



CONDUITE À TENIR DEVANT UNE SYNCOPE

DR KAGHOUCHE .H

SERVICE DE CARDIOLOGIE CHUC

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020/2021

I. DÉFINITIONS

SYNCOPE:

perte de connaissance **TOTALE**

secondaire à une hypoperfusion cérébrale diffuse, caractérisée par:

- un début **brutal**
- une durée **brève** (< 3 minutes)
- une **récupération spontanée et totale**
- Syncope prolongée :+3min
- État de mal syncopal:

LIPOTHYMIE: perte de connaissance **incomplète** +/- de prodromes

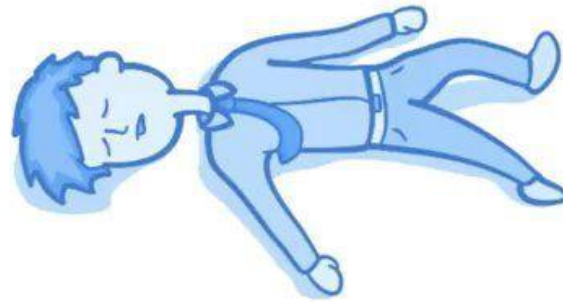
SYNCOPE

(FAINTING)

* WHEN a PERSON LOSES CONSCIOUSNESS & MUSCLE STRENGTH *



- ~ COMES on QUICKLY
- ~ DOESN'T LAST LONG
- ~ SPONTANEOUS RECOVERY
(no resuscitation)



II. PHYSIOPATHOLOGIE

- La pression cérébrale sanguine dépend en grande partie de la pression artérielle systémique

$$PAS = Q_c \times RAS$$

- peut résulter de 2 mécanismes principaux :

1. Une diminution du débit cardiaque
2. Une vasodilatation périphérique

$$Q_c = VES \times FC$$

VES: précharge++ ex anémie tr du rythme valvulopathies....etc

FC: troubles du rythme et de la conduction

Vasodilatation périphérique: hyperthermie, atmosphère chaud....etc

III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Diagnosics faciles à éliminer :

- Hypoglycémie
- Hypoxie , hypocapnie
- Hystérie
- Drop attack
- Coma
- Ethylisme aigu
- Vertige
- Syndrome de Gelineau(narcolepsie: trouble du sommeil chronique).
- AIT

Plus difficiles :

- Simulation
- Epilepsie :
 - * perte de connaissance plus longue + amnésie postcritique
 - * morsure latérale de la langue
 - * Crise tonicolonique
 - * Emission d'urines
 - * EEG (neurologue)

II. ETIOLOGIES

A. SYNCOPE D'ORIGINE CARDIAQUE

- La plus grave; mortalité à 3 ans de 30%++

1. Troubles du rythme: étage auriculaire, jonctionnel ou ventriculaire

2. Troubles de la conduction: dysfonction sinusale , BAV , dysfonction de pacemaker

3. Obstacle à la voie d'éjection VG/VD: CMH, RAC, THROMBOSE DE PROTHESE OBSTRUCTIVE, EP, HTAP

4. Autres:

- IDM, Ischémie myocardique, anomalies e naissance des coronaires
- myxome de l'OG
- tamponnade

A. SYNCOPE D'ORIGINE NEURO-CARDIOGENIQUE anomalie du SNA agissant sur le cœur et les vaisseaux

1. Syncope vaso vagale: la cause la plus fréquente++

- Chute de la PA et/ou bradycardie secondaire à une hypertonie vagale et /ou une diminution du tonus sympathique
- Circonstances évocatrices: station debout prolongée, atmosphère chaude post prandial, douleur , émotion,
- En général précédée de prodromes: nausées , vomissements, sueurs bâillements, fatigue intense
- TILT test est l'examen le plus utile si la clinique n'est pas concluante

Orthostatisme passif

Diminution
du retour veineux

Diminution
du débit cardiaque

Réponse physiologique

Augmentation tonus Σ et
diminution tonus para Σ

Augmentation modérée
de la fréquence cardiaque

Diminution modérée
de la TA systolique

Augmentation modérée
de la TA diastolique

= TA moyenne

Réponse pathologique

Augmentation ++
du tonus Σ

Augmentation
inotropisme sur "petit" VG

Stimulation des fibres C
(paroi inférieure VG)

Augmentation ++
du tonus para Σ

hypotension \pm bradycardie

SYNCOPE
VASOVAGALE



2. Hypotension orthostatique

Fqte chez le sujet agé+

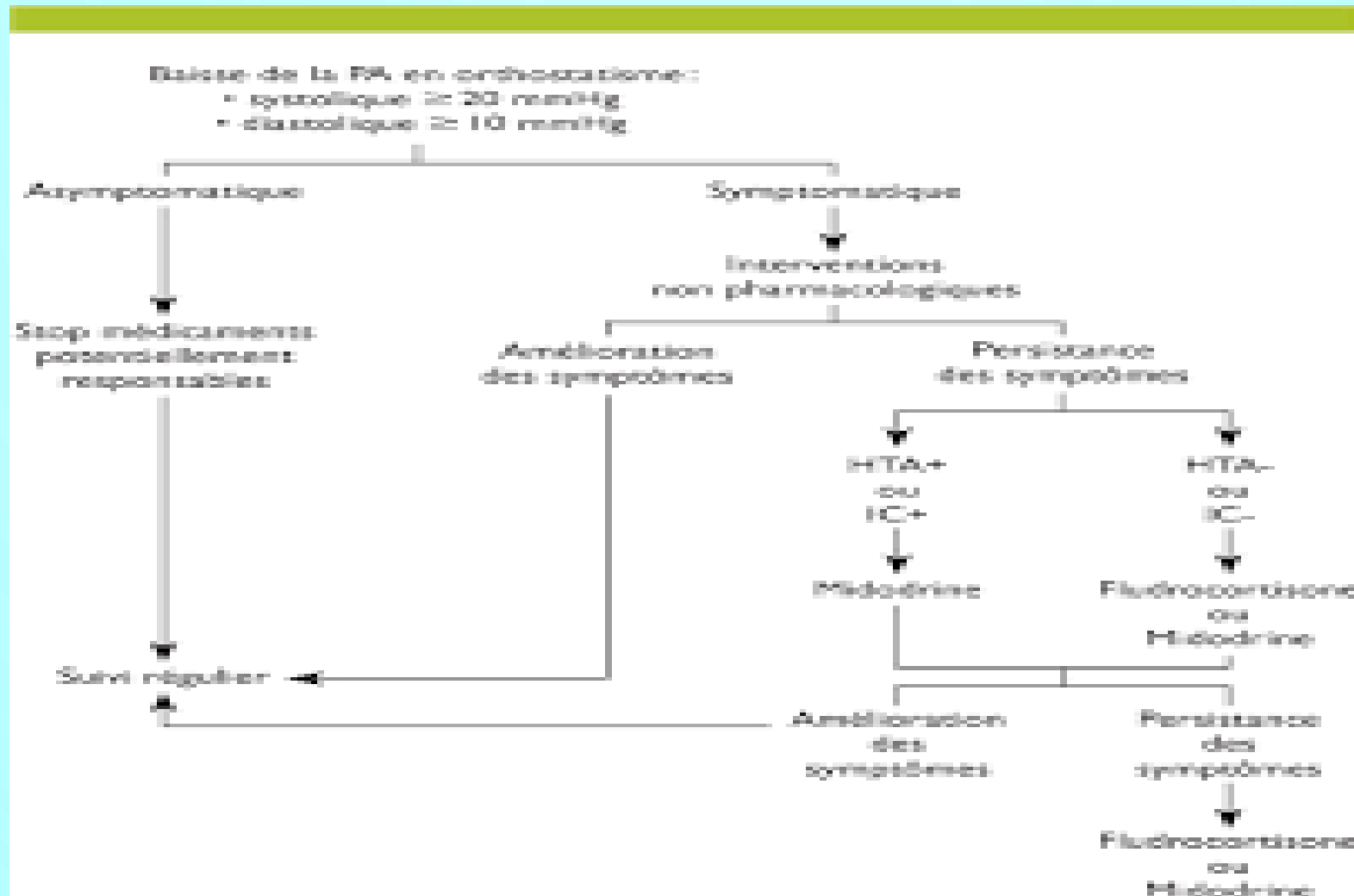
Baisse de la PAS de plus de 20mmhg et/ou de la PAD d'au moins 10 mmhg lors du passage à l'orthostatisme

- avec élévation de la FC : vasoplégie : déshydratation ,Insuffisance veineuse, trt anti HTA
- Sans élévation de la FC: anomalie du baroréflexe trt neuroleptique; parkinson amylose diabète,

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE/ PHYSIOPATH

- Réponse physiologique à l'orthostatisme:
 - Légère augmentation de la PA et de la FC
 - Lors de cette « épreuve d'orthostatisme»:
 - Modification de répartition du volume sanguin vers les parties déclives => baisse de la PA dans l'aorte et ses branches => stimulation des barorécepteurs de paroi artérielle => activation du Baroréflexe
 - => stimulation du réseau sympathique: augmentation de PA et de la FC dans un délai très bref
 - HypoTA se produit lorsque cette réponse est :
 - anormale,
 - Retardée
 - atténuée.
 - La baisse rapide survient alors au lever et entraîne une diminution du débit sanguin cérébral qui peut provoquer les symptômes
- ➔ Syncope sur hypoTA orthostatique

2. Hypotension orthostatique



3. Hypersensibilité du sinus carotidien syncope lors du rasage; MSC sys après 40 ans

4. syncopes reflexes situationnelle

toux , eteruments

déglution défécation miction

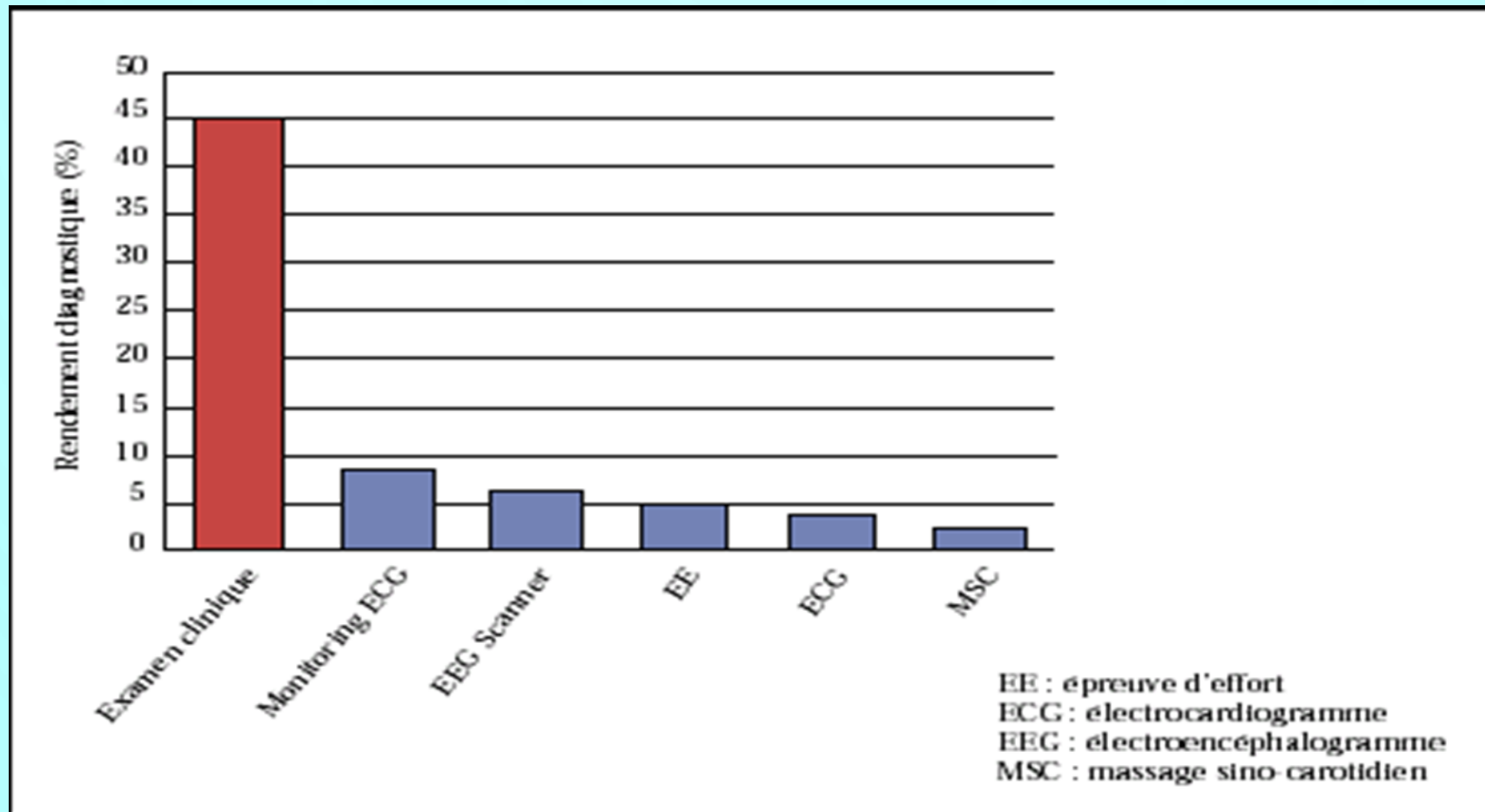
valsalva

D. SYNCOPE INEXPLIQUÉES

Récidives fréquentes mais meilleur pronostic

40% des syncopes

IV. CONDUITE À TENIR



A. INTERROGATOIRE++

Témoins	Pâleur ? Cyanose ? Mouvements tonico-cloniques ? Durée ? Pouls ?
Prodrome	Aura ? Pâleur ? Sudation ? Tinnitus ? Nausées ? Troubles visuels ?
Facteurs précipitants	Emotion ? Douleur ? Anxiété ? Postprandial ? Toux ? Miction ? Défécation ? Déglutition ? Mouvements de la tête ? Diarrhée ? Déshydratation ?
Position	Couché ? Debout ?
Phase de récupération	Courte ? Prolongée ? Amnésie ?
Symptômes et antécédents cardiaques	Dyspnée ? Douleurs thoraciques ? A l'effort ? Anamnèse de mort subite ? Maladie coronarienne ? Antécédent d'arythmie ? Insuffisance cardiaque ?
Médicaments	Hypotenseurs ? Neuroleptiques ? Antidiabétiques ? Antidépresseurs ?
Antécédents psychiatriques	Abus de substances ? Autres affections ?
Autres symptômes	Saignement ? Méléna ? Douleurs abdominales ? Symptômes neurologiques ? Céphalées subites ou inhabituelles ?
Professions	Chauffeur, pilote d'avion ?

B. ECG DE REPOS peut être nl

C. BILAN BIOLOGIQUE MINIMUM FNS ionogramme , dextro

**Avec un examen clinique incluant prise de la TA couché/debout MSC ex
neurologique complet le diagnostique est posé dans 70%**

ECG diagnostique (5%)

- Bloc auriculo-ventriculaire complet
- Tachycardie ventriculaire ou supraventriculaire soutenue
- Bradycardie (<35/min)

ECG suggestif

- Bloc bifasciculaire
- Autre anomalie de conduction intraventriculaire (QRS \geq 12msec)
- Bloc auriculo-ventriculaire 2^e degré Mobitz I
- Bradycardie sinusale asymptomatique ou bloc sino-atrial
- Complexe QRS de pré-excitation
- Allongement de l'intervalle QT
- Dysplasie du ventricule droit (onde T négative dans les dérivations droites)
- Onde Q suggestives d'un infarctus du myocarde

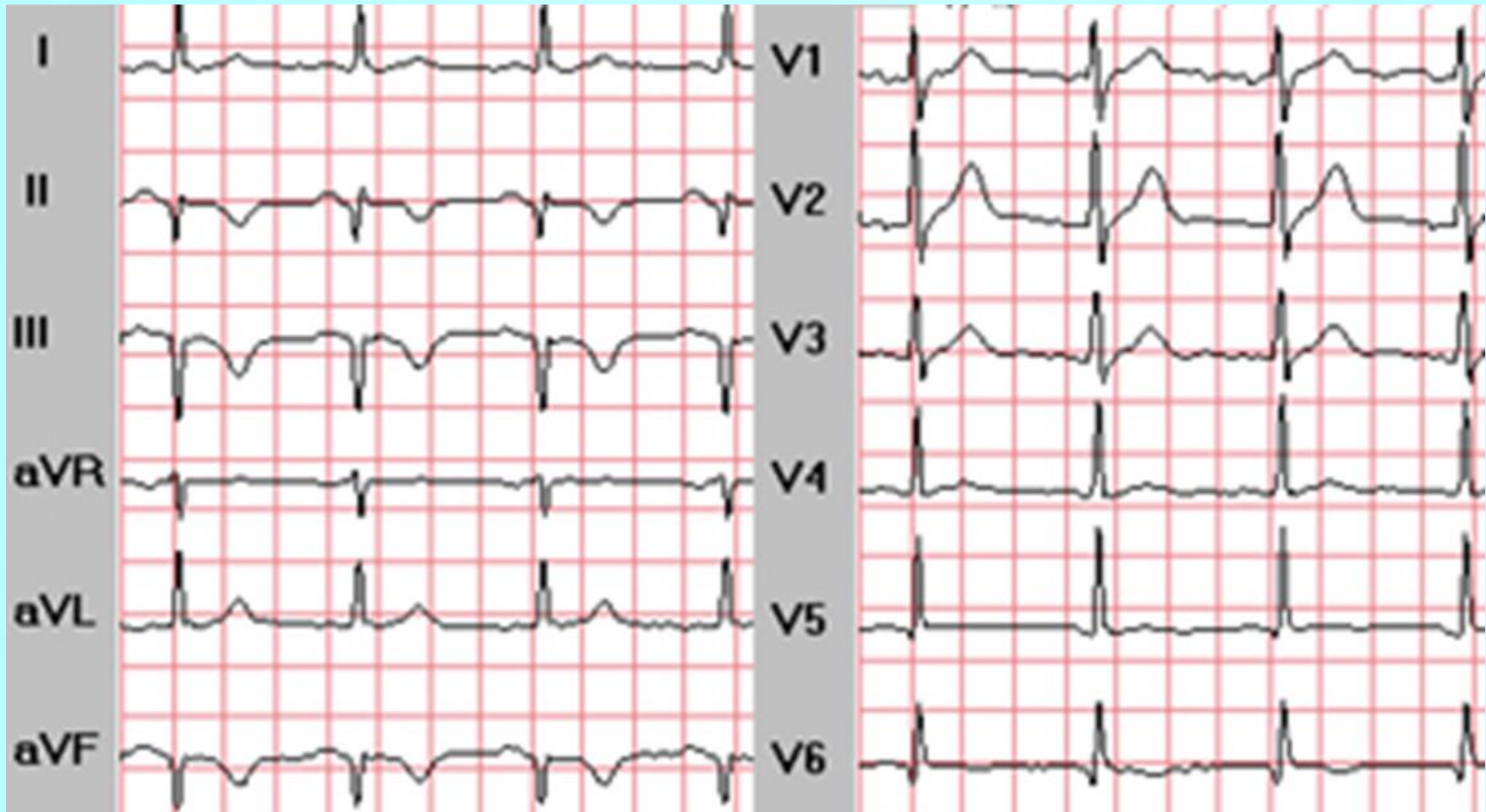
D.AUTRES EX COMPLÉMENTAIRES: GUIDÉS PAR LA CLINIQUE

- ❑ L'échocardiographie doppler.
- ❑ L'épreuve d'effort.
- ❑ Massage sino carotidien.
- ❑ Holter ECG.
- ❑ Holter ECG implantable.
- ❑ Etude électro physiologique.
- ❑ Le tilt test.

CAS CLINIQUE 1

- Homme 55 ans
 - TABAC, HTA, lithiase urinaire
 - Se dit en bonne santé (« TA normale »)
 - Consulte pour 2 Syncopes en 3 jours
 - Interrogatoire
 - prend avec modération les boissons alcoolisées
 - Traumatisme facia,
 - Biologie : OH 1.2 g/l
- → Alcool ??

- Interrogatoire repris par l'externe
 - Douleurs thoraciques pendant 2 jours il y a 6 mois
 - pas de consultation immédiate car RDV urgent avec M. Johnnie Walker
- Examen clinique
 - Normal hormis haleine chargée
- ECG:

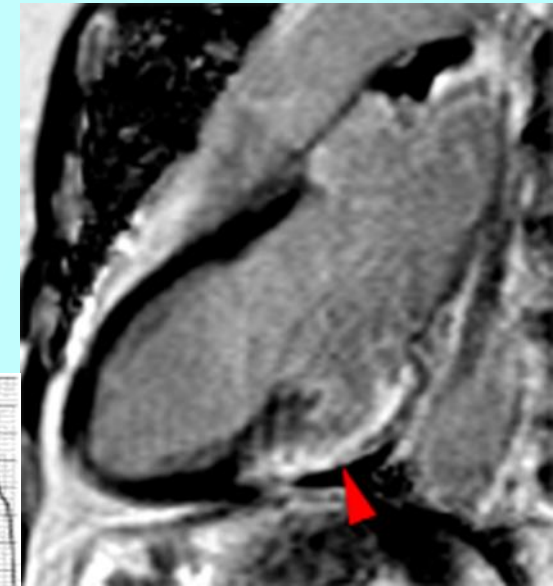
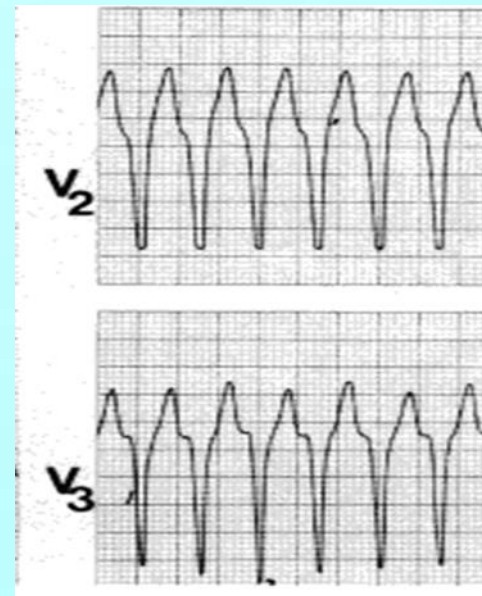


- ETT : FEVG 50 % akinésie inférieure
- IRM : infarctus inférieur
- Exploration electrophysiologique

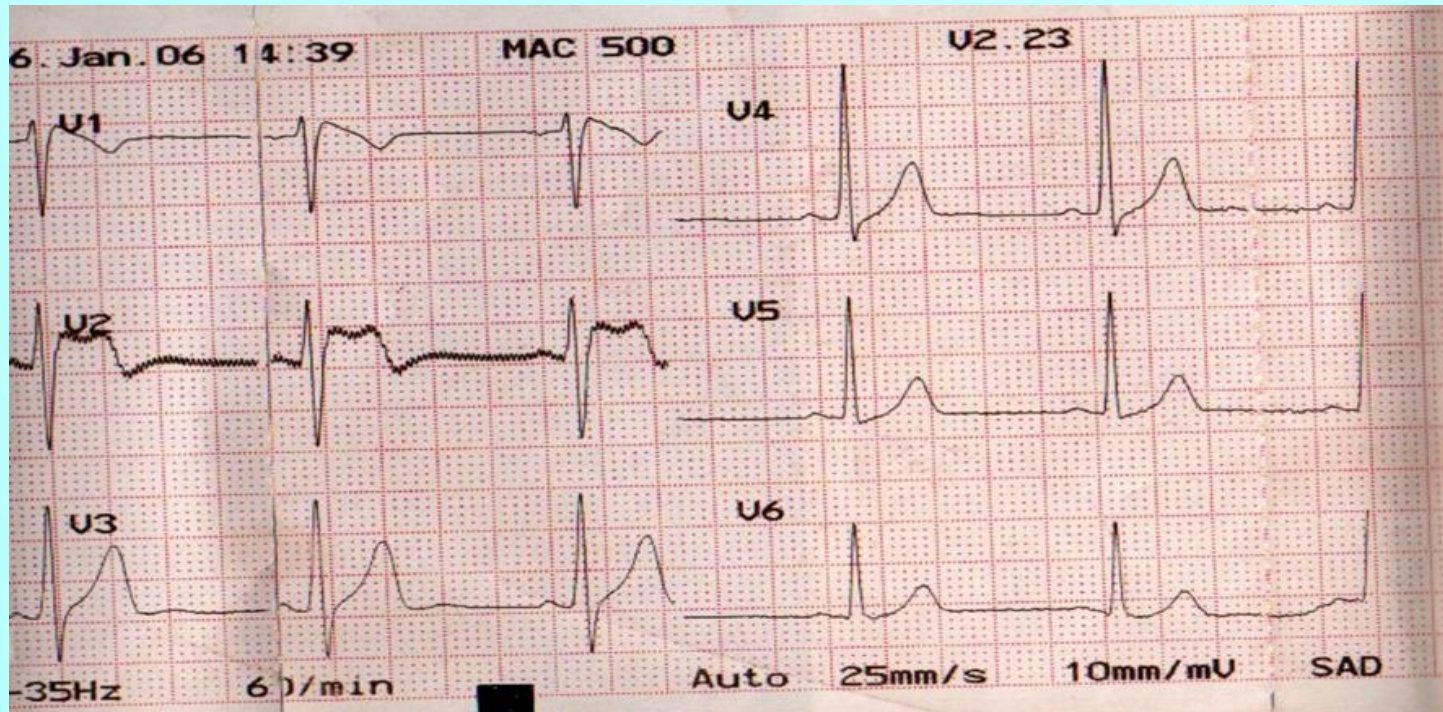
SVP : TV déclenchée 260 bpm syncopale

DONC

Syncope cardiaque: TV sur séquelles IDM inférieur → DAI (défibrillateur implantable)



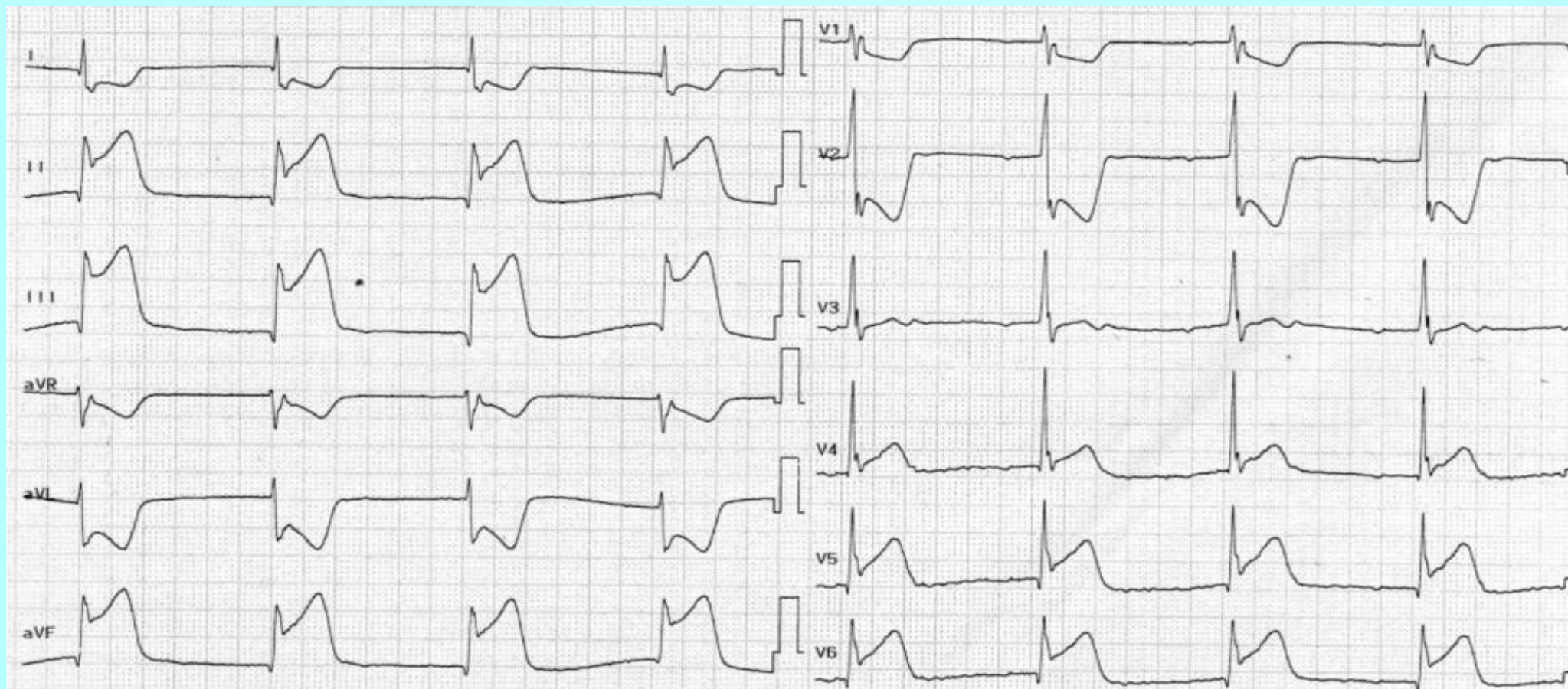
CAS CLINIQUE 2



CAS CLINIQUE 3



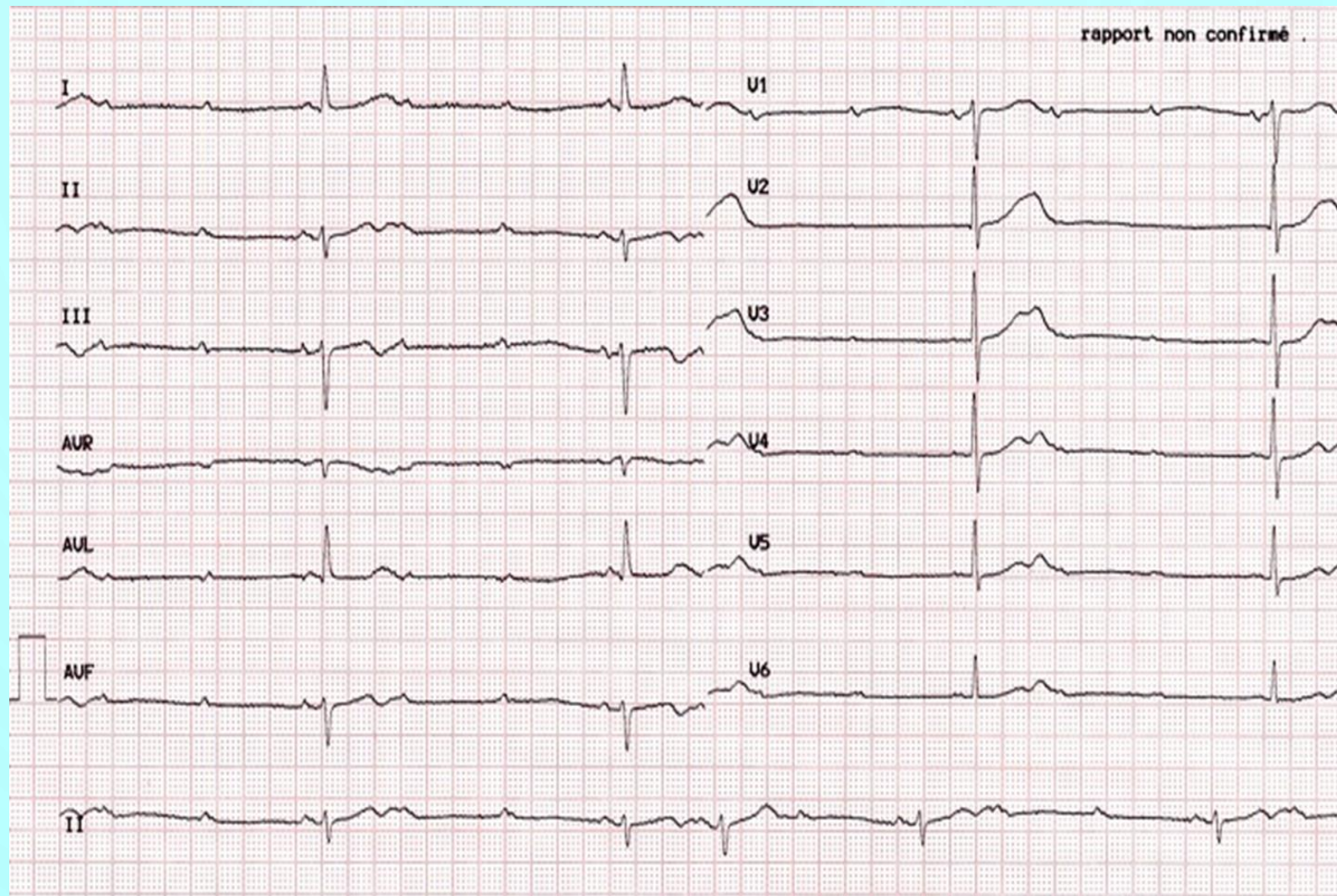
CAS CLINIQUE 4



CAS CLINIQUE 5

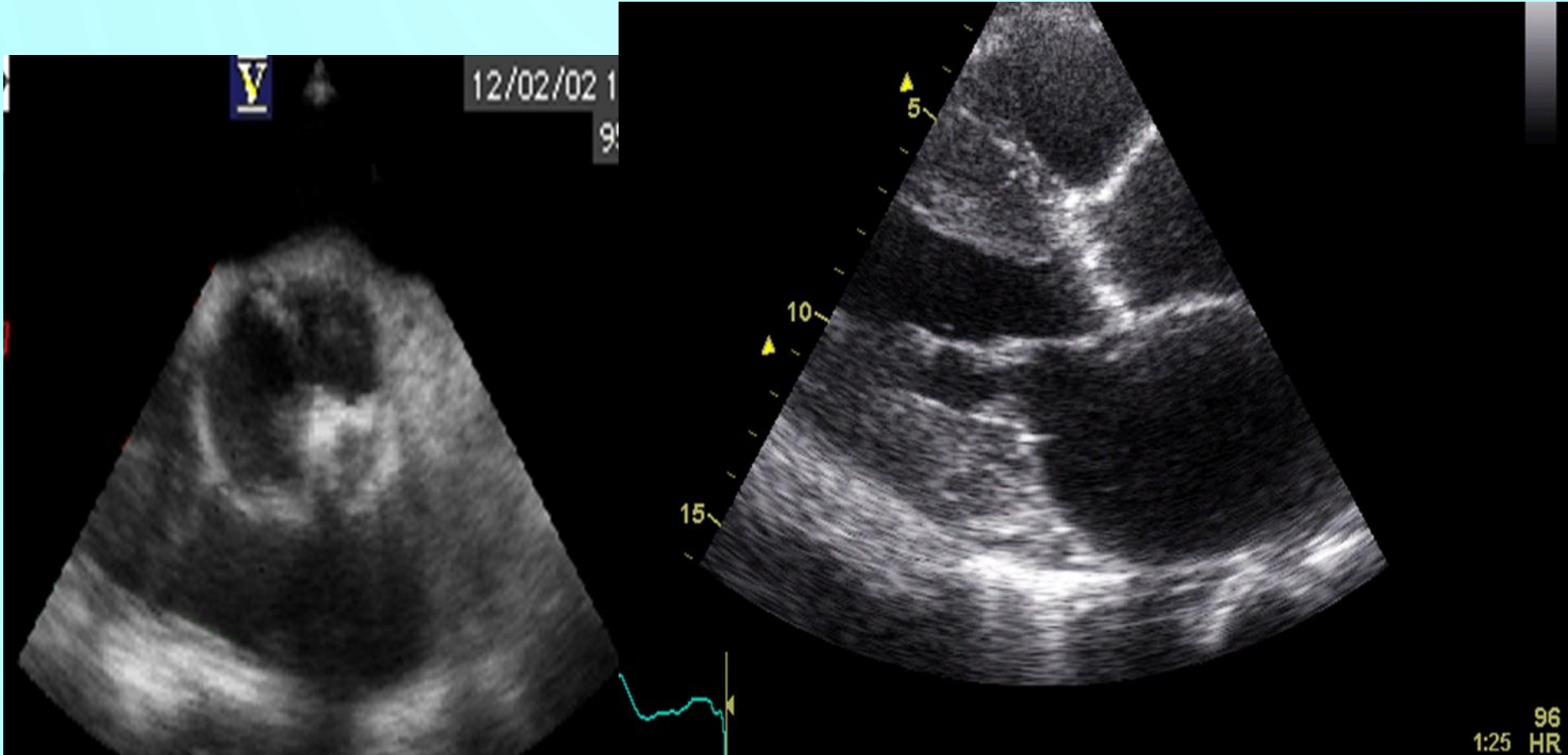
- Micheline 78 ans excellent EG
- Appel en urgence MT pour malaise
- Interrogatoire:
 - Dyspnée et asthénie depuis 5 jours
 - Puis Syncope
 - Au repos
 - à table (la tête dans l'assiette)
 - À l'emporte pièce
- Examen clinique:
 - bradycardie à 30 bpm TA 180/100
 - RAS par ailleurs

→ ECG



CAS CLINIQUE 6

- sofiane 37 ans
- ATCD: Souffle depuis l' enfance
- Syncope au travail (cariste)
- Interrogatoire
 - Dyspnée minorée par le patient mais stade III selon sa femme
 - Syncope d' effort
- Clinique
 - souffle systolique, abolition du B2
- ECG: sinusal HVG
- ETT :



CAS CLINIQUE 7

- Femme 18 ans
- Première Syncope
- Circonstances
 - Elève
 - Stage à l'institut de formation prof (premier stage)
 - À jeun + fête la veille
 - Syncope avec prodrome
- Tilt test + : Syncope Vagale

AU FINAL : DEUX POINTS IMPORTANTS

Confirmer la syncope vraie

Rechercher une cause cardiaque: en éliminant d'abord une cause neurocardiogénique

Traitement étiologique

TRAITS SÉMIOLOGIQUES ÉVOCATEURS DE SYNCOPÉ CARDIAQUE

Brutalité et brièveté (voile noir)

Survenue au repos, position assise ou couchée

Syncopé d'effort

Jeune : TV catécholergique, DAVD, CMH

Syncopé à la piscine (QT long)

Prise de médicaments affectant la repolarisation (macrolides ...)

Signes associés:

- Palpitations ou dyspnée précédants la syncopé (arythmie cardiaque et embolie pulmonaire)

- Énurésie inexpliquée chez l'adulte

- Râles ou gasps nocturnes

Antécédents familiaux de mort subite +++

Existence d'une cardiopathie sous jacente (erruyer))

The background is a solid teal color with a subtle gradient. In the four corners, there are decorative white line-art elements resembling circuit traces or fiber optic paths, each ending in a small circle.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION
HEUREUSE ANNÉE 2021