

Conduite à tenir devant une syncope :

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

II. PHYSIOPATHOLOGIE :

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

$$PAS= Qc \times RAS$$

- Peut résulter de 2 mécanismes principaux :
 1. Une diminution du débit cardiaque
 2. Une vasodilatation périphérique

$$Qc= VES \times Fc$$

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:

Diagnostics 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)

IV. 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

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

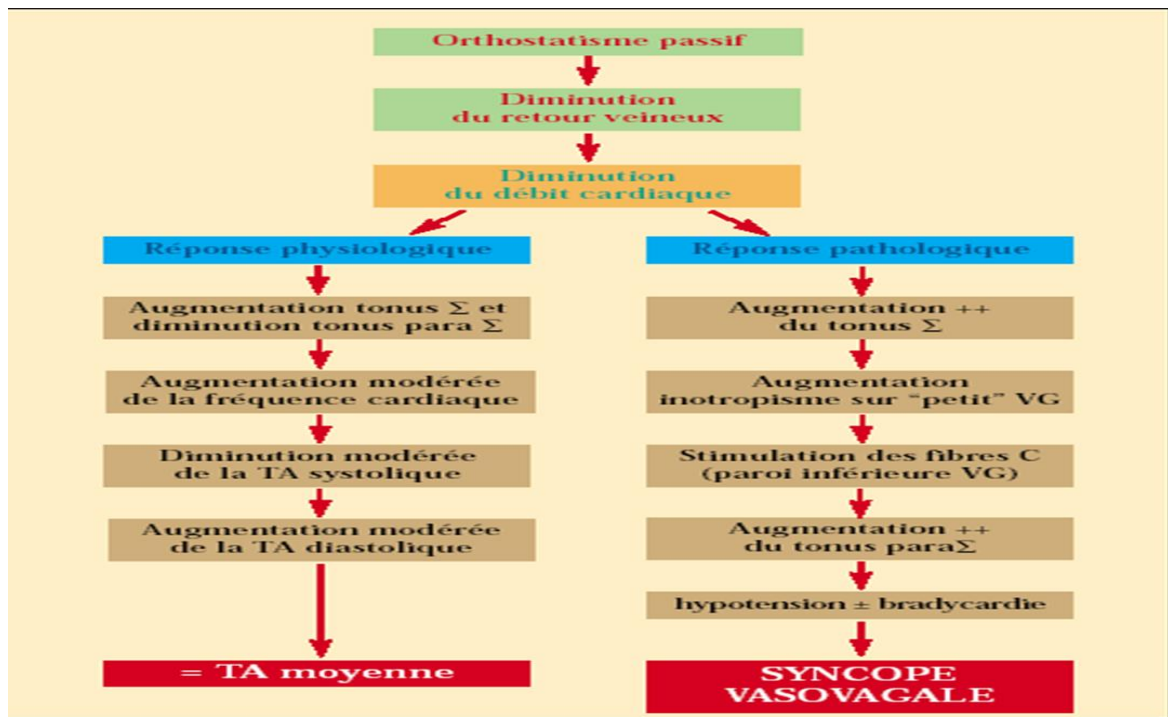
1. Syncope vaso vagale: la cause la plus fréquente++

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 , vmsts, sueurs bâillements, fatigue intense

TILT test est l'examen le plus utile si la clinique n'est pas concluante



2. Hypotension orthostatique :

Fréquente chez le sujet âgé+

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 artérielles=> 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

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

4. **syncopes reflexes situationnelle** :

toux , eteruments

déglution défécation miction

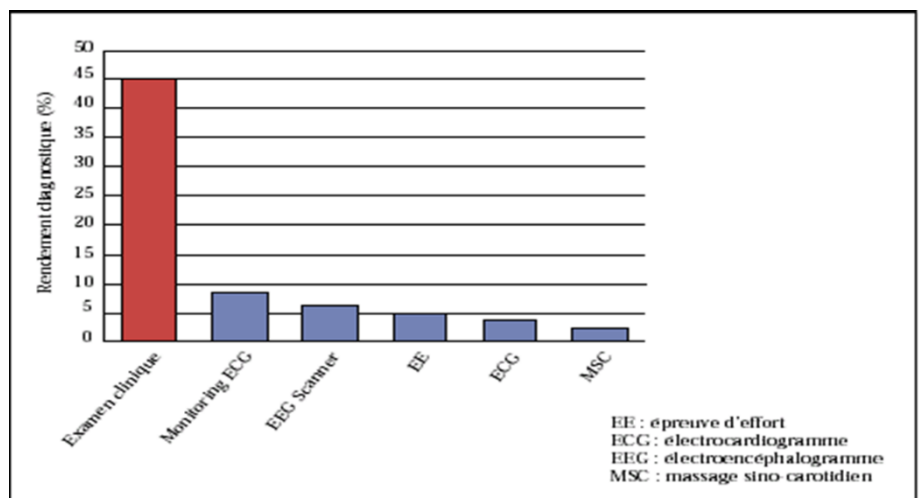
valsalva

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%)	ECG suggestif
<ul style="list-style-type: none">• Bloc auriculo-ventriculaire complet• Tachycardie ventriculaire ou supraventriculaire soutenue• Bradycardie (<35/min)	<ul style="list-style-type: none">• 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.