



Conduite à tenir face à une perte de connaissance au cabinet dentaire

Y. Roche ^{a, b}  : Professeur des Universités, praticien hospitalier, vice doyen, responsable du département de médecine et de chirurgie orales, co-responsable de l'UF de chirurgie orale, expert judiciaire près la Cour d'appel de Paris

^a UFR d'odontologie Garancière, Université de Paris, 5, rue Garancière, 75006 Paris, France

^b Service d'odontologie, Hôpital Rothschild, AP-HP, Sorbonne université, 5, rue Santerre, 75012 Paris, France

► Résumé

Parmi les pertes de connaissance qui peuvent être brèves ou prolongées, partielles ou totales, l'arrêt cardiorespiratoire constitue une urgence médicale absolue nécessitant une réanimation cardiopulmonaire immédiate comprenant : alerte (appel à l'aide médicalisée), compressions thoraciques, défibrillation et prise en charge médicalisée.

Mots-clés : Pertes de connaissance, Urgence médicale, Position latérale de sécurité (PLS), Réanimation cardiopulmonaire (RCP)

Plan

[Masquer le plan](#)

Introduction

Perte de connaissance prolongée (+)

Perte de connaissance brève (+)

Déclaration de liens d'intérêts

Haut de page - Plan de l'article

► Introduction

Deux types de perte de connaissance sont à considérer : la perte de connaissance brève, pouvant être partielle (lipothymie) ou totale (syncope), et la perte de connaissance prolongée, qui constitue une urgence vitale et dont la durée est supérieure à trois minutes. La perte de connaissance prolongée peut être associée à une absence de ventilation : il s'agit alors d'un arrêt ventilatoire qui va rapidement être suivi d'un arrêt cardiocirculatoire. Si la ventilation est maintenue, il s'agit d'une perte de connaissance prolongée ou coma.

Les différentes conduites à tenir exposées ci-après sont issues des directives de réanimation ^[1].

Haut de page - Plan de l'article

► Perte de connaissance prolongée

► Avec maintien de la ventilation

Bien qu'il existe différentes étiologies, l'épilepsie en constitue la principale cause. Le diagnostic de perte de connaissance repose sur l'absence de réponse à toutes stimulations verbales (ordres simples : « ouvrez les yeux », « serrez moi la main », etc.) et/ou nociceptives. La conduite à tenir chez un patient inconscient qui ventile consiste à le placer en position latérale de sécurité (PLS), c'est-à-dire sur le côté (**Figure 1**). Pour ce faire, le bras du patient du côté sauveteur est placé perpendiculairement au tronc du patient puis son coude est plié avec la paume de la main vers le haut. En position à genoux, le sauveteur saisi le bras opposé de la victime et le dos de sa main est alors placé contre son oreille côté sauveteur. Ce dernier applique alors la paume de sa main contre le dos de celle du patient pour pouvoir accompagner le mouvement de la tête du patient. Avec l'autre main, la jambe opposée du patient est saisie derrière le genou de celui-ci puis le patient est retourné en un seul temps sans mouvement brusque. Cette position est ensuite stabilisée et la cavité orale du patient, alors en regard du sol, est ouverte afin de permettre l'écoulement de toute substance liquidienne éventuellement présente. Le patient obèse et la femme enceinte doivent être placés sur le côté gauche pour éviter toute compression de la veine cave inférieure et favoriser un retour veineux normal. Dans le cas d'une perte de conscience s'inscrivant dans une crise d'épilepsie unique, aucun traitement n'est requis au décours de la crise. Toutefois, si une deuxième crise survient, 1 mg de diazépam (Valium) sera administré en intraveineux ou intramusculaire.

Figure 1



Figure 1.

Position latérale de sécurité (PLS) (d'après European Resuscitation Council [ERC] guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016).

Zoom

► Sans ventilation (arrêt ventilatoire / arrêt cardiorespiratoire)

La conduite à tenir chez un patient inconscient qui ne ventile pas consiste à initier immédiatement une réanimation cardiopulmonaire (RCP). La reconnaissance d'un arrêt cardiorespiratoire (ACR) nécessite le déclenchement de la chaîne de survie (Figure 2). Celle-ci est constituée de l'alerte, des gestes élémentaires de survie (RCP précoce), de la défibrillation précoce et de la réanimation spécialisée. L'algorithme de la séquence de RCP/défibrillation externe est présenté sur la Figure 3.

Figure 2

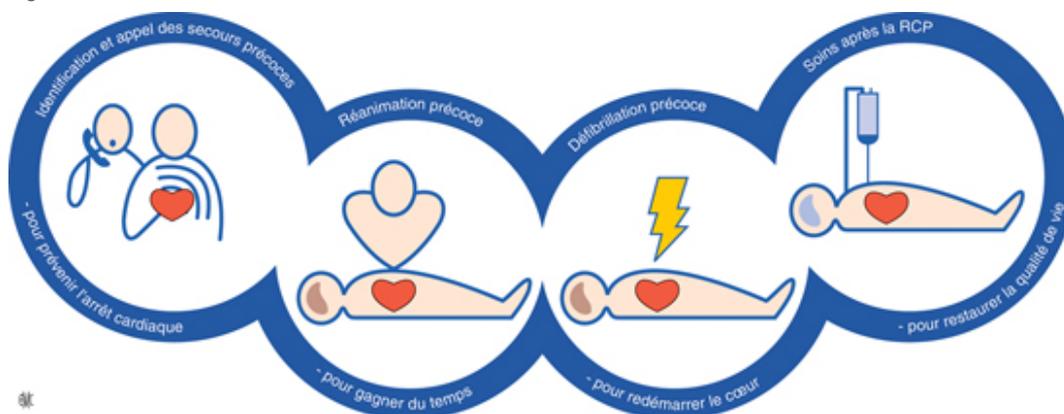


Figure 2.

La chaîne de survie (d'après European Resuscitation Council [ERC] guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016).

Zoom

Figure 3

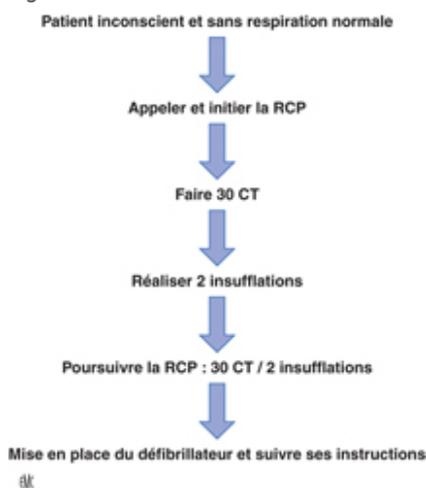


Figure 3.

Algorithme de la séquence de réanimation cardiopulmonaire (RCP) de base (d'après European Resuscitation Council [ERC] guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016). RCP : réanimation cardiopulmonaire ; CT : compressions thoraciques.

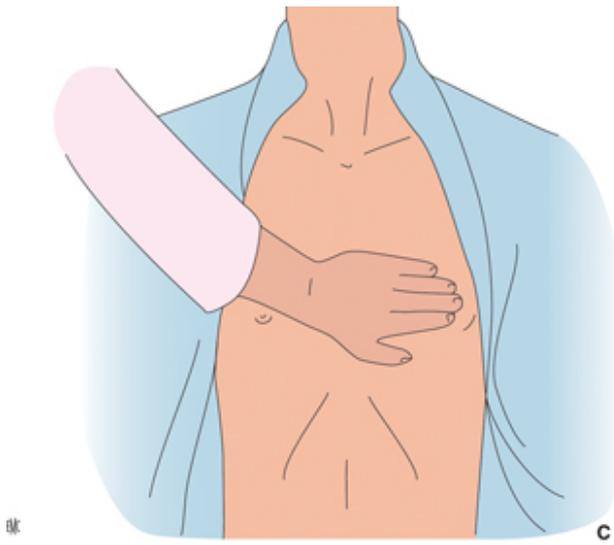
Zoom

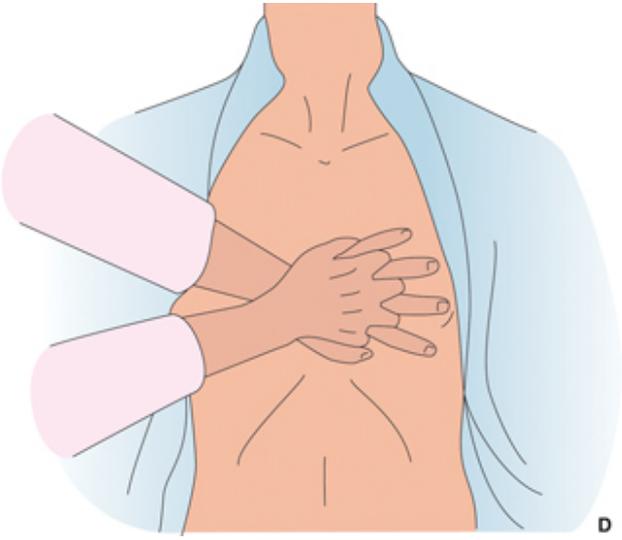
L'alerte, premier maillon de la chaîne de survie, consiste à appeler ou faire appeler les secours médicalisés (Figure 4A) en composant le 15, 18 ou 112. Dans le même temps, quelqu'un sera envoyé pour chercher et rapporter un défibrillateur (Figure 4B).

Figure 4

Figure 4.

Modalités de la réanimation cardiopulmonaire (RCP) (d'après European Resuscitation Council [ERC] guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016).





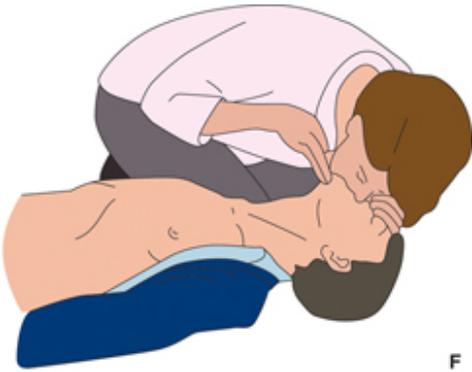
図

D



図

E



図

F



04

G



04

H



04

I

La RCP, deuxième maillon de la chaîne de survie, sera débutée dès l'alerte donnée. Les compressions thoraciques (CT), assurées par le talon de la première main positionnée sur le thorax à mi-distance des deux mamelons (Figure 4C) et sur laquelle est positionnée la

deuxième main, doivent induire une dépression sternale (**Figure 4D**) d'au minimum 5 cm sans excéder 6 cm (5 cm chez l'enfant ; 4 cm chez le nourrisson). Les CT doivent être suivies d'un relâchement total du thorax avec décolllement du talon de la main du thorax de la victime. Le temps de compression doit être égal au temps de décompression. Les CT (**Figure 4E**) seront répétées à une fréquence de 100 à 120 par minute. Seules les directives du défibrillateur et les deux insufflations (30 CT/2 insufflations) peuvent faire arrêter les CT. Dans la mesure du possible, les CT seront combinées à une ventilation artificielle (VA) après avoir libéré les voies aériennes supérieures (LVA) par élimination (aspiration) des mucosités/corps étranger(s) et par bascule de la tête en arrière en plaçant une des mains sur le front du patient et en relevant le menton à l'aide de l'extrémité des doigts de la deuxième main placés sous la pointe du menton. La VA (**Figure 4**) est réalisée soit par bouche à bouche, soit à l'aide d'un ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU). L'efficacité de l'administration est alors objectivée par le soulèvement simultané du thorax. Les CT et les insufflations sont réalisées de façon alternée à raison de 30 CT pour deux insufflations (15 CT/2 insufflations chez l'enfant et le nourrisson) pour un comme pour deux sauveteurs. La durée recommandée des insufflations est d'une seconde sans jamais dépasser cinq secondes pour deux insufflations successives.

La défibrillation, troisième maillon de la chaîne de survie, réalisée dans les 3 à 5 minutes qui suivent l'arrêt cardiaque (AC), permet d'obtenir un taux de survie compris entre 50 et 70 % [2, 3, 4].

En effet, il faut savoir que 25 à 50 % des victimes d'un AC soudain ou inopiné présentent une fibrillation ventriculaire (FV) [3, 5, 6] et que lorsque le rythme est enregistré juste après un évanouissement, notamment avec un défibrillateur externe automatique (DAE) disponible sur place, le pourcentage peut atteindre 76 % [2, 7]. La défibrillation, qui a pour objectif de dépolariser une masse critique du myocarde en FV, doit être la plus précoce possible, le taux de survivants parmi les patients présentant une FV décroissant de 7 à 10 % par minute de retard à la défibrillation. Les défibrillateurs semi-automatiques (DSA) ne nécessitent pas d'interprétation car ils analysent eux-mêmes la fonction cardiaque et donnent les instructions vocales pour réaliser une défibrillation.

La mise en place ne doit pas occasionner un arrêt des CT de plus de cinq secondes. Selon les instructions données vocalement par le défibrillateur, les électrodes sont positionnées sur le thorax (**Figure 4**), respectivement sous la clavicule droite et sous l'apex gauche puis le défibrillateur analyse la fonction cardiaque. En cas de FV, il indique alors qu'un choc (d'une énergie comprise entre 150 et 200 joules) doit être délivré en précisant la démarche à suivre notamment de se tenir à distance (**Figure 4H**). Une fois le premier choc délivré, les CT doivent être immédiatement reprises (**Figure 4**) jusqu'à la prochaine analyse, deux minutes après la première. Si la première analyse ou si les suivantes ne recommandent pas de choc, la RCP sera poursuivie. En fait, les consignes émises par le défibrillateur sont à suivre jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés. L'arrêt des CT se fera si et seulement s'il y a des signes de vie sinon après deux minutes pour nouvelle analyse. Si la victime porte un pacemaker, l'électrode sera placée à distance. En cas d'ACR en présence d'un témoin qui dispose de suite d'un défibrillateur, le choc doit être délivré prioritairement sans initier de RCP.

La prise en charge médicalisée, assurée par les équipes mobiles (Samu, pompiers) puis par les équipes de réanimation intrahospitalières, représente le quatrième maillon de la chaîne de survie. Il s'agit d'une RCP spécialisée. Elle a aussi pour objectif de traiter les causes curables de l'ACR (hypoxie, hypovolémie, hypo/hyperthermie, hypo/hyperkaliémie, tamponnade, thrombose [IDM ou EP], intoxications et pneumothorax) le plus précocement possible.

La réanimation comprend entre autres la mise place d'une voie veineuse, l'intubation endo-trachéale, l'administration de solutés de perfusion (NaCl à 9 ‰) et de médicaments, notamment : adrénaline (1 mg tous les 2 cycles de RCP, soit environ toutes les 4 minutes), anti-arythmiques (amiodarone ou lidocaïne), magnésium, bicarbonate de sodium.

Haut de page - Plan de l'article

► Perte de connaissance brève

► Partielle (lipothymie / malaise vagal)

Trouble partiel de la vigilance sans perte de connaissance totale, à début et fin progressifs, se manifestant par des nausées, une sensation d'évanouissement, une pâleur, des sueurs et une bradycardie, le malaise vagal nécessite l'arrêt des soins et une mise en position déclive de la victime de façon que ses pieds soient plus hauts que sa tête. En cas d'impossibilité de positionner le fauteuil de façon appropriée, un coussin ou tout autre dispositif sera placé sous les jambes du patient de manière à ce que ses pieds soient plus hauts que sa tête.

► Totale (syncope)

La syncope, qui peut être définie comme une suspension brutale des fonctions de la vie de relation, est due à une anoxie cérébrale généralisée temporaire, survenant suite à un arrêt circulatoire transitoire, à une chute de la pression artérielle ou à une hypoxémie artérielle passagère. La conduite à tenir consiste à faire appel aux secours médicalisés et à surveiller le patient dans l'attente d'une prise en charge qui sera fonction d'une cardiopathie suspectée ou certaine (ECG) ou d'une syncope inexplicquée qui est retrouvée dans 30 % des cas.

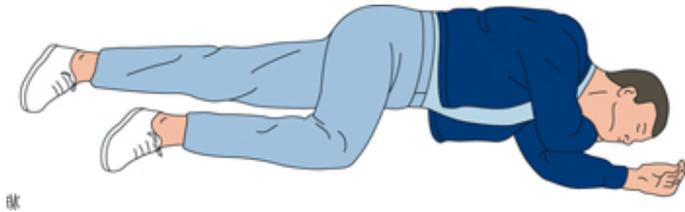
Haut de page - Plan de l'article

► Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de liens d'intérêts en relation avec cet article.



► Figure 1

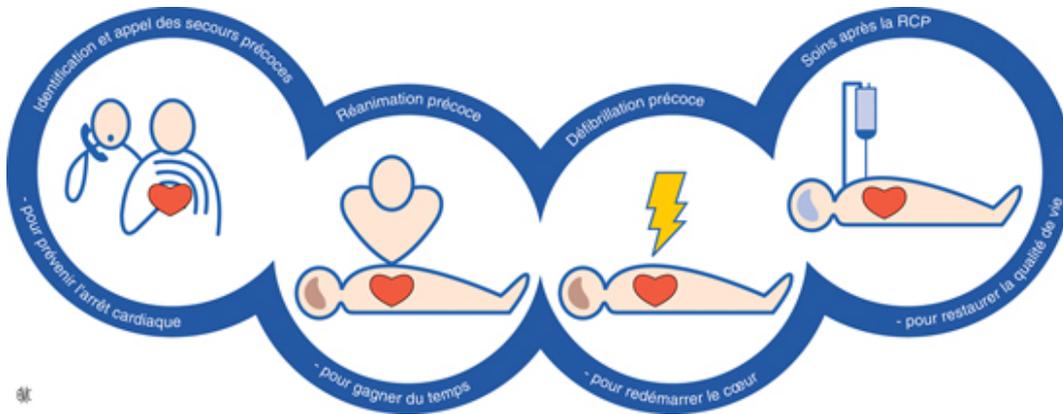


Vers l'article

Figure 1 :

Position latérale de sécurité (PLS) (d'après European Resuscitation Council [ERC] guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016).

► Figure 2

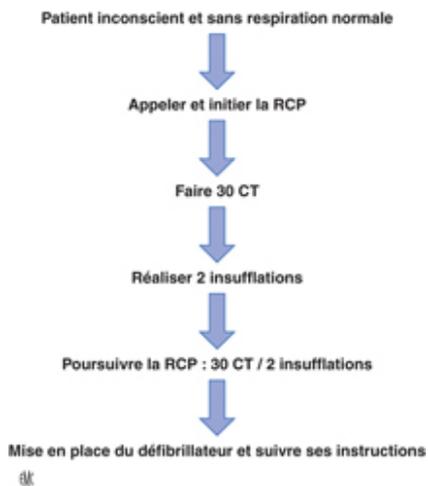


Vers l'article

Figure 2 :

La chaîne de survie (d'après European Resuscitation Council [ERC] guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016).

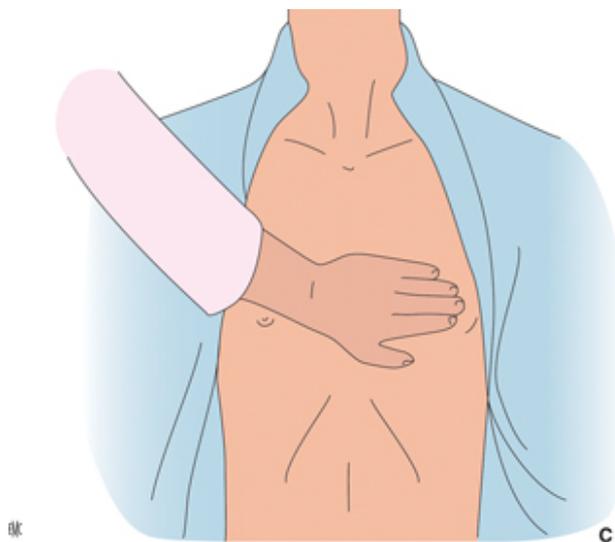
► Figure 3

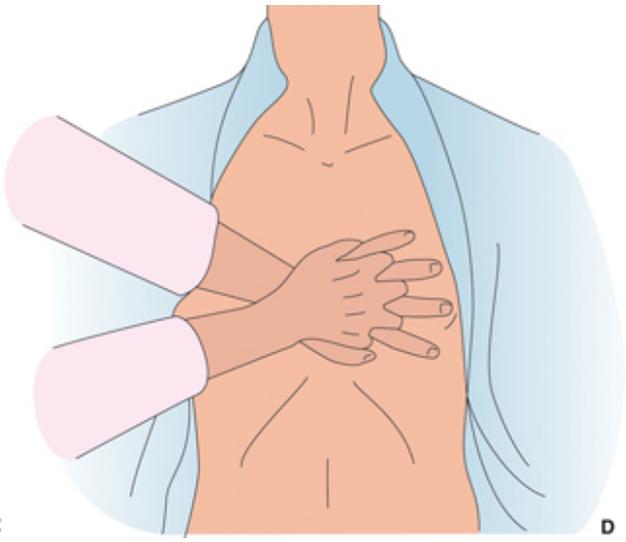


Vers l'article

Figure 3 :

► Figure 4





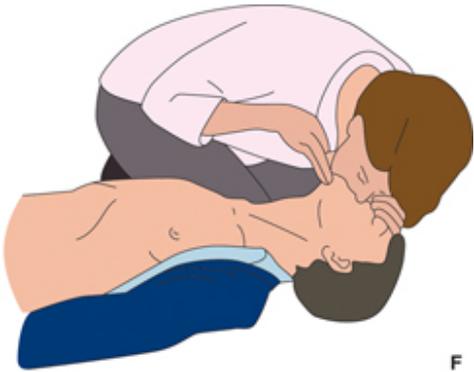
図

D



図

E



図

F



図

G



図

H



図

I

Figure 4 :

► Références

- [1] European Resuscitation Council (ERC) guidelines 2015. French guidelines translation. Acco, Leuven Den Haag, 2016.
- [2] Berdowski J., Blom M.T., Bardai A., Tan H.L., Tijssen J.G., Koster R.W. Impact of onsite or dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest *Circulation* 2011 ; 124 : 2225-2232 [cross-ref]
- [3] Blom M.T., Beesems S.G., Homma P.C. Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators *Circulation* 2014 ; 130 : 1868-1875 [cross-ref]
- [4] Ringh M., Rosenqvist M., Hollenberg J. Mobile-phone dispatch of laypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest *N Engl J Med* 2015 ; 372 : 2316-2325 [cross-ref]
- [5] Ringh M., Herlitz J., Hollenberg J., Rosenqvist M., Svensson L. Out of hospital cardiac arrest outside home in Sweden, change in characteristics, outcome and availability for public access defibrillation *Scand J Trauma* 2009 ; 17 : 18 [cross-ref]
- [6] Hulleman M., Berdowski J., de Groot J.R. Implantable cardioverter-defibrillators have reduced the incidence of resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest caused by lethal arrhythmias *Circulation* 2012 ; 126 : 815-821 [cross-ref]
- [7] Weisfeldt M.L., Sitlani C.M., Ornato J.P. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million *J Am Coll Cardiol* 2010 ; 55 : 1713-1720 [cross-ref]