

Avertissement: Notes prises au vol;erreurs possibles, prudence...

Mardi 23 août 2011

Hôpital cantonal de Genève

Syncope inexplicée: qui investiguer?

Prof. F. Sarrasin

Une syncope, c'est une perte brutale de conscience avec perte du tonus postural suivie d'une récupération spontanée et rapide. Pour ce qui est de la circulation cérébrale, on estime qu'il faut un arrêt du flux cérébral de +ou - 8 secondes et pour ce qui est de la tension artérielle, une chute de la systolique en dessous de 80 mmHg.

Ce n'est pas rare car il y a à peu près 2000 malaises et pertes de connaissances qui se présentent aux urgences chaque année, et un peu moins de 1000 syncopes.

Il y a un pic d'âge aux alentours de 20 ans, puis ça redescend et ça ré-augmente progressivement vers la 50 aine, ce qui fait qu'à un âge gériatrique l'incidence est de 10-15% ...

Dans un contexte de centre d'urgence (et non pas dans une consultation cardiologique comme c'est souvent le cas dans la littérature), la majorité des syncopes sont dites réflexes (35-55%) c'est à dire vasovagales, ou situationelles, ou encore dues à une hypersensibilité du sinus carotidien.

Ensuite on parle d'hypotensions orthostatiques (10-20%) post prandiales, ou médicamenteuses, ou hypo-volémiques ou idiopathiques.

Ensuite ce sont les arythmies cardiaques (3-7%) avec des lambeaux de tachycardie ventriculaire, ou supra-ventriculaire, des bradycardie ou des Blocs AV .

Ensuite encore, ce sont les causes cardiaques obstructives (1-2%) telles les embolies pulmonaires, les sténoses aortiques, les dissections aortiques, l'hypertension pulmonaire (HTAP) ou les cardiomyopathies obstructives (CMO).

La neurologie et la psy en regroupent encore 5-10%, et les 15-25% restantes sont inexplicées.

Il y a 4 questions qu'il faut se poser:

- est ce vraiment une syncope?
- quel bilan pratiquer?
- qui investiguer?
- où investiguer?

En 2009 les recommandations des cardiologues étaient de distinguer les malaises avec perte de connaissance (PC) des malaises sans PC.

Pour les 1ers on était plutôt face à des chutes, drop attacks, AIT, ou vertiges alors que pour les seconds il fallait distinguer les crise d'épilepsie des autres.

Pour les autres c'était bien de syncopes qu'il s'agissait...

Donc pour les syncopes le bilan c'est:

- anamnèse
- examen physique (avec examen neurologique)
- ECG
- Test d'orthostatisme (il faut qu'il y ait une baisse de 20mmHg et des symptômes pour que le test soit positif).
- Labo: Hb,Ht puis le reste selon la clinique...
- -si > 50 ans: massage du sinus carotidien...

Avec ça on arrive à poser un diagnostic dans 50-60% des cas...

Maintenant avec ceux pour lesquels on n'a pas de diagnostic...on fait quoi?

D'abord on cherche à évaluer le risque d'une récurrence...en particulier d'une arythmie...

Soit le risque est élevé...: danger de récurrence voire de mort...

Soit le risque est bas mais le patient a déjà fait des syncopes récurrentes...(>2/an): danger de chutes et de fractures...

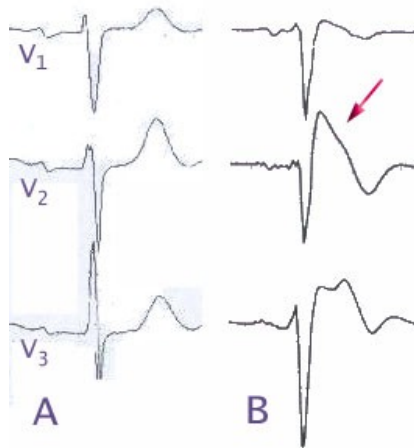
Soit le risque est bas mais il s'agit d'un 1^{er} épisode...

On considère que le risque de faire une arythmie est bas si:

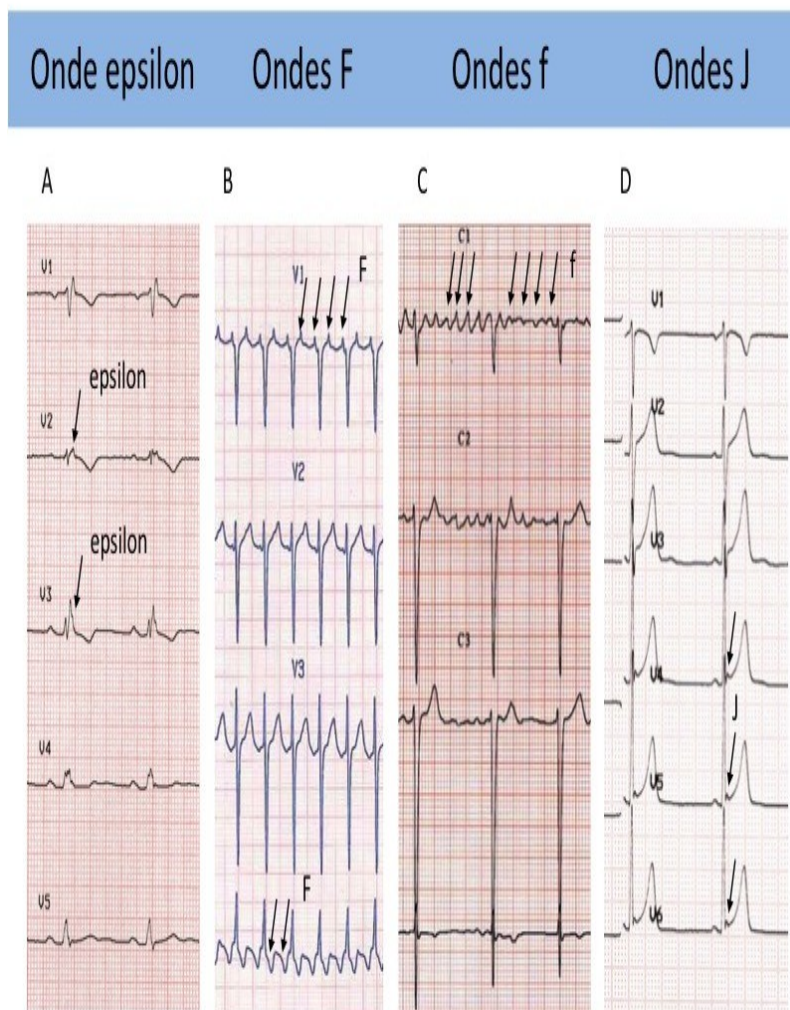
- il n'y a pas de pathologies cardiaques
- il n'y a pas d'anamnèse familiale de mort subite
- il n'y a pas d'évidence de maladie cardiaque à l'examen physique
- il n'y a pas de syncope à l'effort
- l'ECG est normal

Au contraire on considère le risque cardiaque élevé lorsqu'il y a une maladie cardiaque ou coronarienne symptomatique ou avec une fraction d'éjection diminuée ou qu'il y a une cicatrice d'un ancien infarctus.Ou encore...

- lors de syncope à l'effort ou couchée
- lors de palpitations avant la syncope
- lors d'anamnèse familiale de mort subite
- lors de lambeau de tachycardie ventriculaire
- lors de bloc bifasciculaire ou autre trouble de conduction avec QRS > 0,12s.
- lors de syndrome de pré-excitation (p.ex. onde Delta)
- lors d'allongement du QT
- lors de bloc de branche droit suggérant un syndrome de Brugada



lors de la présence d'une onde epsilon suggérant une dysplasie arythmogène du ventricule droit



- ou encore lors de bradycardie sinusale...

Donc lorsque le risque d'arythmie est faible mais que le patient n'en est pas à son 1^{er} épisode on lui propose un test de verticalisation (Tilt test) et un ECG de longue durée

avec implantation sous cutanée d'un petit enregistreur (Loop recorder). Là on est en ambulatoire...

Pour les patients à risque de récurrence élevé on propose une investigation hospitalière avec monitoring, Holter ou R test, et investigation électrophysiologique avec éventuelle pose d'un pace-maker avec ou sans défibrillateur.

Pour essayer de limiter le nombre d'admissions, on a essayé de construire des scores permettant de stratifier les patients...ça tient compte habituellement de l'âge, de l'ECG, d'une anamnèse d'arythmie et / ou d'insuffisance cardiaque.

Ces scores ne convainquent pas...(pour des raisons diverses...)...

On retiendra donc que face à un patient avec une anamnèse de perte de connaissance on se demandera

- s'agit-il d'une syncope
- on pratiquera un bilan initial simple
- à la suite duquel on sera en mesure de dire si le patient est à risque d'une récurrence et si une cardiopathie est présente.
- dans ce cas là il faudra l'hospitaliser pour un bilan électrophysiologique extensif



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch