagnostique-et-prise-en-charge>.

* Tableau 04 : Kimberg P. Antalgiques et rôle infirmier / 2019 Cf. EIADE, 2011.

Liste des figures :

* Figure 01 : analyse d'une population vue en consultation syncope au centre hospitalier universitaire de bordeaux entre 2011 et 2013 ; Université de Bordeaux UFR DES SCIENCES MÉDICALES Année 2014 Thèse n°68 thèse présenter pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'état ; Benjamin B ; Année 2014.

* Figure 02 : analyse d'une population vue en consultation syncope au centre hospitalier universitaire de bordeaux entre 2011 et 2013 ; Université de Bordeaux UFR DES SCIENCES MÉDICALES Année 2014 Thèse n°68 thèse présenter pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'état ; Benjamin B ; Année 2014.

*Figure 03 : analyse d'une population vue en consultation syncope au centre hospitalier universitaire de bordeaux entre 2011 et 2013 ; Université de Bordeaux UFR DES SCIENCES MÉDICALES Année 2014 Thèse n°68 thèse présenter pour l'obtention du doctorat en médecine diplôme d'état ; Benjamin B ; Année 2014.

* Figure 04 : Haute autorité de santé, Perte de connaissance brèves de l'adulte: prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Recommandations professionnelles, Mai 2008.

* Figure 05 : Marechal P .Scheen AJ . Lancellotti P . Syncope aux Urgences Diagnostic différentiel et stratification du risque Rev Med Liege 2018; 73 : 5-6 : 237-242p.

* Figure 06 : HUG – DM CPRU. Syncope, Service de médecine de premier recours, Genève, 2013.

* Figure 07 : www.1vie3gestes.com.

* Figure 08 : www.1vie3gestes.com.

* Figure 09 : Kimberg P. Antalgiques et rôle infirmier / 2019 Cf. EIADE, 2011.

* Figure 10 : www.pompiers.fr.

Abstract:

Syncope or Fainting is, by far, the most common emergency situation in the dental practice. Syncope is defined as an abrupt, transient, short term loss of consciousness and postural tone, followed by spontaneous and complete recovery. The pathophysiology of syncope consists of a sudden cessation or decrease in cerebral perfusion. Differential diagnosis of these medical conditions is of paramount importance in uncovering unrecognized systemic diseases. The dental team plays an important role in the process of establishing the correct diagnosis by its ability to recognize and document all the clinical symptoms and signs evident at the time of fainting. The dental surgeon is expected to be familiar with the various etiologies of syncope and should be able to differentiate between them. This article provides the essentials of the diagnostic procedure and an approach to the evaluation of the unconscious patient.