



Syncope ?!



Epidémiologie

La syncope est un événement extrêmement fréquent entraînant souvent l'intervention d'une ambulance voire une médicalisation, pour « inconscience ». Un tiers de la population fera au moins un syncope dans sa vie, tandis qu'elle représente 3-5% des consultations aux urgences et 2-6% des admissions.

L'incidence est très accrue à partir de 70 ans en raison des maladies cardiaques plus fréquentes et de la diminution des mécanismes physiologiques d'adaptation dans cette population.

Définition de la syncope : Perte de connaissance brève (<5min), à début brusque accompagnée d'une perte de tonus postural avec un retour spontané à un état de conscience normal.

La lipothymie, elle, est une sensation d'évanouissement imminent, souvent précédée de sudations, de troubles de la vision et/ou de l'ouïe, du tonus musculaire. Il s'agit d'une pré-syncope ou d'une syncope avortée.

La syncope et l'arrêt cardiaque sont deux entités différentes, mais elles sont liées, car les patients présentant une syncope d'origine cardiaque ont une incidence élevée d'arrêt cardiaque (24% à 1 an).

La syncope, si elle peut être banale, n'en est pas moins très anxiogène pour le patient et la famille. D'autre part, 35% des syncopes entraînent des lésions traumatiques secondaires. Les conséquences peuvent diverses (psychologique, sociale (permis de conduire...)).

Physiopathologie

L'état de conscience est maintenu grâce à la substance réticulée activatrice située dans le tronc cérébral. Une perte de connaissance est causée par un dysfonctionnement de cette zone ou des 2 hémisphère cérébraux. L'origine du dysfonctionnement peut être multiple :

- Apport insuffisant : oxygène, glucose
- Lésions ou maladies cérébrales primaires
- Toxique
- Métabolique

Le dysfonctionnement est transitoire amenant à une perte de connaissance brève, le plus souvent lié à une diminution de la perfusion cérébrale.

$$PPC = TAM - PIC$$

PPC = pression de perfusion cérébrale
TAM = tension artérielle moyenne
PIC = pression intra-crânienne

La TAM dépend de :

- Débit cardiaque
- Résistances vasculaires (générées par le tonus de la paroi des vaisseaux)

Le débit cardiaque dépend de :

- Fréquence cardiaque
- Volume d'éjection systolique, lui-même dépendant de :
 - Précharge cardiaque (retour veineux)
 - Contractilité myocardique
 - Postcharge cardiaque

Etiologies

Causes of Syncope in Pooled Data from Five Population-Based Studies*

Cause	Mean prevalence, percent
Neurally mediated	
Vasovagal	18
Situational (eg, cough, micturition, defecation, swallow)	5
Carotid sinus syncope	1
Orthostatic hypotension	8
Medications	3
Psychiatric	2
Neurologic	10
Cardiac	
Organic heart disease	4
Arrhythmia	14
Unknown	34

*Data from Linzer, M, Yang, EH, Estes, M, et al, Ann Intern Med 1997; 126:989. Includes 1002 unselected patients with syncope, including those from hospital-based referrals, emergency departments, and outpatient clinics between 1984 and 1990.

Origine cardiovasculaire :

- Arythmies :
 - Bradyarythmies : Blocs atrio-ventriculaires du 2 et 3^{ème} degré
 - Tachyarythmie : TV, torsade de pointe, TSV, FA, flutter auriculaire, ...
- NB : la FV n'est pas spontanément résolutive
- Obstruction du flux : sténose aortique, cardiomyopathie hypertrophique, embolie pulmonaire, hypertension pulmonaire
- Diminution du retour veineux : tamponnade, PNO sous tension

CAVE : la mortalité des patients avec syncope d'origine cardiaque se situe entre 20 et 30% à 1 an, comparée à 4-8% pour les patients avec une origine indéterminée !

Reflexe neuro-cardiogénique :

- Syncope vaso-vagale
- Syncope situationnelle (toux, miction, défécation)
- Hypersensibilité du sinus carotidien

Le réflexe neurocardiogénique se caractérise par une hypotension et une bradycardie. Les symptômes annonciateurs sont un voile noir, des nausées, des sudations. Il y a presque toujours des circonstances particulières (stress, chaleur, douleur, angoisse,...). Il y a souvent une fatigue résiduelle.

Hypotension orthostatique:

Deux origines :

- Incapacité à « vasoconstricter » les artères pour prévenir la chute du volume sanguin vers les membres inférieurs en position debout. Cela survient dans le cadre de :
 - Diabète
 - Maladie de Parkinson
 - Médicaments vasodilatateurs
 - Insuffisance du volume circulant :
 - Hémorragies
 - Diarrhées
 - Diurétiques

Autres étiologies :

- Cérébrovasculaire:
- AIT (accident ischémique transitoire)
- Vol sous-clavier (rare)
- Migraine (basilaire)
- Médicamenteux : surtout à effet hypotenseur et bradycardisant
- Psychiatrique : hyperventilation, « simulation »
CAVE : diagnostic d'exclusion !!

Ne sont pas des syncopes

- Épilepsie : présence d'un état post-critique (réveil lent et désorienté) ; mécanisme différent
CAVE : une syncope peut s'accompagner de mouvements tonico-cloniques (syncope convulsivante) !
- Hypoglycémie : phénomène d'apparition plus lente ; durée plus longue ; mécanisme différent ; pas de retour spontané à l'état normal

Prise en charge

But :

- Préciser les caractéristiques du malaise ou de la syncope
- Rechercher les facteurs de gravité
- Déterminer qui doit être conduit à l'hôpital
- Traiter les symptômes (identifier et traiter la cause)

1. ABC
2. **Anamnèse (essentielle, « policière » auprès des témoins !)**
3. Mesure des signes vitaux précoce et répétée (pouls radial !)
4. Examen
 - Etat de conscience AVPU, GSC, orientation
 - Recherche de signes focaux (latéralisation)
 - Recherche de complications (trauma....)
5. **Glycémie !!!**
6. Selon circonstances :
 - O₂
 - Mise en Tredelenburg (les patients sont souvent retrouvés assis..., installés par l'entourage)
 - Vvp +/- remplissage (NaCl 0,9%)
 - Médicalisation selon critères habituels

Anamnèse :

Avant :

- ATCD (y compris médicaments et allergies), AF de mort subite
- Prodromes (nausées, sudations, voile noir, douleurs thoraciques, céphalée...)
- Circonstances (efforts, douleurs, chaleur, miction, défécations, position couchée, en se levant, prise d'alcool, longue station debout, mouvement extrême de la tête, col serré...)

Pendant :

- Mouvements tonico-cloniques, morsure de langue, perte d'urine
- Respiration
- Cyanose, pâleur

Après :

- Etat post-critique, amnésie

Facteurs de gravité :

- Age > 55 ans (origine cardiaque plus fréquente, mécanismes d'adaptation diminués)
- Notion de maladie cardiaque
- Syncope survenue à l'effort
- Dyspnée, douleurs thoraciques, palpitations associées

Hypothèse diagnostique

Nombre d'épisodes :

- Un ou plusieurs sur quelques années → plutôt bénin
- Plusieurs en peu de temps → plutôt sérieux

Prodromes :

- Nausées, chaleur, vertige, voile noir, pâleur → malaise vasovagale
- Aura (sensation de déjà-vu, dysgueusie) → crise d'épilepsie
- Aucun (syncope à l'emporte-pièce) → arythmie

Positions :

- Passage à la position debout → hypotension orthostatique
- Position couché → arythmie
- Position debout → syncope réflexe

Circonstances de survenue :

- Toux, déglutition (eau froide), miction, défécation → syncope réflexe
- Effort → cardiopathie, syncope réflexe

Durée :

- Courte → syncope réflexe, arythmie
- Longue → crise d'épilepsie

Symptômes associés :

- Dyspnée → pneumothorax, embolie pulmonaire, ...
- Douleurs thoraciques → cause cardiaque, pneumothorax
- Nausées, vomissements, transpiration, pâleur → vasovagale
- Morsure de langue, perte d'urine, mvt tonico-cloniques → crise épi

Récupération :

- Nausée, sudations, pâleur, fatigue → syncope vasovagale
- Confusion, troubles état de conscience → crise d'épilepsie

Age :

- Sujet âgé → causes cardiaques plus fréquentes

Antécédants :

- Troubles psychiatriques → syncope sur crise d'hyperventilation
- Diabète → hypotension orthostatique
- HTA → hypotension médicamenteuse
- Cardiopathie → syncope cardiaque

Médicaments :

- Anti-arythmique → arythmie
- Anti-hypertenseur → hypotension
- Drogues → arythmie, hypotension

Repas :

- Déglutition → syncope réflexe
- Digestion → hypotension

Syncope ou épilepsie ?

Il est parfois difficile de faire la différence. Entre 5 à 15% des syncopes sont en fait des crises d'épilepsie. Les crises peuvent être atypiques ou l'événement peut ne pas avoir été vu. Certaines syncopes sont associées à des myoclonies provoquées par l'hypoxie cérébrale.

Arguments

Syncope	Epilepsie
<i>Prodromes, lypothymie</i>	<i>Aura (sensation de « déjà vu »)</i>
<i>Position debout prolongée ou passage en position debout</i>	<i>Morsure de langue</i>
<i>Diaphorèse</i>	<i>Mouvements anormaux</i>
<i>Pâleur</i>	<i>Tête tournée d'un côté durant la perte de connaissance</i>
<i>Tonus flasque</i>	<i>Respiration difficile et bruyante</i>
<i>Pas d'état post-critique</i>	<i>Cyanose</i>
	<i>Etat post-critique</i>

Qui conduire à l'hôpital ?

En principe tout le monde !



En tout cas si :

- Cardiopathie suspectée ou connue : coronaropathie, insuffisance cardiaque, valvulopathie ou cardiopathie congénitale, ATCD de troubles du rythme
- Anomalie ECG au scope pouvant faire suspecter une arythmie
- Syncope d'effort
- Syncope récurrente
- Syncope en position couchée
- Syncope entraînant une lésion sévère
- Histoire familiale de mort subite
- Palpitations
- Atteinte neurologique (nouvel AVC ou signes déficitaires)
- Anomalies de signes vitaux (tachy/bradycardie, hypotension, désaturation)

Mots clés

- ❖ 40% restent d'origine indéterminée
- ❖ Cause la plus fréquente : vaso-vagale
- ❖ 10-15% de causes cardiaques avec une mortalité importante à une année → importance de ne pas manquer cette cause !
- ❖ La syncope doit être considérée comme un symptôme d'alarme chez les patients âgés ...jusqu'à preuve du contraire !
- ❖ Importance de l'anamnèse (suffisante si associée à un examen clinique dans 45% des cas)
- ❖ Complications fréquente : 35% de traumatismes, 6% de fractures (ne pas oublier de rechercher la cause d'un traumatisme peu clair)