

Syncope

S. Antonini Revaz, F. P. Sarasin, H. Stalder

Introduction

La syncope est définie comme une perte de connaissance subite, transitoire, avec perte de tonus postural et suivie d'un retour spontané à un état de conscience normal. Ce symptôme résulte d'une diminution subite ou un arrêt bref du débit sanguin cérébral. La syncope est un problème fréquent; il est estimé qu'un tiers de la population en souffre une fois durant sa vie, mais la majorité ne consulte pas de mé-

decin. Elle représente 1–3% des admissions dans un service d'urgence. La majorité des syncopes ont une étiologie bénigne, mais il en résulte dans environ $\frac{1}{3}$ des cas des traumatismes secondaires.

Approche clinique

La syncope est un symptôme dont le diagnostic différentiel est large (tableau 1).

La prévalence des différentes entités cliniques susceptibles de provoquer une perte de connaissance varie selon les institutions (médecine de premier recours ou centre de référence) et l'âge du patient. En particulier la prévalence des syncopes d'origine arythmique ou réflexe reproduites par des tests spécifiques est plus élevée dans les centres de références. Chez les sujets âgés, la prévalence de syncope d'origine cardiaque et d'origine plurifactorielle est plus élevée.

La tâche du clinicien dans l'approche de ce symptôme est double. Premièrement, il faut faire la distinction entre une *syncope d'origine cardiaque* et une *syncope d'origine non cardiaque* dont le pronostic est radicalement différent. Deuxièmement, il faut identifier un certain nombre de facteurs de gravité qui vont guider les investigations. Ces facteurs de gravité sont essentiellement la présence d'une cardiopathie sous-jacente et une anamnèse de syncope à répétition. Tandis que le pronostic d'une syncope d'origine non cardiaque ou inexplicée n'est pas très différent d'une population contrôle, la mortalité après une syncope d'origine cardiaque est élevée (13–25% par an). Le pronostic reste toutefois essentiellement lié à la sévérité de la cardiopathie sous-jacente (fraction d'éjection du ventricule gauche) plus qu'à la perte de connaissance elle-même.

Syncopes d'origine non cardiaque

Hormis les étiologies neurologiques et psychiatriques, les syncopes d'origine non cardiaque sont principalement la conséquence d'une résistance vasculaire périphérique insuffisante. Ces syncopes réflexes ont toutes en commun un événement déclenchant (par exemple une séquestration veineuse dans les membres inférieurs) stimulant des mécano-récepteurs de la paroi du ventricule gauche et conduisant à une hyperactivation du système parasympathique avec ou sans inhibition du système sympathique (réflexe de Bezold-Jarish). La conséquence hémodyna-

Tableau 1. Diagnostic différentiel des syncopes (près de 50% des syncopes restent sans diagnostic).

Etiologie	Fréquence
Syncopes d'origine non cardiaque	30–45%
Syncopes réflexes	
Vasovagale	8–37%
Situationnelle	Miction, défécation, déglutition, toux 1–8%
Hypersensibilité du sinus carotidien	1–4%
Hypotension	8–20%
Hypovolémie	
Post prandiale	
Médicamenteuse	
Idiopathique	
Neurologiques (par ex: épilepsie)	3–20%
Psychiatriques (attaque de panique, hyperventilation)	2–7%
Métaboliques (hypoglycémie, hypoxie, hypocapnie)	<1%
Syncopes d'origine cardiaque	4–38%
Arythmies	
Bradyarythmie	
Maladie du sinus	
Blocs auricoventriculaires (2 ^e degré type II ou 3 ^e degré)	
Dysfonction de pacemaker	
Tachyarythmie	
Tachycardie et fibrillation ventriculaire	
Torsades de pointe (QT long, médicamenteux)	
Tachycardie supraventriculaire	
Maladies organiques cardiaques	
Sténose aortique	
Cardiomyopathie obstructive	
Sténose mitrale	
Myxome de l'oreillette	
Sténose pulmonaire	
Hypertension pulmonaire	
Tamponnade	
Autres	
Embolie pulmonaire	
Infarctus du myocarde	
Dissection aortique	

mique est soit à prédominance vasodépressive, soit cardioinhibitrice, soit mixte. Les syncopes orthostatiques, elles, résultent d'une dysfonction du système nerveux autonome et/ou d'une hypovolémie.

La *syncope vasovagale* est le plus souvent accompagnée de prodrome avec des symptômes de type neurovégétatif (nausées, vomissements, sensation de vertige, pâleur avec ou sans sudations) en présence d'un facteur précipitant (émotion, douleur, anxiété, chaleur). A noter une récupération souvent lente avec asthénie résiduelle, hypotension et bradycardie relative. On retrouve souvent des épisodes similaires dans les antécédents.

La *syncope situationnelle* (toux, miction, défécation et déglutition) est médiée par un mécanisme réflexe du système nerveux autonome qui induit une réponse principalement vasodépressive.

La *syncope sur hypersensibilité du sinus carotidien* est rare. Sa prévalence augmente toutefois avec l'âge. Pour être diagnostique, le massage du sinus carotidien doit provoquer une asystolie de >3 secondes et/ou une chute de la tension systolique de >50 mmHg avec une reproduction simultanée des symptômes. Plusieurs études récentes suggèrent que le massage du sinus carotidien doit s'effectuer en position couchée puis en position debout, ce qui augmente son rendement diagnostique.

L'*hypotension orthostatique* est évoquée à l'anamnèse par la survenue d'une syncope suite au passage de la position couchée ou assise à debout, confirmée par un test de Schellong. Elle est fréquemment la conséquence de traitements médicamenteux (anti-

hypertenseurs, antidépresseurs) et peut survenir comme manifestation d'une hypovolémie, de varices, ou d'un dysfonctionnement du système nerveux autonome (diabète, alcoolisme et autres). Elle peut également survenir suite à un alitement prolongé par déconditionnement cardiovasculaire, après une sympathectomie chirurgicale, ou chez la personne âgée dans la période post prandiale.

La *syncope d'origine épileptique* est caractérisée par des mouvements tonico-cloniques soutenus (>20 sec.), un aspect cyanosé, et suivie d'un état post-critique (désorientation prolongée après la perte de connaissance) ce qui la distingue souvent d'une syncope convulsivante. La présence d'une morsure de langue a également une valeur discriminative en faveur de l'épilepsie, ce qui n'est pas le cas de la perte d'urine.

Dans de rares cas, une syncope peut être d'origine neurologique suite à un accident ischémique transitoire dans le territoire vertébro-basilaire, un syndrome du vol sous-clavier, une diminution localisée du flux de l'artère vertébrale (compression extrinsèque, athérosclérose) avec une syncope induite par un changement de position de la tête.

Les *syncopes médicamenteuses* peuvent être d'origine non cardiaque (hypovolémie, réaction anaphylactique) ou cardiaque (brady- et tachyarythmies).

Une syncope peut également être *d'origine psychiatrique*. Ce diagnostic est à évoquer particulièrement chez des sujets jeunes lors de syncope récidivante et en présence simultanée de symptômes compatibles avec une attaque de panique ou une crise d'hyperventilation.

Tableau 2. Anamnèse ciblée en cas de syncope.

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?

Syncopes d'origine cardiaque

Les syncopes d'origine cardiaque ont comme origine soit une diminution du débit cardiaque secondaire à une arythmie, soit une incapacité à augmenter le débit cardiaque (obstruction) consécutive à des maladies cardiaques organiques (tableau 1).

Anamnèse

L'anamnèse doit être ciblée afin de distinguer les différentes causes des syncopes (tableau 2).

Examen clinique

L'examen clinique doit être minutieux. Il est de toute importance d'exclure une affection cardiaque et neurologique.

Un test de Schellong est systématiquement indiqué. La pression orthostatique se mesure après 5 minutes en position couchée. Les mesures doivent s'effectuer après 1, 3 et 5 minutes en position debout ou jusqu'à reproduction des symptômes. Ce test est considéré comme positif si on observe une chute de la pression

systolique de ≥ 20 mmHg ou une pression artérielle systolique ≤ 90 mmHg en présence de symptômes de perte de connaissance ou de sensation imminente de perte de connaissance.

Le *massage du sinus carotidien* est utile chez les patients de plus de 50 ans. Il s'effectue par pression digitale longitudinale à la bifurcation de l'artère carotide interne et externe durant 5 secondes. Ce test est considéré positif s'il déclenche une asystolie de > 3 secondes avec chute de la tension systolique de > 50 mmHg en présence de symptômes. Le massage du sinus carotidien est contre-indiqué en présence d'un souffle artériel carotidien, d'une anamnèse de tachycardie ventriculaire ou fibrillation ventriculaire, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois. Ses complications potentielles sont une arythmie ventriculaire et/ou une asystolie prolongée. Il doit donc être pratiqué sous monitoring ECG et avec un accès veineux en place.

Examens complémentaires

Bien qu'il ne soit diagnostique que dans 5% des cas, l'examen complémentaire incontournable est l'*ECG standard* avec 12 dérivations. Cet examen permet d'identifier un certain nombre d'anomalies non diagnostiques qui doivent faire suspecter une arythmie à l'origine de la syncope (tableau 3). Un *bilan biologique* (hématocrite, glycémie, électrolytes, urée et créatinine) de routine n'est pas recommandé, mais indiqué selon les résultats de l'anamnèse et de l'examen physique.

Les investigations cardiaques spécialisées (échocardiographie, Holter, ECG d'effort, exploration électrophysiologique) ne sont indiquées que lors de suspicion de syncope d'origine cardiaque (tableaux 2 et 3).

Il est recommandé de pratiquer un test d'inclinaison prolongée (*tilt-test*) et un massage du sinus carotidien en position couchée puis debout en cas de syncope récidivante inexplicée par l'anamnèse et l'examen physique seulement s'il n'y a pas de cardiopa-

thie sous-jacente ou lorsque les examens cardiaques ont permis d'écartier une cause cardiaque à l'origine de la perte de connaissance. Dans cette situation, le rendement de ce test est élevé (sensibilité 50–80%, spécificité 90%).

Attitudes et traitement

D'emblée, il faut distinguer la syncope d'autres entités cliniques (drop attack, crise d'hyperventilation, attaque de panique) qui peuvent mimer une perte de connaissance. Dans un deuxième temps, il faut distinguer une syncope d'une crise d'épilepsie tout en se rappelant qu'une syncope peut quelques fois être suivie de mouvements convulsifs. En général, le diagnostic d'épilepsie peut être exclu en l'absence de mouvements convulsifs soutenus, en l'absence de cyanose, et si le patient récupère rapidement.

L'anamnèse associée à un examen clinique détaillé, à un ECG, et à un test d'orthostatisme a une valeur diagnostique combinée d'approximativement 50%.

Pour les patients avec une syncope inexplicée après ce bilan non invasif, il est de toute importance de déterminer si la syncope peut être d'origine cardiaque, étant donné le mauvais pronostic. Une maladie cardiaque préexistante, une pathologie cardiaque détectée à l'examen physique et la présence d'un ECG anormal sont des facteurs prédictifs de syncope d'origine cardiaque. Dans ces cas, et uniquement dans ces cas, il est indispensable de poursuivre les investigations par des tests spécialisés (Holter de 24h, échocardiographie, exploration électrophysiologique). La décision d'hospitalisation doit être discutée de cas en cas pour les patients chez qui une étiologie cardiaque est suspectée. Des investigations spécialisées (tilt test) à la recherche d'une syncope d'origine réflexe sont également indiquées en présence de syncope à répétition et lorsqu'une origine cardiaque a été exclue.

Si l'anamnèse, l'examen clinique et l'ECG ont permis de poser un diagnostic de syncope situationnelle

Tableau 3. ECG diagnostique et suggestifs d'une syncope sur arythmie.

ECG diagnostique (5%)	ECG suggestif
Bloc auriculo-ventriculaire complet	Bloc bifasciculaire
Tachycardie ventriculaire ou supraventriculaire soutenue	Autre anomalie de conduction intraventriculaire (QRS ≥ 12 msec)
Bradyarythmie (< 35 /min)	Bloc auriculo-ventriculaire 2 ^e degré Mobitz I
	Bradycardie sinusale asymptomatique ou bloc sino-atrial
	Complexe QRS de préexcitation
	Allongement de l'intervalle QT
	Dysplasie du ventricule droit (onde T négative dans les dérivationes droites)
	Onde Q suggestives d'un infarctus du myocarde

ou une hypotension orthostatique, le patient peut être suivi en ambulatoire sans examen complémentaire. Le traitement consiste alors en l'élimination de la cause si ceci est possible. Le traitement des syncopes réflexes récidivantes est difficile et doit être discuté individuellement avec un spécialiste. Les β -bloqueurs et la pose d'un pacemaker ont montré une certaine efficacité dans cette situation.

Les 3 points plus importants à retenir

■ **L'anamnèse et l'examen physique associés à un ECG standard et un test de Schellong permettent d'établir la cause d'une syncope dans environ la moitié des cas.**

■ **Les syncopes d'origine non cardiaque ainsi que les syncopes d'origine inexpliquée ont en général un bon pronostic et des examens complémentaires ne sont pas indiqués de routine. Seuls les patients avec une anamnèse de syncope à répétition méritent des examens complémentaires, particulièrement un test d'inclinaison prolongée (tilt test).**

■ **Il est essentiel d'exclure une origine cardiaque à la syncope et, en cas de suspicion clinique (ECG anormal, présence d'une cardiopathie), de faire des examens complémentaires ciblés étant donné le mauvais pronostic de ces patients.**

Date de la première édition: 12 mars 2002
par S. Antonini-Revaz, F. P. Sarasin et H. Stalder
Pour tout renseignement, commentaire ou question: Hans.Stalder@hcuge.ch
Cette stratégie est également disponible sur le web:
<http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Références

- 1 Kapoor WN. Diagnostic evaluation of syncope. *Am J Med* 1991;90:91-106.
- 2 Kapoor WN. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine* 1990;63:160-75.
- 3 Linzer M, Yang EH, Estes NAM, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination and electrocardiography. *Ann Int Med* 1997;126:989-96.
- 4 Arthur W, Kaye GC. Important points in the clinical evaluation of patients with syncope. *Postgrad Med J* 2001;77:99-102.
- 5 Kapoor WN. Syncope. *N Engl J Med* 2000;343:1856-62.
- 6 Oh JH, Hanusa BH, Kapoor WH. Do symptoms predict cardiac arrhythmias and mortality in patients with syncope. *Arch Intern Med* 1999;159:375-80.
- 7 Alboni P, Brignole M, Enozzi C, Raviele A, Del Rosso A, Dinelli Met al. Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardio* 2001;37:1921
- 8 Fenton AM, Hammil SC, Rea RF, Low PhA, Shen WK. Vasovagal syncope. *Ann Int Med* 2000;133:714-25.
- 9 Parry SW, Richardson DA, O'Shea D. Diagnosis of carotid sinus hypersensitivity in older adults: carotid sinus massage in the upright position is essential. *Heart* 2000;83:22.
- 10 Manolis AS, Linzer M, Salem D, Estes NAM. Syncope: Current diagnostic evaluation and management. *Ann Int Med* 1990;112:850-63.
- 11 Brignole M, Alboni P, Bendit D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen P, et al. Guideline on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;22:1256-306.

Pr Hans Stalder
Département de médecine communautaire
Hôpital cantonal
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève 14
Hans.Stalder@hcuge.ch

