

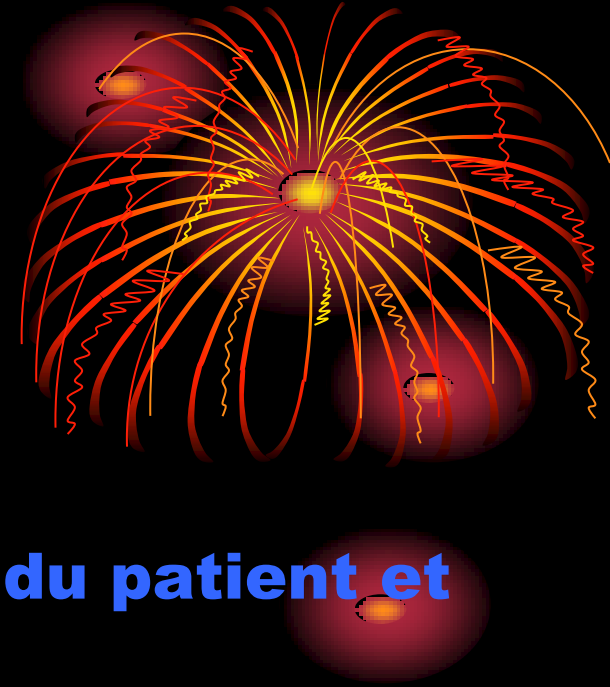


Démarche diagnostique devant une syncope

Dr Bouaguel



PLAN



- **Introduction**
- **Identification de la syncope**
- **Étiologies des syncopes**
- **Prise en charge initiale**
 - **enquête étiologique auprès du patient et des témoins**
 - **Bilan étiologique complémentaire à minima**
 - **Bilan biologique**
- **Examens complémentaires**
- **Stratégie diagnostique**
- **Traitement**
- **Conclusion**

Identification de la syncope



La syncope est aisément distinguée des autres pertes de connaissance lorsque sa description par le patient (ou les témoins) répond à la définition généralement admise : une perte de conscience totale, transitoire, spontanément résolutive responsable d'une perte du tonus postural mais sans paralysie résiduelle, à début et à fin rapides avec retour à une conscience normale.

Cette perte de connaissance est en rapport avec une ischémie cérébrale globale et passagère. Dans ces conditions, le diagnostic différentiel pourra être fait aisément avec les autres tableaux cliniques :

- Les états d'altération de la conscience sans perte de connaissance totale : lipothymies, vertiges ou certaines épilepsies temporales.**
- Les autres pertes de connaissance totales : épilepsies, accidents vasculaires cérébraux, coma,**

Est-ce vraiment une syncope?

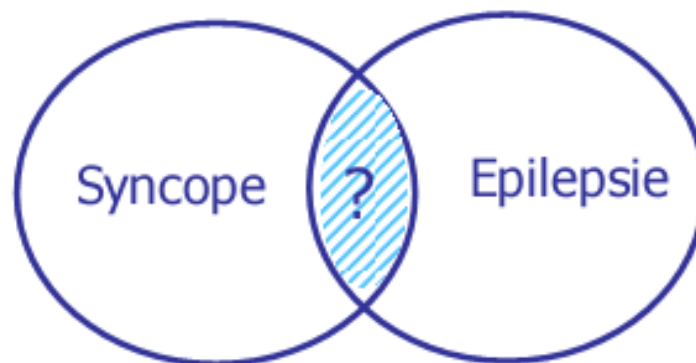
Patient avec perte de connaissance avérée

?

Véritable ***syncope***:

- réflexe
- orthostatique
- cardiaque
- autres....

Epilepsie



Syncope ou épilepsie?

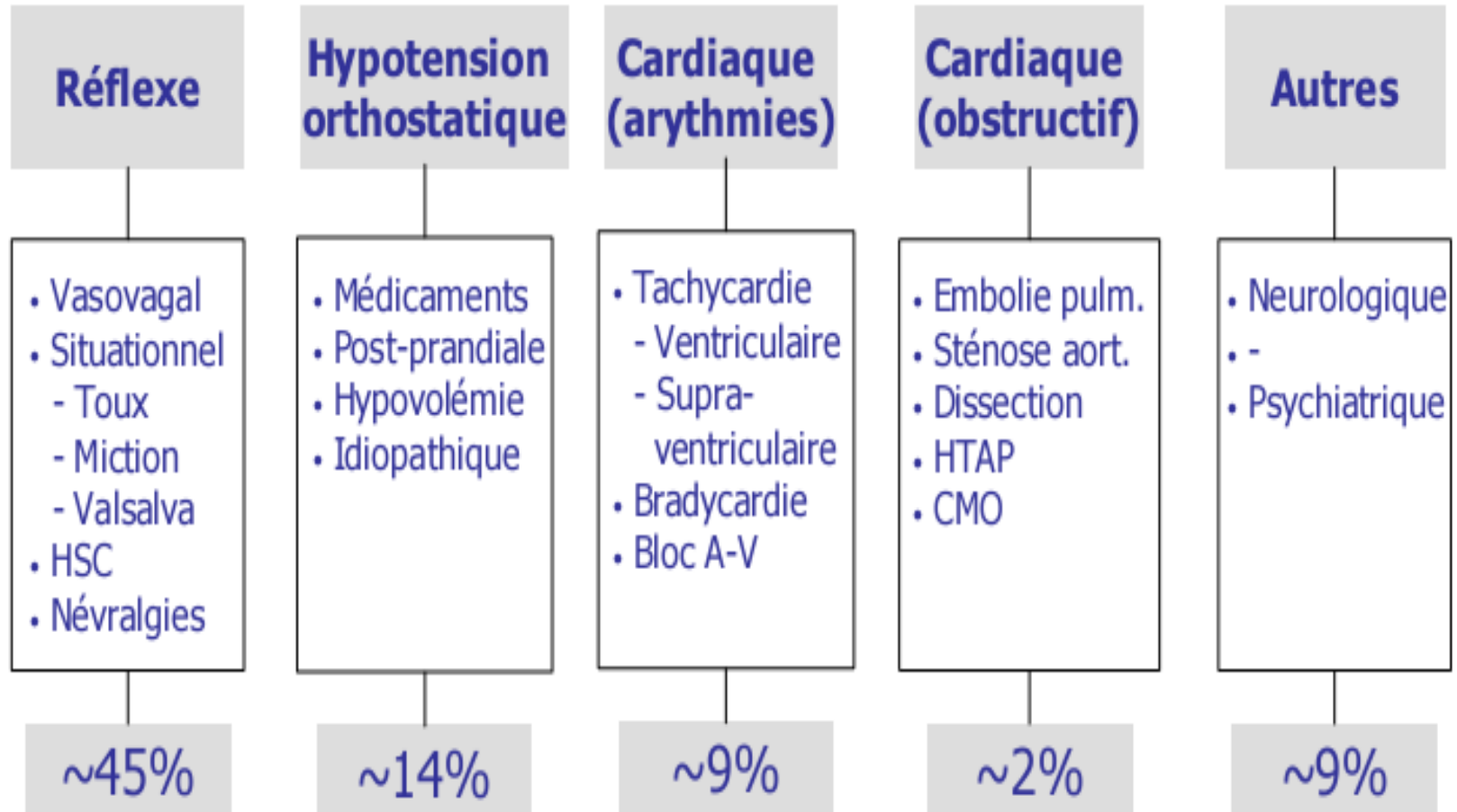
	Epilepsie probable	Syncope probable
Pendant la PC	<ul style="list-style-type: none">- Mouvements tonico-cloniques prolongés (> 20 sec) débutant en même temps que la PC- Mouvements tonico-cloniques latéralisés- Mouvements automatiques- Morsure de langue- Cyanose faciale	<ul style="list-style-type: none">- Mouvements tonico-cloniques brefs (< 20 sec) et débutant après la PC (= syncope convulsivante)
Avant la PC	<ul style="list-style-type: none">- Aura (hallucinations)	<ul style="list-style-type: none">- Nausées, sudations, chaud-froid
Après la PC	<ul style="list-style-type: none">- Confusion prolongée- Douleur musculaire	<ul style="list-style-type: none">- Récupération rapide, pâleur

Tableau 3.

Causes moins fréquentes de syncope.

Mécanisme réflexe	Toux Défécation Glossopharyngé Postprandial Après un exercice physique Maladie du sinus carotidien
Troubles du rythme et de la conduction	Tachycardie supraventriculaire Torsades de pointes (sur QT long) Tachycardie ventriculaire idiopathique Syndrome de Brugada Dysfonctionnement d'un stimulateur cardiaque implanté
Cardiopathie	Infarctus du myocarde Embolie pulmonaire Hypertension artérielle pulmonaire Dissection aortique Myxome de l'oreillette Tamponnade
Vasculaires	Vol sous-clavier

Syncope: étiologies



Syncopes inexplicées: 21%


Prise en charge initiale

Enquête étiologique auprès du patient et des témoins

Les principales difficultés rencontrées face à ce symptôme sont de bien le distinguer des autres formes de perte de connaissance et d'orienter le patient en cas de nécessité vers le milieu spécialisé le plus adapté afin de compléter au mieux le bilan étiologique. Aussi, le rôle de l'interrogatoire du patient et des témoins de la syncope dans l'approche diagnostique initiale est-il primordial.

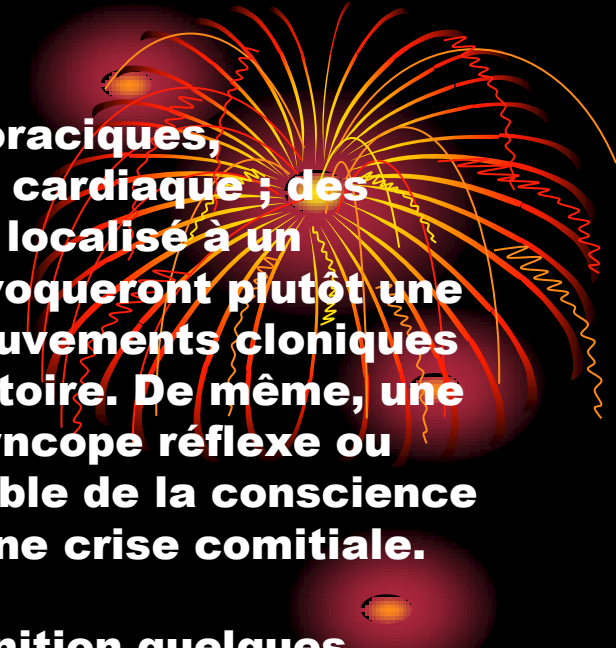
Lorsqu'il est bien conduit, il permet de déterminer l'étiologie de la syncope à lui seul dans la moitié des cas sans nécessité de recours à d'autres examens complémentaires. Il doit donc être minutieux. Les principaux éléments de l'interrogatoire qui seront à préciser sont les suivants :





- **Les circonstances de survenue : au cours d'un effort ou au repos (exemple : une syncope se manifeste à l'effort chez un patient porteur d'un rétrécissement aortique serré mais si celle-ci survient au repos, il faudra alors suspecter un trouble paroxystique de la conduction ou du rythme malgré le caractère serré du rétrécissement aortique) ; en position debout éventuellement prolongée ; lors d'une modification de posture ; contexte d'émotion, de douleur ou de peur ; au cours d'une miction en position debout, d'un effort de défécation, d'une quinte de toux, d'un effort de vomissement, etc. (Ces derniers éléments sont plus en faveur d'une étiologie réflexe).**

- **L'existence de prodromes (sensation de froid, de sueurs, de nausées, de malaise général, etc.) évoque la plupart du temps une cause réflexe alors qu'une syncope d'origine cardiaque est classiquement plus brutale de type Adams Stokes.**



- **Les symptômes associés éventuels : douleurs thoraciques, palpitations et dyspnée orienteront vers une cause cardiaque ; des signes neurologiques de type mouvement clonique localisé à un membre et la présence d'une morsure de langue évoqueront plutôt une épilepsie. Une syncope peut s'accompagner de mouvements cloniques généralisés du fait d'une ischémie cérébrale transitoire. De même, une perte d'urines peut être présente au cours d'une syncope réflexe ou d'origine cardiaque du fait de la profondeur du trouble de la conscience et n'est pas à considérer uniquement en faveur d'une crise comitiale.**

- **La durée de l'épisode : une syncope dure par définition quelques secondes avec retour immédiat à la conscience contrairement à la crise d'épilepsie.**

- **L'existence de signes postcritiques orientera vers une perte de connaissance en rapport avec une comitialité.**

- **L'âge du patient et ses antécédents**

- **Les traitements : les vasodilatateurs qui peuvent favoriser des hypotensions, les bradycardisants ou les antiarythmiques, les médicaments pouvant entraîner un allongement du QT et favoriser pas conséquence des torsades de pointes**

- **Les antécédents familiaux de mort subite ou de cardiopathie à transmission génétique.**

Tous ces éléments permettent d'orienter le médecin vers une étiologie. C'est ainsi que l'âge du patient orientera statistiquement vers une origine réflexe, première cause de syncopes avant 65 ans, mais le reste de l'interrogatoire le confirmera avec notamment les circonstances de survenue de la syncope, l'absence d'antécédent familial ou personnel ainsi que l'absence d'élément pathologique à l'examen clinique et à l'électrocardiogramme.

Enfin, l'ancienneté des syncopes et leur récurrence fréquente seront des arguments plutôt en faveur d'un bon pronostic en l'absence de cardiopathie.



Tableau 5.

Éléments de l'interrogatoire orientant vers une étiologie cardiaque, réflexe ou orthostatique de la syncope.

Étiologie cardiaque	Étiologie réflexe ou orthostatique
Présence d'une cardiopathie	Pas de cardiopathie connue
Survenue en position couchée	Survenue en position debout prolongée ou dans un contexte douloureux, désagréable, angoissant ou effrayant
Au cours d'un effort	Au cours d'un effort de vomissement Période postprandiale
Pas de prodrome	Prodromes de type nausée, sueurs, pâleur et malaise général
Signes d'accompagnement : palpitations, douleurs thoraciques ou dyspnée	
Antécédent familial de mort subite	Antécédent de syncopes à répétition de longue date Maladie de Parkinson, neuropathie diabétique
Traitement pouvant avoir des effets proarythmogènes, allonger le QT ou entraîner des troubles conductifs	Traitement vasodilatateur, alcool, drogue

Bilan étiologique complémentaire a minima


La réalisation d'examens complémentaires ne doit pas être systématique :

**si l'étiologie est évidente
si le patient n'a ni cardiopathie, ni anomalie a l'ECG
s'il s'agit d'une syncope isolée sans conséquence
traumatique.**

L'ECG est bien sûr un élément indispensable de ce bilan. Il permet soit de faire directement le diagnostic soit de le suspecter. Il permet parfois de découvrir des anomalies comme le syndrome du QT long ou le syndrome de Brugada en rapport avec des canalopathies d'origine génétique à risque potentiel de mort subite par trouble du rythme ventriculaire.. Deux gestes cliniques simples sont aussi primordiaux et peuvent donner une réponse immédiate à ce stade de l'enquête étiologique :

la recherche d'une hypotension orthostatique et d'une hypersensibilité sino carotidienne symptomatiques.





Ces deux éléments du bilan doivent être réalisés systématiquement (sauf contre-indication) après l'âge de 40 ans et plus particulièrement chez le sujet âgé polymédicamenté car ils pourront déboucher sur un traitement sans avoir recours à d'autres investigations complémentaires.

La compression des sinus carotidiens est réalisée préférentiellement en position debout ou sur une table d'inclinaison et doit durer de 5 à 10 secondes.

Elle est considérée positive si elle reproduit les symptômes et si elle entraîne une asystole = 3 secondes (réponse cardio-inhibitrice) et/ou une chute de la pression artérielle systolique = 50 mmHg. Bien que le risque d'AVC soit rare lors du massage sinocarotidien, il est plus prudent de l'éviter chez les patients ayant un antécédent d'AVC dans les 3 mois précédant la syncope ou un souffle carotidien.

Bilan biologique



Un bilan biologique de débrouillage peut comporter, selon le contexte et la présentation clinique:

un ionogramme sanguin :kaliémie et calcémie

une numération formule sanguine

le dosage des protéines myocardiques :troponine en cas de douleur thoracique et un ECG faisant suspecter un syndrome coronaire aigu.

D-dimères (en cas de suspicion d'embolie pulmonaire).

Examens complémentaires

La plupart des examens à réaliser pour le diagnostic étiologique d'une syncope inexplicée ou répétée malgré l'interrogatoire, l'examen clinique et l'électrocardiogramme, sont cardiologiques.

Test d'inclinaison

Le test d'inclinaison (ou tilt-test) est actuellement l'examen de référence pour la recherche d'une cause réflexe ou vagale. Ce test peut être réalisé de façon passive (sans recours à une sensibilisation pharmacologique) en utilisant un angle d'inclinaison de 60 ou 70 ° et une durée de 45 minutes pour avoir le meilleur rendement diagnostique

Il peut aussi s'accompagner d'une épreuve pharmacologique (isoprotérénol par voie intraveineuse ou dérivés nitrés par voie sublinguale) qui permet de raccourcir l'examen et améliorer sa sensibilité. Le mécanisme théorique de survenue de la syncope vagale au cours de cet examen est résumé dans la Figure.



Diminution du retour veineux
et séquestration de 500 cm³ de sang
dans les zones déclives

Diminution du remplissage
ventriculaire gauche

Activation
des barorécepteurs

Augmentation
du tonus sympathique

Tachycardie

Hyperkinésie

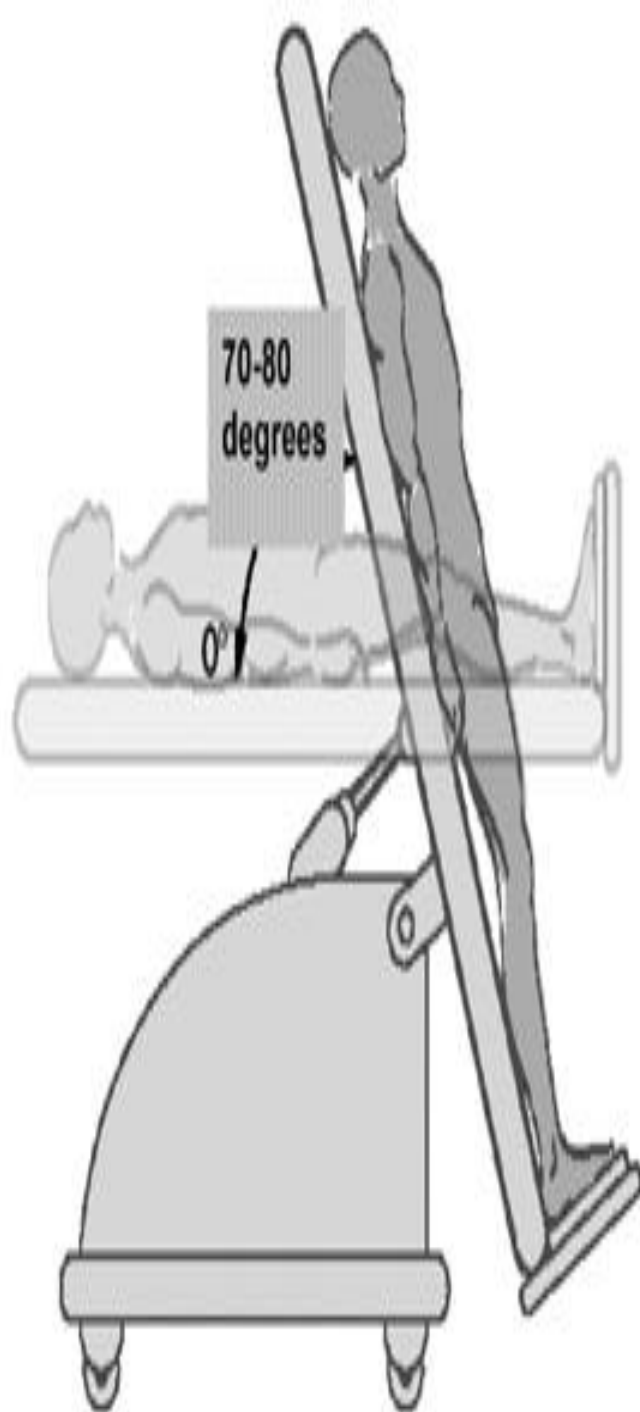
Stimulation des
mécanorécepteurs
intraventriculaires gauches

Augmentation
du tonus vagal

Diminution
du tonus sympathique

Bradycardie et/ou
vasoplégie







Échographie cardiaque

Elle recherche une cardiopathie sous-jacente : obstacle à l'éjection ventriculaire ou cardiomyopathie qu'elle soit dilatée, ischémique ou hypertrophique entraînant des troubles du rythme et de la conduction.

Holter de 24 heures

L'enregistrement Holter de 24 heures ou bien l'enregistreur d'événements selon la fréquence des symptômes recherche un trouble du rythme ou de la conduction.

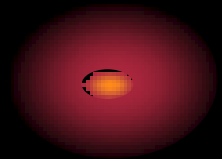
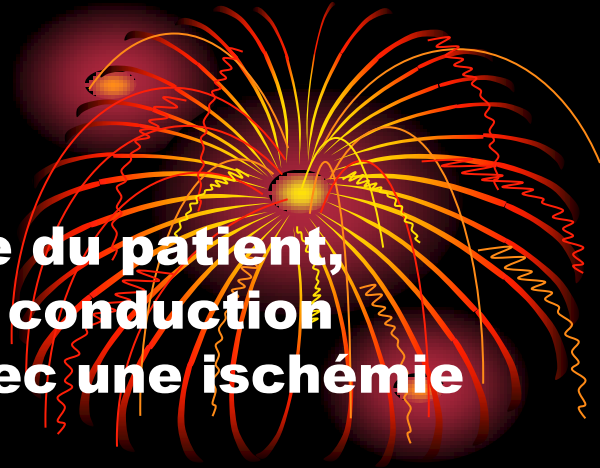
Test d'effort

Le test d'effort, selon la symptomatologie du patient, recherche un trouble du rythme ou de la conduction survenant à l'effort, en rapport ou non avec une ischémie myocardique.

Exploration électrophysiologique

L'exploration électrophysiologique complète recherche non seulement des troubles de la conduction mais également des troubles du rythme supra ventriculaires ou ventriculaires.

L'exploration peut se réaliser par voie œsophagienne (recherche de tachycardie supra ventriculaire ou exploration d'une voie accessoire) ou endocavitaire contexte et l'expérience du centre prenant en charge le patient.



Test à l'adénosine triphosphate

Le test à l'adénosine triphosphate (ATP) recherche un trouble conducteur paroxystique par stimulation des récepteurs purinergiques du nœud auriculo-ventriculaire. Ce test a été proposé récemment dans le diagnostic des syncopes inexplicables et consiste en l'injection intraveineuse de 20 mg d'ATP en bolus

La réponse est considérée positive en cas d'asystolie . d'une durée d'au moins 10 secondes.

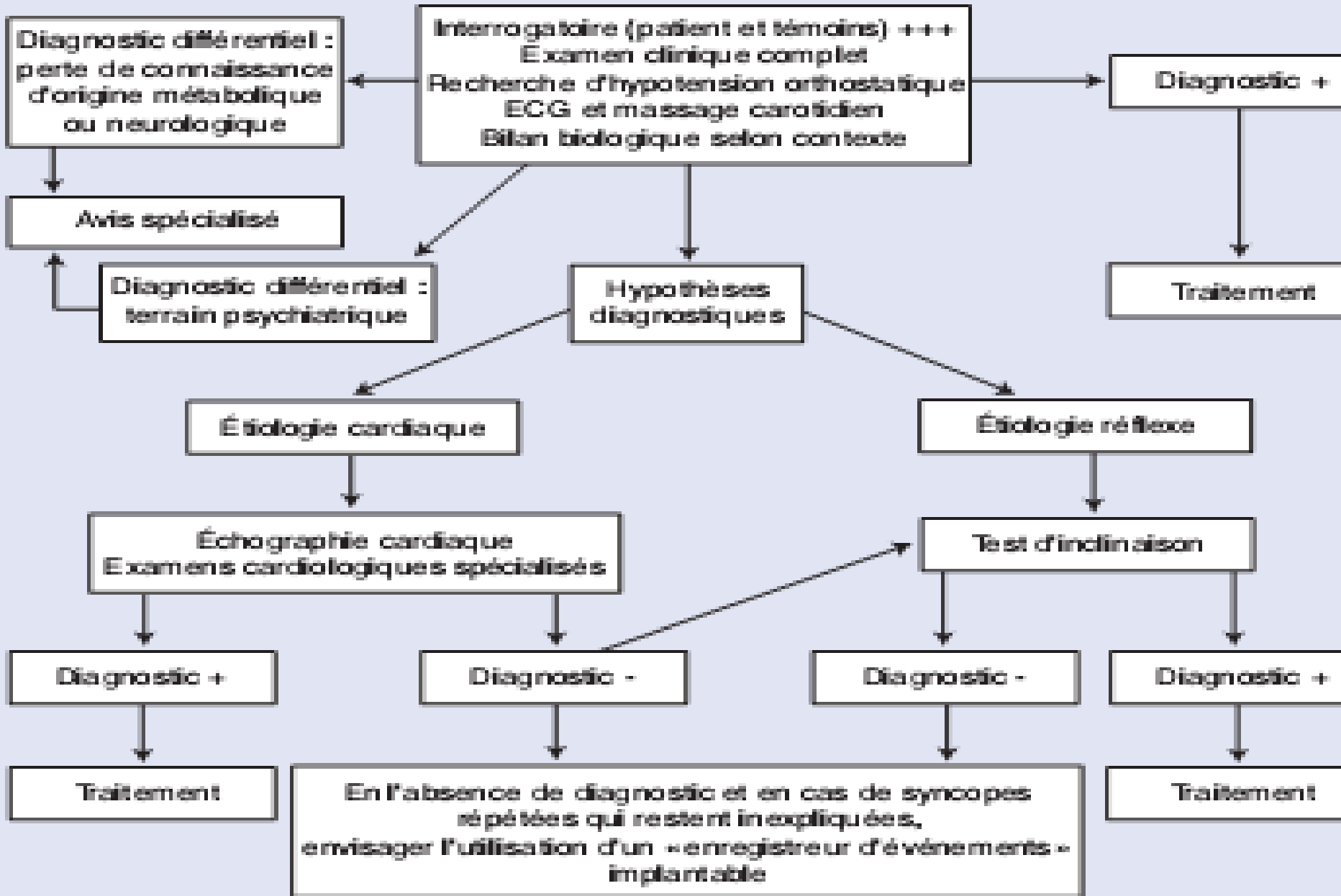
Autres tests

Le test à l'ajmaline ou au flécaïnide à la recherche d'un syndrome de Brugada en cas d'antécédent familial suspect avec un ECG non typique.

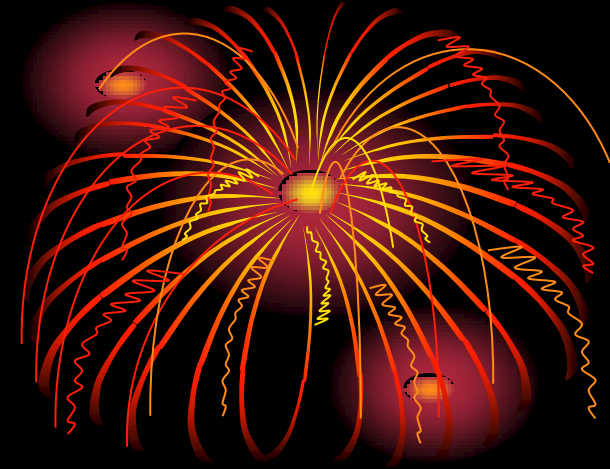
Ce test reste toutefois potentiellement à risque et doit être réalisé dans un milieu spécialisé.

La coronarographie en cas de doute sur une coronaropathie sous-jacente.

Stratégie diagnostique



Traitement



En dehors des étiologies graves nécessitant une prise en charge immédiate (embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, dissection aortique, myxome de l'oreillette, trouble conducteur ou du rythme grave, etc.), la décision thérapeutique devra être guidée par deux impératifs :

prévenir la récurrence des syncopes

prévenir l'éventualité d'une mort subite.

C'est ainsi qu'un trouble conducteur d'origine iatrogène nécessitera d'abord l'arrêt du traitement incriminé avant de décider de l'implantation d'un stimulateur définitif.

Un trouble du rythme en rapport avec une voie accessoire sera traité par une ablation par courant de radiofréquence.

Dans d'autres cas comme la découverte d'un QT long, l'indication d'un défibrillateur n'est pas formelle mais passe d'abord par la prévention en évitant les médicaments favorisant le QT long ou les circonstances favorisantes (l'hypokaliémie), en évitant l'exercice physique ou le bruit selon le type de l'anomalie génétique éventuelle

certaines étiologies nécessiteront une sanction chirurgicale relativement rapide comme la syncope d'effort chez le sujet porteur d'un rétrécissement aortique.

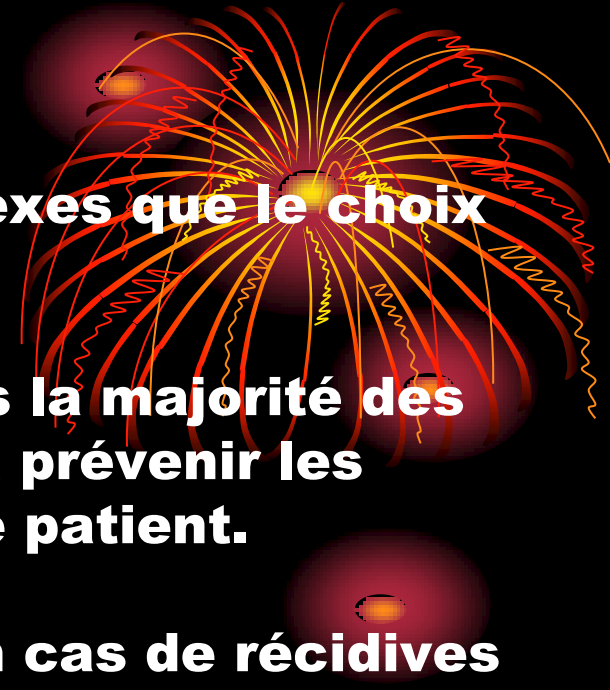
C'est plus dans le cas des syncopes réflexes que le choix du traitement s'avère parfois polémique.


En effet, cette étiologie est bénigne dans la majorité des cas et son traitement devrait se limiter à prévenir les situations déclenchantes et à rassurer le patient.

Elle peut toutefois devenir invalidante en cas de récurrences fréquentes et de traumatismes répétés.

Dans ces conditions les premiers moyens à essayer sont de favoriser l'augmentation de la volémie par une supplémentation en sel et d'améliorer le retour veineux par l'utilisation des bas de contention.

Plusieurs traitements pharmacologiques ont été tentés (bêtabloqueurs,, théophylline, fludrocortisone,) mais avec des résultats mitigés





Deux moyens thérapeutiques ont apporté plus récemment des résultats favorables chez les patients présentant des syncopes vagales récidivantes et invalidantes :

l'entraînement par le test d'inclinaison avec ou sans manœuvres isométriques au niveau des membres supérieurs et/ou inférieurs ou implantable et la stimulation cardiaque .

. Dans les autres causes de syncope dites « situationnelles », le traitement passe bien évidemment par la prévention, si possible, du facteur déclenchant et par l'amélioration de la volémie, l'éviction de la position debout, l'arrêt de la consommation d'alcool et des médicaments vasodilatateurs, etc. Enfin, dans le cas de l'hypotension orthostatique, en dehors de ces moyens, il faut comprendre le mécanisme exact de cette pathologie et adapter le traitement au cas par cas avec le recours en particulier à la fludrocortisone, lorsque la pathologie devient invalidante.

Conclusion



La prise en charge de la syncope doit suivre une stratégie raisonnée sans recourir à des examens systématiques souvent inutiles.

Un interrogatoire, un examen clinique et un ECG bien conduits permettent le diagnostic étiologique dans plus de la moitié des cas.

En l'absence de diagnostic à ce stade, le bilan étiologique doit être orienté par la présence ou non d'une cardiopathie et par le caractère récidivant ou invalidant des syncopes.

Le traitement de pathologies bénignes comme la syncope réflexe ou situationnelle doit rester symptomatique et réserver les traitements lourds comme la stimulation cardiaque aux cas les plus sévères.

Le traitement des autres étiologies devrait être basé sur la stratification du risque de récurrence et de mort subite du patient.