

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 29 août 17

Hôpital cantonal de Genève

Syncope : bilan et stratification

Prof. F. Sarasin

C'est un peu long...parce que c'est très bon...j'ai pas pu raccourcir...



¼ de la population va connaître ce qu'est une syncope...et chez les personnes âgées c'est 2-5% par année...pour ce qui est des motifs d'hospitalisation aux urgences c'est 1-2%...

...le danger c'est qu'en tombant on peut se faire mal, et c'est 15-25% des syncopes qui ont un traumatisme, le plus souvent une fracture...et ça augmente lorsque les syncopes sont récidivantes.

Ce colloque va surtout s'appuyer sur les 2 publications ci-dessous...

1. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009).Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope, Eur Heart J. 2009 Nov;30(21):2631-71

2. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: Executive Summary, 10.1016/j.jacc.2017.03.002

Une syncope est une perte brutale de conscience avec perte du tonus postural et chute.

C'est dû à une interruption du flux sanguin cérébral de plus 8 secondes, et/ou une baisse de la tension artérielle systolique (TAS) en dessous de 80mmHg.

Face à une syncope, il faut rapidement se positionner...banale ou mortelle ???

Une syncope vasovagale n'a que peu d'impact sur la survie, alors qu'une cause cardiaque en a beaucoup plus...

D'abord il faut différencier la syncope de l'épilepsie, de l'hypoxie, de la crise d'hyperventilation avec hypocapnie, ou de l'AIT (accident ischémique transitoire) vertébrobasilaire qui toutes peuvent entraîner une perte de connaissance.

Ensuite il y a des crises sans perte de connaissance comme la catatonie, la « drop attack », la chute, la crise fonctionnelle ou psychogène, ou l'AIT carotidien.

Classiquement les mouvements tonico-cloniques de l'épilepsie débutent dès le début de la crise, alors que dans la syncope, ils débutent légèrement après le début de l'hypoperfusion cérébrale...dans l'épilepsie il y a aussi la cyanose faciale, la morsure de langue, éventuellement la perte d'urines...

L'épilepsie est précédée souvent d'une aura alors que la syncope est précédée de nausées, sudations, et sensations de chaud/froid.

Le bilan initial va comporter :

- anamnèse
- examen physique
- ECG 12 dérivations
- test d'orthostatisme pendant 3 minutes

...ceci va permettre d'identifier les menaces vitales, et de dégager les causes évidentes...son rendement est estimé entre 50 et 60%.

Attention aux red flags (5-7% des syncopes)...lorsque la syncope est accompagnée de



- Un ECG pathologique
- Une DRS (douleur rétrosternale) avec un ECG anormal : SCA (syndrome coronarien aigu) ?
- Une DRS avec une dyspnée : EP (embolie pulmonaire) ?
- Des céphalées brutales : HSA (hémorragie sous-arachnoïdienne) ?
- Des douleurs abdominales : GEU (grossesse extra-utérine), AAA (anévrisme de l'aorte abdominale) ?
- DRS et déficit neurologique : dissection aortique ?

Un ECG pathologique c'est quoi ?

- Une asystolie de plus de 3 secondes
- Une bradycardie à moins de 35/ '
- Une TV (tachycardie ventriculaire) soutenue pendant plus de 30 secondes, ou symptomatique.
- Un BAVII-2 ou III (bloc atrio-ventriculaire)
- Un BBG alternant avec un BBD (bloc de branche droit, bloc de branche gauche)
- Une dysfonction de PM (pacemaker)

Une hypotension orthostatique c'est quoi ?

- C'est une chute de la systolique de plus de 20 mmHg **avec des symptômes** et/ou une chute de la TAS en dessous de 90 mmHg **avec des symptômes**.

Dans une population de médecine de 1^{er} recours la cause des syncopes c'est...

- 30-50% de syncopes réflexes (vasovagales)
- 10-15% d'hypotensions orthostatiques
- 5% de syncopes cardiaques (arythmies)
- 2% de syncopes cardiaques obstructives (cardiomyopathies, sténoses aortiques)
- 5% autres
- 25-40% inexpliquées....

Il faut investiguer plus loin les patients « high risk » soit avec une cardiopathie et/ou un ECG anormal, et les patients à bas risque (sans cardiopathie, et avec un ECG normal) mais avec des syncopes récidivantes...

Chez les patients avec une cardiopathie et un ECG anormal, 10-15% ont une arythmie à l'origine de la syncope...

Par cardiopathies on entend...cardiopathie ischémique, cardiomyopathie dilatée, cardiomyopathie hypertrophique...

Il faut se méfier de la syncope à l'effort ou en position couchée, ou de la syncope précédée de palpitations lors d'une insuffisance rénale, ou lors d'anamnèse familiale de mort subite.

La syncope après l'effort (à ne pas confondre avec la syncope à l'effort), est typique de la syncope vasovagale bénigne...

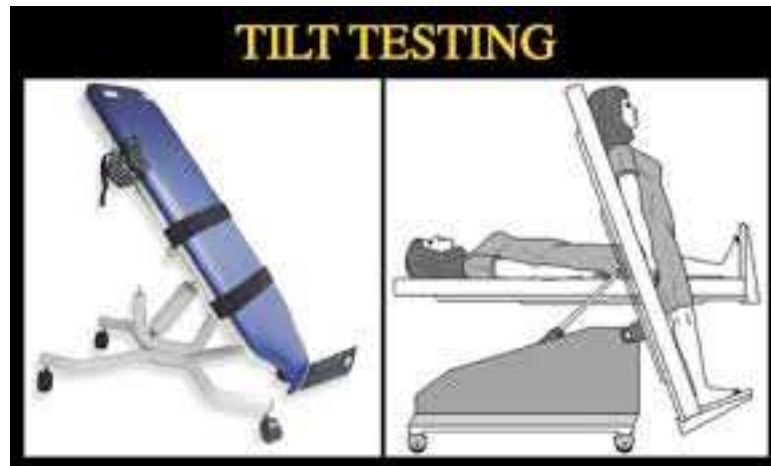
Dans cette phase du bilan...l'ECG anormal c'est...

- BBD ou BBG avec ou sans hémibloc
- Bradycardie <50' ou pause sinusale de 2-3 secondes
- BAVII Mobitz 1
- Syndrome de pré-excitation WPW (Wolf Parkinson White)
- Onde Q compatible avec un ancien infarctus
- Aspect de BBD avec élévation du segment ST de V1-V3, compatible avec synd. de Brugada
- Onde T négative dans les précordiales droites avec une onde epsilon

Donc qu'est-ce qu'on fait avec les bas risques qui récidivent...

On masse le sinus carotidien, et on regarde si on arrive à reproduire les symptômes, avec une pause sinusale ou une chute de la TAS...

On fait un tilt test pour déclencher une syncope vasovagale...



Eventuellement l'on fait un enregistrement de longue durée du rythme cardiaque éventuellement au moyen d'un loop recorder qui peut être inséré sous la peau et maintenu plusieurs mois...



...ça ...ça peut se faire en ambulatoire...

...par contre les patients à haut risque doivent être investigués en milieu hospitalier...avec une échocardiographie, un monitoring d'au moins 12-24 hres, suivi d'un HOLTER prolongé et plus rarement d'une investigation électrophysiologique.

Est-ce que les scores cliniques sont utiles pour stratifier les patients ?

Non...ils ne le sont pas...

Est-ce que c'est différent chez les patients âgés ?

C'est surtout plus difficile car l'anamnèse pour des questions de mémoire n'est pas toujours fiable, souvent il n'y a pas eu de témoins, et les comorbidités sont plus nombreuses (60% des patients ont au moins 2 diagnostics...).

Les causes de syncopes chez les personnes âgées sont

- Réflexes (45%)
- Orthostatiques (25%)
- Cardiaques (arythmies) 15%
- Cardiaques (obstructives) 2%
- Autres 9%
- Indéterminées (20-30%)

Pour conclure on retiendra que

- Il faut être sûr que c'est une syncope
- Un 1^{er} bilan initial permet de repérer les « red flags »
- L'on peut alors stratifier les patients
- Et poursuivre les investigations si c'est indiqué...

Très clair...pas un mot de trop...l'ennui c'est que je suis obligé de tout noter...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch