

Syncope

Importance

- Perte de connaissance transitoire, durant quelques secondes à minutes, avec perte du tonus postural et récupération spontanée.
- En 10 ans, presque 1 personne sur 5 a une syncope [1].
- 3–5% des patients aux services d'urgence avec 25–67% d'hospitalisations [1, 2].
- Facteurs prédictifs d'hospitalisations [5]: syncopes cardiaques, âge, dépendance sociale, comorbidité.

Etiologie [1–5]

Inconnue 13–41%

- Vasovagale (neurocardiogène) 19–47% (synonyme approximatif: neurally mediated reflex syncope).
- Orthostatisme, syncopes réactionnelles, syndrome du sinus carotidien.

Cardiaque 4–26%

- Arythmies env. 18% (tachycardie ventriculaire, SSS, bloc AV).
- CC organique env. 4% (sténose aortique valvulaire, myocardiopathie obstructive hypertrophique HOCM, insuffisance cardiaque grave).
- Embolie pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, dysfonction du pacemaker.

Neurogène¹

- Epilepsie (env. 5%), TIA/ictus jusqu'à 10%.

Autres

- Métabolique (hyponatrémie, hypoxie, hyperventilation, hypovolémie).
- Toxique médicamenteuse (vasodilatateurs, diurétiques, sédatifs, alcool, drogues).
- Psychogène (hystérie).

Diagnostic (modifié d'après [4])

Programme de base: pose du diagnostic possible dans 50–74% des cas. Anamnèse (syncope cardiaque généralement sans aura; dans les syncopes vagales, symptômes généralement végétatifs). Status, ECG, test orthostatique, évt massage du sinus carotidien.

¹ Symptômes ne correspondant généralement pas à une syncope au sens strict.

Suspicion de syncope neurocardiogène

Syncope d'étiologie indéterminée sans cardiopathie dans le programme de base et pour le premier épisode

Suspicion de cardiopathie [1]

Suspicion d'embolie pulmonaire

Suspicion de syncope neurogène [1]

Aucun autre examen

Pas d'autre diagnostic

Echo, ergométrie si CC prouvée: Holter, évt d'examen électro-physiologique ou cathétérisme cardiaque

D-dimères, ABGA, évt scintigraphie pulmonaire

EEG (épilepsie); TC/IRM (ictus) évt Doppler carotidien (uniquement si suspicion de sténose carotidienne bilatérale) si syncopes graves ou récidivantes

Test de Schellong

- Comparaison de la TA et de la fréquence cardiaque (FC) en position couchée et debout (après 1, 3 et 5 minutes).
- Pathologique si chute de la TA >20 mm Hg [1].
- Chute de TA >20 mm Hg et:
 - ascension de la FC >10/min: pooling veineux ↑; système nerveux autonome normal – par ex. si status variqueux, médicaments (dérivés nitrés, neuroleptiques), alitement, grossesse.
 - ascension de la FC <10/min: pooling veineux normal, neuropathie autonome (p.ex. diabète).
 - diminution de la FC: vasovagale, après activation sympathique.

Traitement

- Syncope cardiaque: traitement de la maladie de fond (CI, insuffisance cardiaque, antiarythmique, évt pacemaker).
- Syncope d'étiologie indéterminée: 1^{er} épisode: aucun traitement; si récidives: autres investigations (ECG de Holter).
- Options thérapeutiques: en fonction de la situation, éviter les facteurs déclenchants; si syncope orthostatique, liquide, sel, bas de compression, évt fludrocortisone. Aucun médicament n'a fait ses preuves dans les syncopes vasovagales et réactionnelles [1].

Pronostic

- Pronostic excellent en matière de morbidité et de mortalité chez les patients de >30 ans et si syncopes d'étiologie indéterminée et non cardiaque.

- La syncope en soi n'est pas associée à une augmentation de la mortalité.
- Pronostic fonction de cardiopathies sous-jacentes (surtout insuffisance cardiaque) [3–5].
- Mortalité à 1 an des syncopes cardiaques 18–33% contre 0–12% pour les non cardiaques. L'incidence de sudden-death est particulièrement élevée chez les patients ayant une cardiomyopathie dilatatrice [2–5].
- Jusqu'à 35% de récurrences à 3 ans, non associées à une mortalité plus élevée; risque de récurrence plus élevé chez les patients âgés; proportion de récurrences indépendante de l'étiologie [1].
- Les syncopes vasovagales ont un pronostic quo ad vitam normal même sans aucun traitement [1].
- Les facteurs prédictifs d'arythmies ventriculaires et de mortalité sont: âge >45 ans, status après insuffisance cardiaque, status après arythmies ventriculaires, ECG pathologique: risque à 1 an de 70% si ≥ 3 facteurs [1].

Références

- 1 Brignole M, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Eur Heart J. 2001;22:1256–306.
- 2 Wagner P, et al. Predictors of hospitalization in emergency department patients with syncope. Eur J Int Med. 2000;11:39–44.
- 3 Soteriades ES, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med. 2002;347:878–85.
- 4 Kapoor NW. Syncope. N Engl J Med. 2000;343:1856–62.
- 5 Colivicchi, et al. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. Eur Heart J. 2003;24:811–9.

Prof. Benedict Martina
 Institut universitaire de Médecine générale
 Petersgraben 4
 4031 Bâle
 bmartina@uhbs.ch

BIST DU ES?

Wer hat den Morgentau
 in mich gelegt?
 Wer ist's, der diesen Duft
 ins Kühle webt?

Sanft steigt ein Erdgeruch
 in warmes Licht,
 ein Hauch weht zärtlich in
 mein Wintergesicht.

Woher ist dieses Lied,
 das aus den kahlen Bäumen klingt,
 die Kraft,
 die lachend in die Dinge dringt?

Schon ahnt man hier und dort
 ein helles Grün,
 und alles zittert angespannt,
 um aufzublühn.

Bist du es, Frühling,
 Herzensbieger?
 Du bist's! Und wieder ist's
 wie erstes Lieben.

Thomas Schweizer