

CONDUITE PRATIQUE DEVANT UNE SYNCOPÉ

Dr. Merah CARDIOLOGUE / HMRUC 2018

A. EPIDEMIOLOGIE

- Symptôme de consultation fréquent en cardiologie et en médecine omnipraticienne.
- Enquêtes épidémiologiques rares
- 3% des consultations et 2 à 6% d'admissions aux urgences aux USA.
- Etude Framingham, 5200 (30-60 ans). Incidence:
 - 3% hommes 3.5% femmes.
 - 0.7% 35- 44ans.
 - 5.6% après 75 ans.
- Conséquences; mortalité et incidence de mort subite 30 et 24% à un an dans les syncopes d' origine cardiaque
- Même si étiologie bénigne, peut occasionner des traumatismes.

B. PROBLEMATIQUE

- Diagnostic positif
- Diagnostic étiologique (sensibilité et spécificité médiocres, 1/2 restent inexpliqués).
- Thérapeutique mesures d'urgence
- Pronostic: (caractère péjoratif)
 - Vital dans certaines situations
- Socioéconomique
 - ✓ les accidents qu'elle peut occasionner
 - ✓ coût relatif à sa prise en charge
 - ✓ caractère handicapant (récidive)

C. NOSOLOGIE

- Définition princeps : perte de connaissance brutale, brève et réversible liée à une ischémie cérébrale transitoire par arrêt cardiaque ou circulatoire transitoire.
- Critères :
 - Début brutal
 - Durée brève(<3mn) avec récupération complète rapide
 - Aspect de mort apparente
 - Terminaison par des troubles végétatifs inconstants.
- Equivalents mineurs : lipothymie.
- Formes graves :
 - Syncope prolongée
 - Etat de mal syncopal

D. CONDUITE A TENIR

Le médecin assiste à la syncope:

- Rare mais
- Diagnostic souvent facile.
- Antécédents, examen clinique + ECG

Le médecin n'assiste pas à la syncope:

- De loin le plus fréquent.
- Affirmer la syncope, entourage+++
- Rechercher l'étiologie.

E. Affirmer la syncope (Diagnostic différentiel): Interrogatoire du patient et de son entourage.

- Diagnostiques faciles à éliminer :
 - Hypoglycémie

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

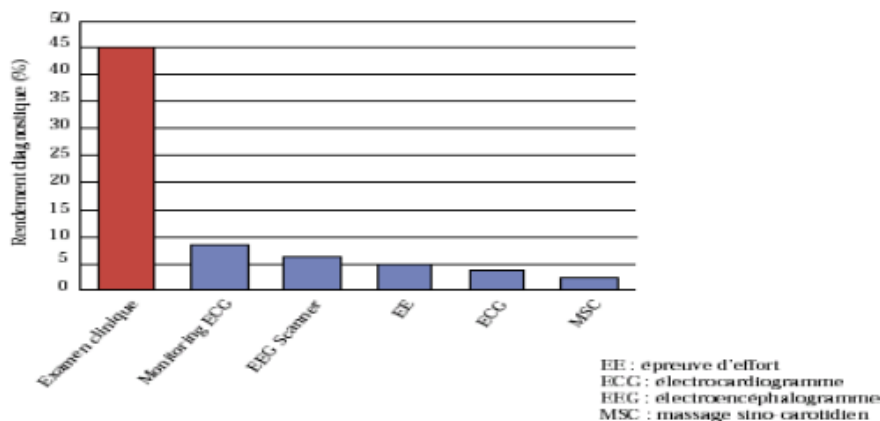
➤ Plus difficiles :

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

F. Rechercher une étiologie

Evaluation initiale :

Interrogatoire + examen clinique + électrocardiogramme



Rendement des différents examens cliniques et para cliniques réalisés aux urgences pour le diagnostic des syncopes selon une méta analyse de Kapoor

L'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 ?

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

Les autres examens complémentaires : Guidés par l'évaluation initiale.

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

DIFFERENTES ÉTIOLOGIES :

Cardiaques:

- Spontanées
- D'effort
- Posturales

Extra cardiaques:

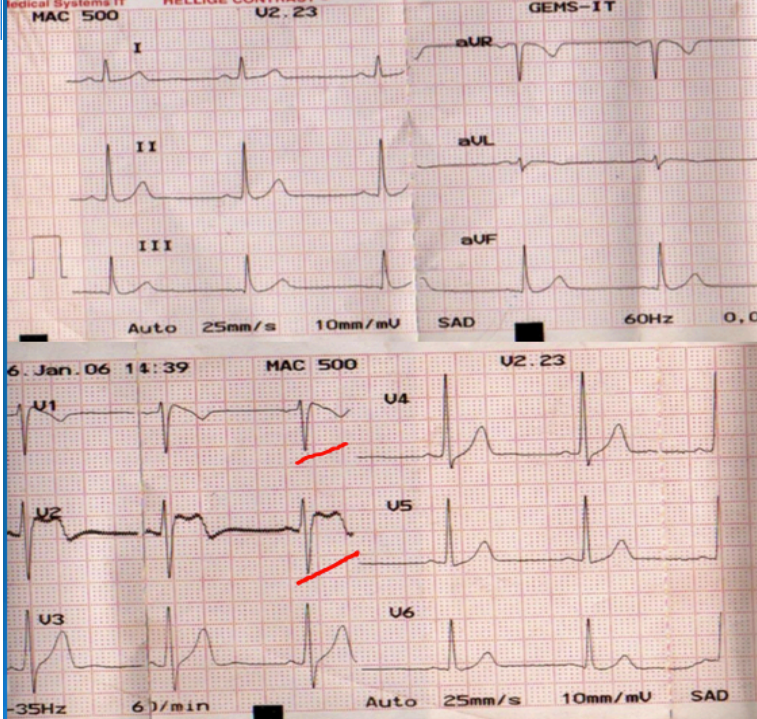
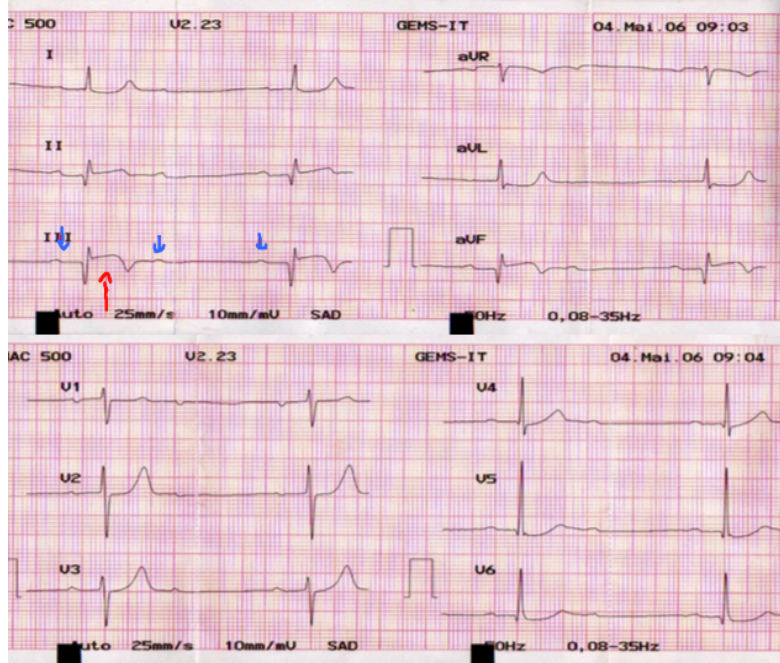
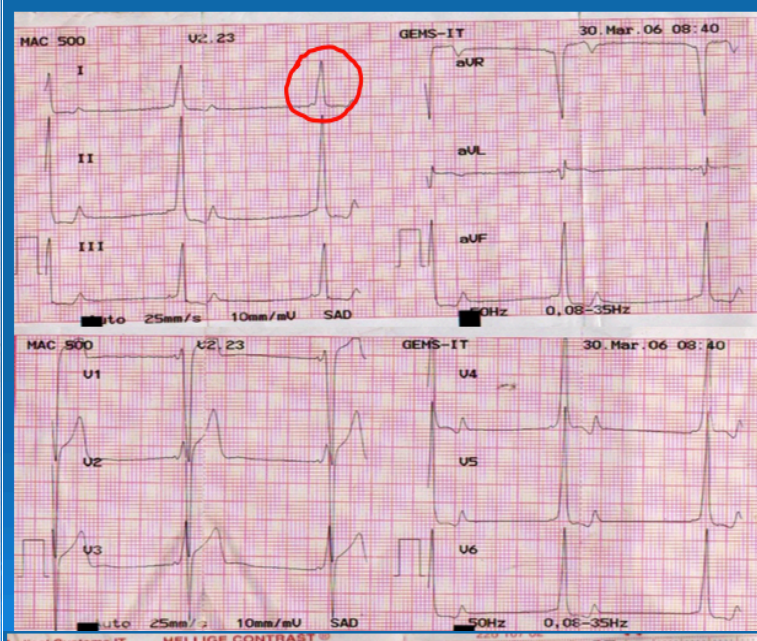
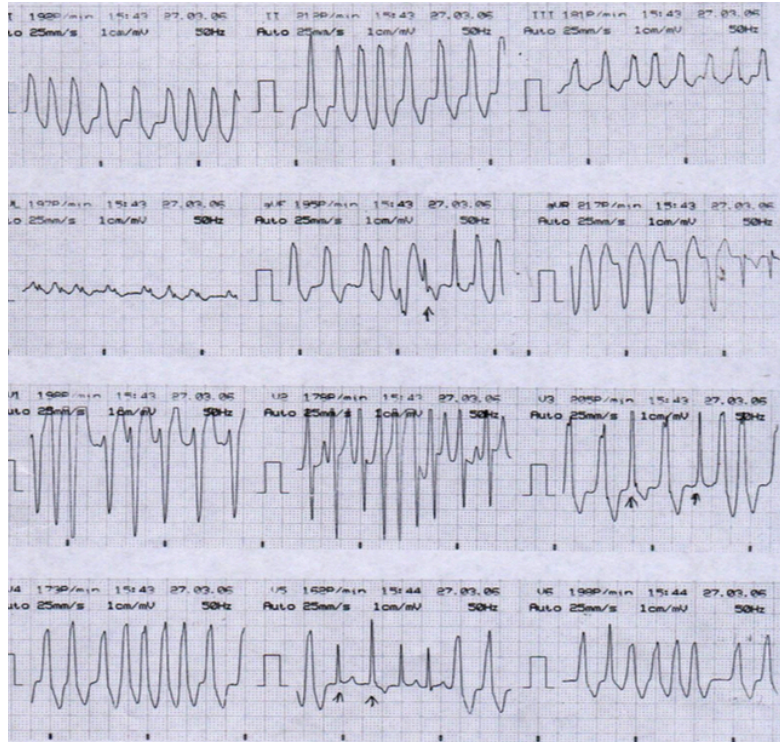
- Vaso-vagales
- neurologiques

CARDIAQUES:

I. Syncope Spontanées

- > Les BAV :
 - Complets et équivalents
 - BAV paroxystiques
- > Les déficiences sinusales :
- > Les tachycardies paroxystiques :
 - Exceptionnellement TSV, TV.
 - Syndrome de WPW
 - Torsade de pointe, QT long.
 - Syndrome de Brugada
 - DVDA
- > Les grandes urgences cardiovasculaires :
 - IDM
 - Angor de Prinzmetal
 - Cœur pulmonaire aigu
 - Dissection aortique
- > Porteur de pacemaker : usure, dysfonction, syndrome du pacemaker

B.K. 26ans, tachyarythmie sur WPW



B.B. 65ans IDM postérieur compliqué de BAV syncopal

E.E. 50ans sans antécédents, syncope

II. Syncopes d'effort

- Rétrécissement aortique.
- Cardiomyopathie hypertrophique.
- Tétralogie de Fallot.
- HTAP surtout primitive.

III. Syncopes posturales :

- Hypotension orthostatique :
- Iatrogène.
- Endocrinienne.
- Métabolique.
- Neurologique.
- Primitive.

Test de shellong

Prise de TA au repos et après 1, 3 et 5 minutes en position debout ou jusqu'à la reproduction des symptômes. Positif si chute de PAS ≥ 20 mmHg ou PAS ≤ 90 mmHg en présence de symptômes ou de sensation imminente de perte de connaissance.

- Obstacle au remplissage VG :
- Thrombose intra OG.
- Myxome de l' OG

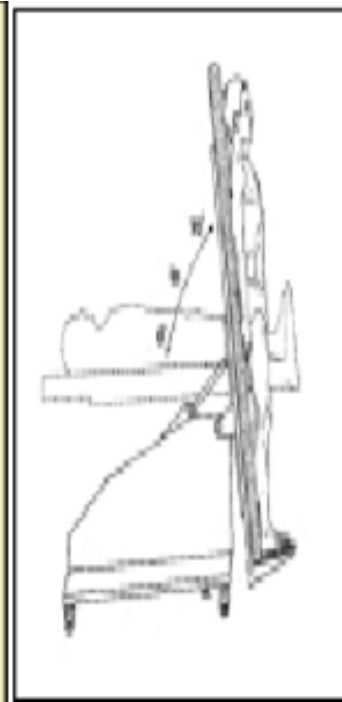
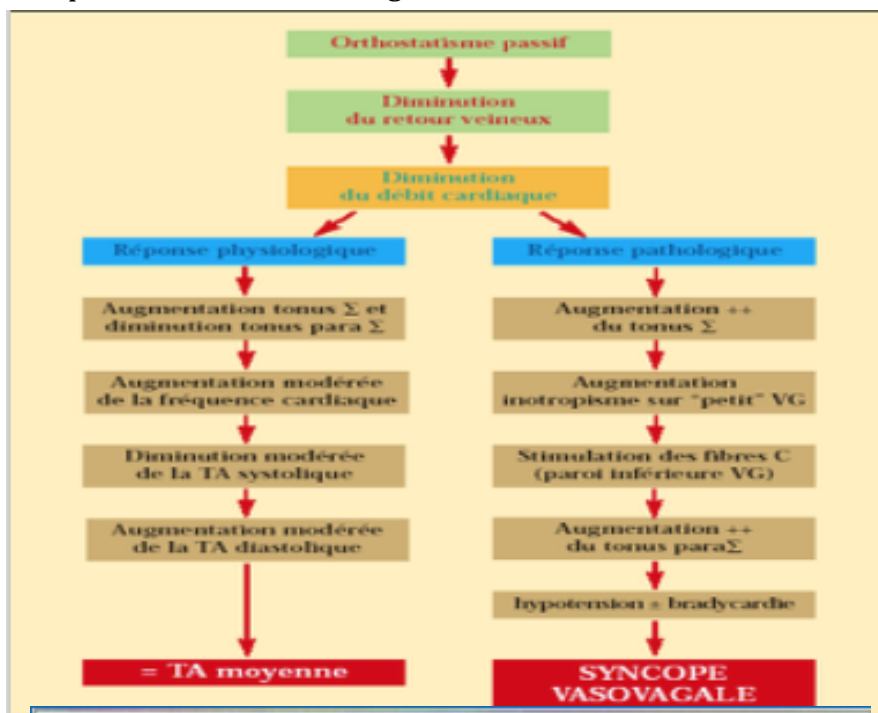
EXTRA CARDIAQUE

I. Syncopes vasovagales

- Cause la plus fréquente.
- Sujet jeune, anxieux émotif, circonstances de survenue, "voile noir jambes en coton", le patient a le temps de s'allonger.
- Association à l'IDM postérieur.
- Mécanisme : vagovagale, vasovagale ou les deux.
- Hyper sensibilité du sinus carotidien.
- Ictus laryngé(syncope tussive)
- Syncope post mictionnelle.
- Syncope post traumatique.

G. TILT TEST

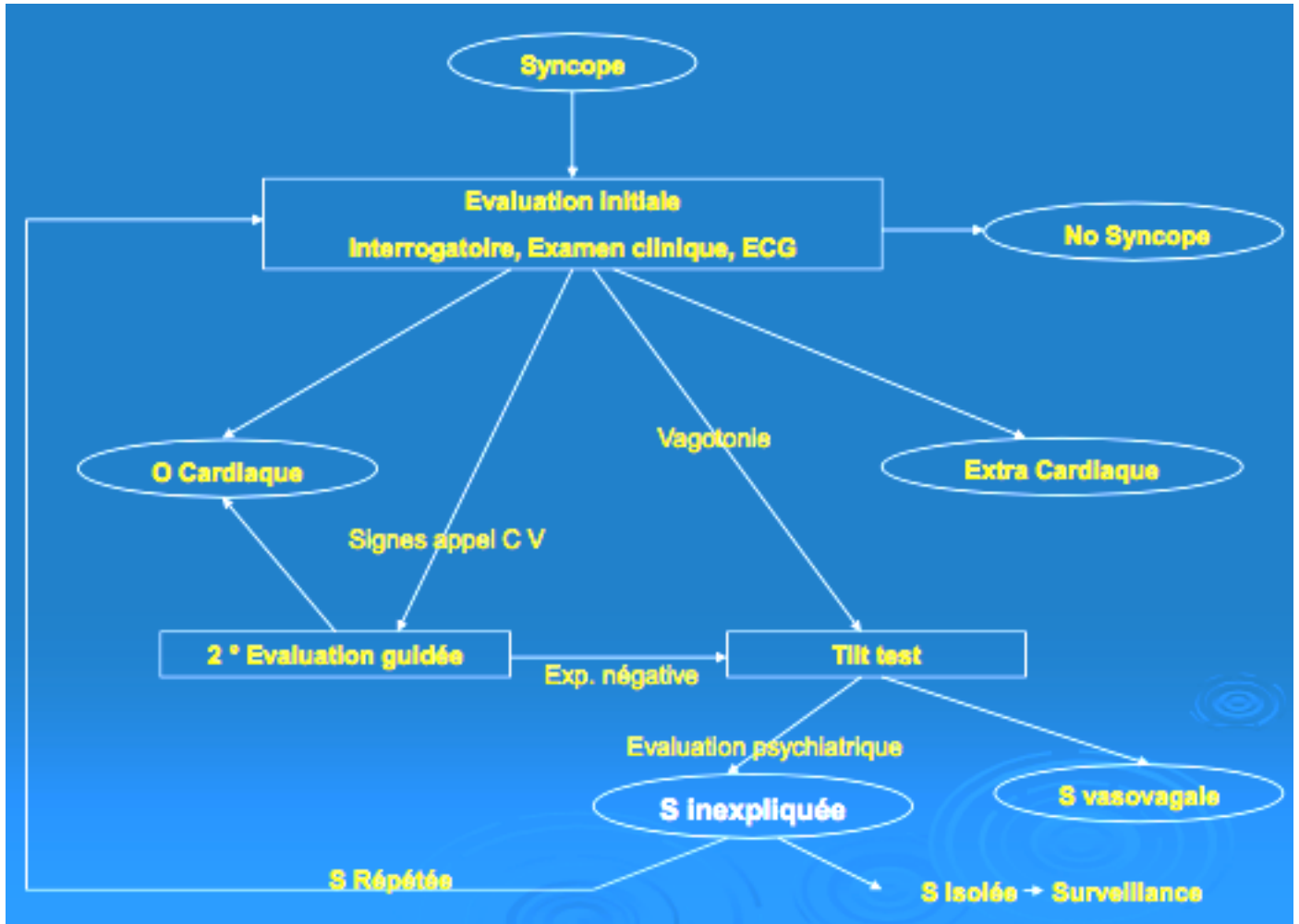
- Test effectué à jeun.
- Décubitus pendant 20' + cale pieds.
- Temps min d'inclinaison 30' (40, 60).
- Inclinaison à 80°
- TA et FC toutes les 3 min.
- ECG si lipothymie ou syncope.
- Isoproterenol en cas de négativité



N.A. 23ans, sans antécédents, sportif, syncope dans un contexte neurovégétatif riche

H. LE MASSAGE SINO CAROTIDIEN

- Utile chez les sujets de plus de 50ans.
- Pression digitale longitudinale à la bifurcation de l'artère carotide durant 5 secondes.
- Positif : s'il déclenche une asystolie de > 3 secondes avec chute de la PAS > 50mmHg en présence de symptômes.
- Contre indiqué en cas de :
 - * Souffle carotidien.
 - * Antécédents de TV ou FV.
 - * AVC ou IDM récent.
- Pratiqué sous monitoring + abord veineux



I. CONCLUSION

- Pronostic toujours grave ; étiologies et conséquences.
- Sensibilité et Spécificité Médiocre des Examens Complémentaires.
- Clé diagnostic : Clinique + ECG.
- Collaboration Multidisciplinaire Améliore la Prise en Charge.