

Les objectifs du CNCI pour l'ECN 2016	Plan
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostiquer un malaise, une perte de connaissance chez l'adulte.</li> <li>▪ Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).</li> </ul>	<p><b>I. DIAGNOSTIC</b></p> <p><b>II. ETIOLOGIES</b></p> <p><b>III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL</b></p> <p><b>IV. ATTITUDE DIAGNOSTIQUE</b></p> <p><b>V. TRAITEMENT</b></p>

*Mise à jour d'après les Guidelines ESC 2018 sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes.*

## I. DEFINITION

- Une syncope est une perte de connaissance secondaire à une chute brutale du débit sanguin cérébral d'au moins 3 secondes. Cette perte de connaissance a un début rapide, est de durée courte et est suivie d'une récupération spontanée de la conscience.
- Une lipothymie a les mêmes caractéristiques sémiologiques, mais la perte de connaissance n'est pas totale (brouillard visuel, vertige). Elle a la même valeur sémiologique que la syncope. Elle est à distinguer du coma (trouble de conscience) et de l'épilepsie, qui sont des diagnostics différentiels +++.
- Le diagnostic positif repose sur l'interrogatoire (en général de l'entourage s'il a observé la syncope).
- Le diagnostic étiologique repose sur l'examen clinique et surtout sur les examens complémentaires.

## II. ETIOLOGIES

### A. SYNCOPES LIEES A DES ANOMALIES ELECTRIQUES CARDIAQUES

- Spontanées (dégénératifs le plus souvent) ou secondaires à une cardiopathie sous-jacente (cardiopathie ischémique, valvulaire...) qu'il faut toujours rechercher.

#### 1-Troubles conductifs (cf. chapitre Troubles de conduction intracardiaque)

- Le bloc auriculo-ventriculaire paroxystique réalise une syncope TYPIQUE à l'emporte-pièce sans prodromes (syncope d'ADAMS-STOKES), volontiers traumatique.
- On peut rarement enregistrer un ECG per-critique. L'ECG post-critique peut être tout à fait normal ou montrer des anomalies de conduction (bloc bi-fasciculaire, MOBITZ 2...).

**Une syncope peut être mise en rapport avec un trouble de la conduction de haut degré non appareillé ou une arythmie si l'ECG retrouve :**

- Bradycardie sinusale < 40/minute.
- Bloc sino-auriculaire ou pauses sinusales répétées > 3 secondes.
- Bloc auriculo-ventriculaire de 2<sup>ème</sup> degré Mobitz 2, ou de 3<sup>ème</sup> degré.
- Bloc de branche alternant (équivalent de BAV III).
- Dysfonctionnement d'un stimulateur cardiaque avec des pauses cardiaques.
- Tachycardie paroxystique ventriculaire.

- Intérêt du Holter-ECG ++.
- *L'exploration endocavitaire du faisceau de His avec stimulation auriculaire, ventriculaire et tests pharmacologiques est parfois nécessaire* lorsque le trouble conducteur (BAV ; dysfonction sinusale) n'a pas été enregistré (à l'ECG ou au Holter) ou que les anomalies ECG sont mineures (Bloc de branche isolé, BAV 1 isolé, bloc bifasculaire, ESV, TVNS...). Elle permet de plus de guider la thérapeutique (en particulier de poser l'indication de stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur).

## 2-Troubles du rythme (cf. chapitre Palpitations)

- Ils sont moins souvent responsables de syncope que les troubles conductifs.
- Néanmoins, toute tachycardie très rapide, auriculaire ou ventriculaire, surtout chez un sujet âgé et/ou ayant une fonction ventriculaire gauche altérée peut se compliquer de perte de connaissance, mais en général elle n'est pas brutale et est souvent précédée de palpitations et/ou d'une sensation de malaise. **En règle générale, TOUTE SYNCOPÉ SURVENANT CHEZ UN PATIENT PORTEUR D'UNE CARDIOPATHIE SOUS JACENTE EST UNE TV JUSQU'À PREUVE DU CONTRAIRE.**
- TACHYCARDIES :
  - *Tachycardie ventriculaire.*
  - *Tachycardie supra-ventriculaire :*
    - × Tachycardie atriale, fibrillation ou flutter auriculaire.
    - × *Tachycardie jonctionnelle* (BOUVERET), cause de syncope tout à fait exceptionnelle.
    - × Il est rare que ces troubles du rythme supra-ventriculaire entraînent à eux seuls une syncope. Le principal mécanisme de syncope est en fait la survenue d'un trouble conducteur auriculaire au moment de la réduction (le + souvent spontanée) du trouble du rythme.
  - **Torsades de pointes.**
  - La fibrillation ventriculaire n'est pas une cause de syncope au sens strict car elle n'est (quasiment) JAMAIS réversible spontanément (mort subite).

## B. SYNCOPES LIÉES À UNE MALADIE CARDIAQUE STRUCTURELLE OBSTRUCTIVE : RAC, CMH

- Le plus souvent : obstacle hémodynamique intracardiaque responsable de la syncope.
- Ils sont responsables de **syncopes d'EFFORT**. Le mécanisme le plus fréquent est une chute importante du débit sanguin cérébral par obstacle à l'éjection sanguine. Cependant des syncopes peuvent aussi être rencontrées dans le cadre d'un BAV de haut degré (coulée calcaire au niveau du septum inter-ventriculaire) ou de TV d'effort secondaire à l'HVG sous-jacente ou une cardiopathie ischémique fréquemment associée au RAC (50% des cas).
- *L'auscultation cardiaque* retrouve un souffle systolique aortique.
- *L'ETT* permet le diagnostic.

## C. AUTRES CAUSES CARDIOVASCULAIRES

- IDM, ischémie myocardique
- Myxome de l'oreillette gauche.
- Anomalies de naissance des coronaires
- Thrombus sur valve mécanique.
- Syndrome de vol vasculaire sous-clavier.
- Hypertension artérielle pulmonaire sévère (syncope d'effort surtout), embolie pulmonaire

## D. LES SYNCOPES NEURO-CARDIOGENIQUES

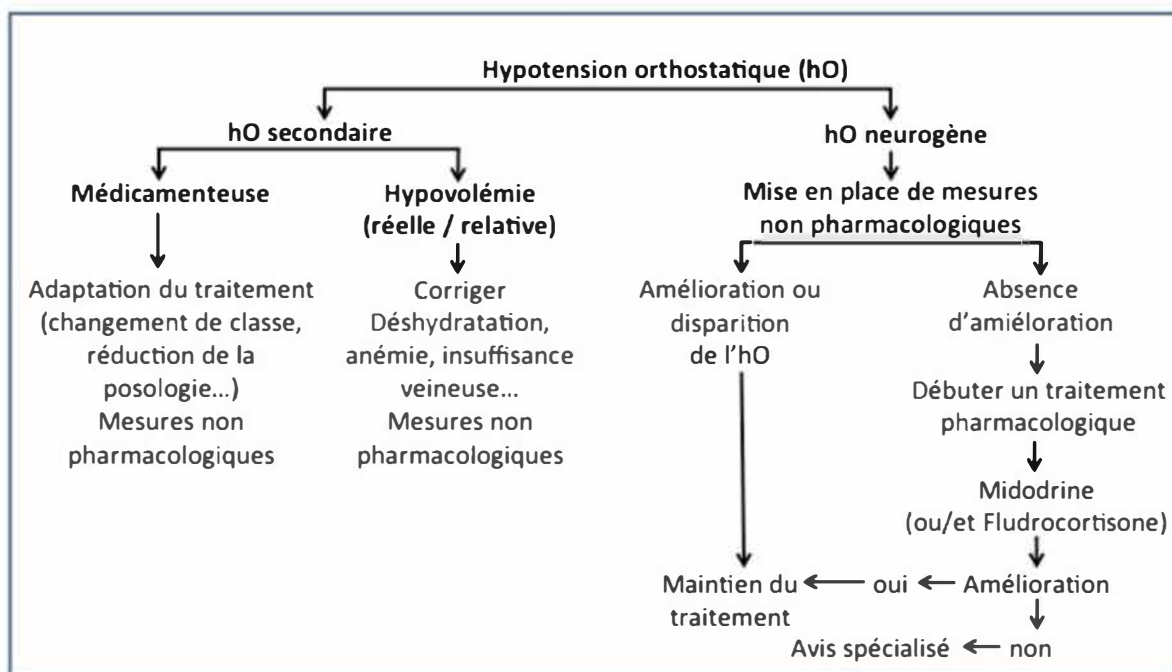
- Anomalie du système nerveux autonome agissant sur le cœur et les vaisseaux sanguins

### 1- Hypotension orthostatique (d'après les recommandations 2014 de la SFHTA)

- Pathologie fréquente, surtout chez le sujet âgé prenant un traitement antihypertenseur.
- Le diagnostic repose sur la prise de la pression artérielle en position couchée PUIS immédiatement après le lever (1, 2 et 3 minutes), après une période de repos de 5 à 10 minutes.
- Elle est définie par une chute de la PAs  $\geq 20$  mmHg et/ou de la PAd  $\geq 10$  mmHg, survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout. Elle peut être symptomatique ou non.
- Nécessité de répéter les mesures couché/debout ++.
- S'il existe une élévation de la fréquence cardiaque*, l'hypotension est secondaire, due à une vasoplégie pure avec tachycardie réflexe (barorécepteur). Facteurs favorisants : hypovolémie ou déshydratation, traitement hypotenseur, insuffisance veineuse.
- S'il n'existe pas d'élévation de la fréquence cardiaque*, l'hypotension orthostatique est neurogène, due à une anomalie associée du circuit du baroréflexe : traitements antidépresseurs, neuroleptiques, dysautonomie liée à une neuropathie périphérique (diabète, amylose) ou atteinte neurologique centrale (Parkinson, atrophie multi-systémique = syndrome de Shy et Drager).

Hypotension orthostatique secondaire	Hypotension orthostatique neurogène	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Médicaments :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antihypertenseurs</li> <li>Psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs)</li> <li>Vasodilatateurs (dérivés nitrés, alpha-bloquants, sildénafil...)</li> <li>Antiparkinsoniens</li> <li>Anticholinergiques</li> <li>Opiacés</li> <li>Médicaments du SNA (dérives atropiniques ou sympatholytiques cachés : gouttes ophtalmologiques)</li> <li>Cytotoxiques (vincristine, ...)</li> </ul> </li> <li><b>Hypovolémie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Antihypertenseurs</li> <li>Déshydratation</li> <li>Régime désodé</li> <li>Dénutrition</li> <li>Anémie</li> <li>Insuffisance minéralo-corticoïde</li> <li>Insuffisance veineuse</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Maladie de Parkinson</b></li> <li><b>Démence à corps de Lewy</b></li> <li><b>Atrophie multi-systématisée</b> (syndrome de Shy-Drager)</li> <li><b>Amyloses</b></li> <li><b>Dysautonomie progressive isolée</b></li> <li><b>Dysautonomies familiales</b></li> <li><b>Déficit dopamine bêta-hydroxylase</b></li> <li><b>Insuffisance du baroréflexe</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Diabète</b></li> <li><b>Néoplasiques :</b> sd paranéoplasique, tumeur fosse postérieure, radiothérapie cervicale</li> <li><b>Insuffisance rénale</b></li> <li><b>Carence en vitamines B</b></li> <li><b>Inflammatoires :</b> Guillain-Barré, SEP, Myélites</li> <li><b>Traumatiques :</b> lésions spinales, sympathectomies, chirurgie du cou</li> <li><b>Infectieuses :</b> VIH-Lyme- Chagas</li> </ul>

- Le traitement associe : lever progressif, traitement de la cause, adaptation du traitement +/- réadaptation neurovégétative par tilt training,  $\pm$  mise d'une contention abdominale  $\pm$  bas de contention +/- midodrine GUTRON<sup>®</sup> +/- fludrocortisone +/- régime riche en sel.



## 2-Syncope vaso-vagale

- C'est la cause la plus fréquente de syncope.
- Il s'agit de la chute de la pression artérielle par vasodilatation (anomalie du réflexe vasopresseur) et/ou bradycardie (cardio-inhibition) secondaire à une **hypertonie vagale** et/ou à une **diminution du tonus sympathique**.
- Elle survient dans des circonstances évocatrices : atmosphère chaude, station debout prolongée, période post-prandiale, douleur, émotion, orthostatisme prolongé. Elle est en général **précédée de prodromes** : nausées (voire vomissements), sueurs, bâillements, fatigue intense.
- L'ECG retrouve une bradycardie sinusale, puis des pauses sinusales.
- Le **test d'inclinaison (tilt-test)** est l'examen le plus utile dans les rares cas où le diagnostic n'est pas évident cliniquement. En cas d'hypertonie vagale, il déclenche une bradycardie et/ou une hypotension profonde concomitante (cf. Iconographie en fin de chapitre).

## 3-Hypersensibilité du sinus carotidien (HSSC) ⇔ syncope lors du rasage notamment.

- Un massage sino-carotidien est systématiquement effectué dans le cadre du bilan diagnostique d'une syncope après 40 ans
- Rechercher un glomus carotidien (compression des barorécepteurs de la carotide interne) par écho-doppler des TSA.

## 4-Syncopes réflexes situationnelles

- Toux, éternuements.
- Stimulation gastro-intestinale (déglutition, défécation, douleur viscérale, miction).
- Manœuvre de Valsalva.
- Lever de poids.
- Douleur intense.



### III. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE PERTE DE CONNAISSANCE

#### A. INTERROGATOIRE : TEMPS FONDAMENTAL ++++

- **ATCD personnels et familiaux** : notion de cardiopathie sous-jacente, ATCD neurologiques, diabète, prise de médicaments, ATCD de syncope, ATCD de pose de PM ou de DAI.
- **Circonstances de survenue** : position couchée/assise/debout ; activité au moment de la syncope (effort/repos...) ; facteurs prédisposants (atmosphère chaude, endroit surpeuplé, postprandial...) ; événement précipitant (peur ; douleur ; mouvement du cou...).
- **Signes et symptômes au moment de la syncope** : douleur thoracique, palpitations, prodromes : flou visuel, sensation de froid, sueurs,...
- **Détailler la perte de connaissance** : façon de tomber (sur les genoux ou non), durée de la perte de connaissance, mouvements anormaux, morsure de langue...
- **Modalités du retour à la conscience** : confusion ou non, blessure, douleur thoracique, incontinence urinaire ou fécale, nausées, palpitations...
- Typiquement : perte de connaissance **brutale**, le plus souvent **SANS PRODROME** (sauf dans les syncopes vaso-vagales), avec un retour rapide à l'état de conscience normal, **sans phase post-critique, sans convulsion, sans morsure de langue ni perte d'urine**.
- La chute de la pression artérielle et la disparition ou l'affaiblissement du pouls seront recherchés si la syncope survient devant un entourage médical.
- **Une syncope prolongée, quelle qu'en soit la cause, peut entraîner une crise convulsive anoxique avec morsure de langue et perte d'urine.**
- Plus fréquemment, en cas de perte de connaissance prolongée (> 30 secondes), il peut survenir des myoclonies. Ces myoclonies surviennent après la perte de connaissance ++, sont classiquement peu amples, asynchrones et brèves (moins de 15 secondes) et peuvent toucher les membres et le visage. A l'opposé, les secousses d'une crise d'épilepsie surviennent avant la perte de connaissance, sont amples, souvent synchrones, prolongées plus de 10 secondes et peuvent avoir plusieurs composantes (phase tonique puis tonico-clonique).
- Chez les sujets âgés, il existe souvent une confusion post-critique.
- Les lipothymies ou équivalents (voile noir devant les yeux, sensation vertigineuse) ont la même valeur sémiologique que la syncope.

#### B. EXAMEN PHYSIQUE

- Il doit être complet avec en particulier :
  - Prise de la pression artérielle couchée et debout (**recherche d'hypotension orthostatique ++**).
  - Mesure de la glycémie capillaire.
  - Auscultation cardiaque soigneuse.
  - Examen neurologique soigneux, en particulier à la recherche de signes de localisation.
  - **Massage sino-carotidien avec enregistrement de l'électrocardiogramme** :
    - × Recommandé chez les patients âgés de plus de 40 ans souffrant d'une syncope d'origine inconnue après l'évaluation initiale.
    - × A éviter en cas de sténose carotidienne connue ou suspectée (souffle, antécédents d'AIT ou d'AVC) : auscultation carotidienne préalable indispensable ++++.
    - × Durée de massage de 5 secondes au minimum et 10 secondes au maximum.
    - × Le diagnostic de dysfonction sinusale est certain si une syncope ou une lipothymie est reproduite pendant ou immédiatement après le massage en association avec une asystolie (pause) dépassant 3 secondes.
    - × Une réponse positive permet d'établir le diagnostic de la cause de la syncope en l'absence de tout autre diagnostic.

Une syncope avec des signes de traumatisme (face, fractures) est souvent en rapport avec une cause cardiologique (troubles conductifs de haut degré ou trouble du rythme grave).

## C. VERS QUELLE CAUSE S'ORIENTER CLINIQUEMENT?

Syncope réflexes (vaso-vagales notamment)	Syncope liées à une hypotension orthostatique	Syncope d'origine cardiaque	Insuffisance vertébro- basilaire par vol vasculaire sous-clavier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de cardiopathie</li> <li>• Antécédents de nombreuses syncopes</li> <li>• Après un facteur déclenchant soudain et inattendu (son, odeur, douleur, vision)</li> <li>• Station debout prolongée ou espaces confinés, surpeuplés, surchauffés</li> <li>• Syncopes associées à des nausées, des vomissements</li> <li>• Au cours d'un repas ou au cours de la période post-prandiale</li> <li>• Lors de la toux, de la miction, de la défécation</li> <li>• Lors d'un mouvement de rotation de la tête</li> <li>• Lors d'une pression sur le sinus carotidien (tumeurs, rasage, collier serré)</li> <li>• Après un effort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors du passage du décubitus ou de la position assise à la position debout</li> <li>• Après l'introduction ou le changement de dose d'un traitement hypotenseur</li> <li>• Station debout prolongée, notamment dans un endroit chaud</li> <li>• Chez un patient présentant une dysautonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'une cardiopathie structurelle connue</li> <li>• Pendant, juste après un effort ou en décubitus</li> <li>• Précédées par des palpitations ou un angor</li> <li>• Syncope à l'emporte-pièce +/- traumatique (troubles conductifs de haut degré)</li> <li>• Histoire familiale de mort subite</li> <li>• Traitement allongeant le QT ou susceptible d'entraîner une hypokaliémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors de mouvements répétés des membres supérieurs</li> <li>• Différence de pression artérielle ou de pouls entre les 2 bras</li> </ul>

## D. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

*Certains sont systématiques :*

### 1-ECG

- Il est souvent normal au décours de la syncope, mais peut montrer :
  - Des anomalies de conduction auriculo-ventriculaire (faisant suggérer la possibilité de blocs de haut degré).
  - De nombreuses extrasystoles ventriculaires (suggérant la possibilité de troubles du rythme ventriculaire plus graves).
  - Des signes prédisposant à des troubles du rythme graves (WPW, syndrome de Brugada, QT long).

### 2-Bilan biologique standard

- NFS, ionogramme sanguin (natrémie notamment), dextro.

- L'association d'un **interrogatoire précis**, d'un **examen clinique** (avec prise de la pression artérielle couchée-debout, massage sino-carotidien et examen neurologique complet), d'un **ECG** et d'un **bilan biologique** standard permet le diagnostic dans **70%** des cas.
- **Les autres examens ne seront réalisés qu'en 2<sup>nd</sup>e intention, en fonction de l'étiologie suspectée.**

### 3-ETT

- Elle recherche une cardiopathie sous-jacente :
  - Dysfonction VG.
  - HTAP.
  - Recherche d'un obstacle à l'éjection du ventricule gauche, responsable de syncopes à l'effort (rétrécissement aortique, cardiomyopathie obstructive).

## E. SI UNE CAUSE CARDIAQUE OU VASCULAIRE EST SUSPECTEE

### 1-Enregistrement HOLTER-ECG

- Il recherche la présence de troubles du rythme ou de troubles conductifs paroxystiques.
- Il sera réalisé quasi systématiquement si le diagnostic n'a pas été fait sur les examens précédents.
- L'enregistrement classique se fait sur 24 heures, mais il existe de nouveaux Holter externes qui permettent d'enregistrer le rythme cardiaque pendant environ 3 semaines. Ce type de Holter est utilisé lorsqu'il existe des malaises ou des pertes de connaissance relativement fréquents non documentés pendant l'enregistrement Holter sur 24 heures.

### 2-Exploration électrophysiologique

- Enregistrement de l'électrocardiogramme endocavitaire à la recherche de troubles conductifs (cf. chapitre Troubles de conduction).
- Stimulation ventriculaire programmée tentant de déclencher un trouble du rythme ventriculaire.

### 3-Test d'inclinaison (tilt-test)

- Permet de tester le système nerveux autonome (**hypertonie vagale** ou réduction du tonus sympathique).
- Ce test est utilisé dans les syncopes inexplicées ou en cas de malaises d'allure vagale répétitifs et invalidants (pour confirmer le diagnostic).
- Il consiste à mettre le patient en décubitus dorsal pendant 10 minutes, puis en position inclinée à 60° en surveillant le pouls, la pression artérielle et la survenue d'une syncope.
- Syncope vaso-vagale retenue si survenue d'une lipothymie/syncope associée à une chute concomitante de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle.

### 4-Epreuve d'effort

- Intérêt surtout si malaise à l'effort +++.
- CI si RAC serré symptomatique ou CMH obstructive symptomatique.
- Dépiste une insuffisance coronarienne, des troubles du rythme (TV notamment) ou de la conduction (BAV d'effort).

### 5-Coronarographie, coroscanner

- Recherche d'une maladie coronarienne.
- Recherche d'une anomalie de naissance des coronaires qui peut donner des syncopes.

### 6-Recherche de potentiels tardifs ventriculaires (PTV)

### 7-Implantation d'un moniteur d'événements implantable (REVEAL XT ou LinQ®) = Holter implantable

- Boîtier sous-cutané enregistrant le rythme cardiaque.
- Indiqué devant des syncopes récidivantes inexplicées ou une première syncope inexplicée traumatique (cf. question Troubles de conduction intracardiaque). Il dure environ 3 ans.

### 8-Doppler des vaisseaux du cou

- Recherche des plaques athéromateuses des carotides pouvant emboliser et être responsables d'un accident ischémique transitoire.
- Recherche une sténose sous-clavière pouvant être responsable d'un vol vertébral.
- Met parfois en évidence un glomus carotidien

### 9-Scintigraphie pulmonaire ou angioscanner si EP suspectée

## F. EN CAS DE SUSPICION DE CRISE D'EPILEPSIE (DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL)

### 1-Electroencéphalogramme

- A la recherche de signes en faveur d'une origine neurologique (crise convulsive) si la séméiologie clinique le suggère (convulsions, morsure de langue, perte d'urines).

### 2-Scanner cérébral

- Dans le cadre du diagnostic étiologique d'une épilepsie, si celle-ci est suspectée.

## IV. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

### A. PERTES DE CONNAISSANCE NEUROLOGIQUES

#### 1-Epilepsie

- Il existe des mouvements cloniques, une morsure de langue, une perte des urines. Le réveil n'est pas immédiat : il existe une phase de coma post-critique avec possible signe de BABINSKI BILATERAL. L'électroencéphalogramme permet en général le diagnostic.

Signes cliniques	En faveur d'une syncope	En faveur d'une crise d'épilepsie
<b>Signes lors de la perte de connaissance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée courte</li> <li>• Mouvements myocloniques inconstants, toujours de courte durée (&lt; 15 secondes) et débutant après la perte de connaissance</li> <li>• Hypotonie</li> <li>• Pâleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée longue</li> <li>• Mouvements tonico-cloniques habituellement prolongés apparaissant typiquement avec la perte de connaissance</li> <li>• Mouvements cloniques d'un hémicorps</li> <li>• Automatismes clairs (mastication, déglutition, hypersalivation)</li> <li>• Hypertonie</li> <li>• Morsure de la langue à sa partie latérale ou morsure de la face interne des joues</li> <li>• Cyanose du visage</li> </ul>
<b>Symptômes avant l'événement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nausées, vomissements, gêne abdominale, sensation de froid, transpiration (à médiation neurale)</li> <li>• Sensation de tête vide, vision trouble</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aura inconstante et variée : hallucinations visuelles, auditives, olfactives, sensitives ou mnésiques (impression de déjà-vu), etc.</li> </ul>
<b>Symptômes après l'événement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de confusion ou de courte durée (quelques secondes)</li> <li>• Nausées, vomissements, pâleur (à médiation neurale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion prolongée (plusieurs minutes)</li> <li>• Douleurs musculaires</li> </ul>
<b>Autres éléments cliniques (de moindre valeur ++)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent familial d'épilepsie</li> <li>• Survenue durant le sommeil</li> <li>• Perte des urines notée après l'événement</li> <li>• Céphalée après l'événement</li> <li>• Somnolence après l'événement</li> </ul>

#### 2-Accidents vasculaires cérébraux

- Les accidents ischémiques transitoires dans le territoire de la carotide interne ne s'accompagnent pas de perte de connaissance mais s'accompagnent de déficit(s) neurologique(s).
- En revanche, les accidents ischémiques transitoires dans le territoire vertébro-basilaire peuvent entraîner des pertes de connaissance partielles ou complètes mais associées à des troubles neurologiques localisés. Par ailleurs, une entité est à connaître : la Drop-Attack ; il s'agit d'un AIT vertébro-basilaire qui entraîne une diminution du tonus musculaire brutal et global entraînant des chutes mais sans trouble de conscience. Le diagnostic se fait à l'interrogatoire.



## B. HYSTERIE

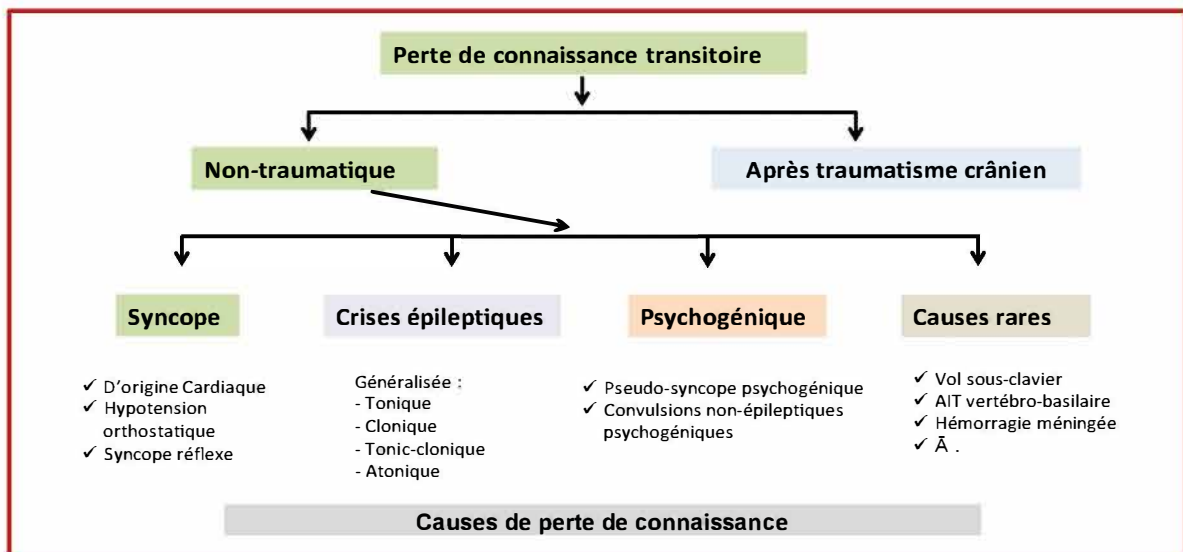
- La conversion hystérique survient dans un contexte particulier : le plus souvent en public, rarement avec chute traumatisante. Elle est devenue exceptionnelle.
- En général, il ne s'agit pas de syncope mais de « COMA » prolongé.
- Il existe une **résistance à l'ouverture passive des yeux**, un bénéfice secondaire immédiat et, au réveil, une indifférence vis-à-vis de l'événement.
- L'examen clinique est NORMAL.

## C. MALAISES DE CAUSE METABOLIQUE

- L'hypoglycémie ne donne pas de syncope vraie (de plus, il est rare qu'une hypoglycémie régresse spontanément +++). Mais il s'agit d'un diagnostic à évoquer devant tout trouble de conscience aiguë.
- Hypoxie.
- Encéphalopathie alcoolique.
- Toxiques, alcool, monoxyde de carbone.

## D. SYNCOPES INEXPLIQUEES

- A l'issue du bilan complet (y compris l'exploration endocavitaire), un certain nombre de syncopes restent inexpliquées (environ 15%). Ces syncopes ont un meilleur pronostic que les autres, mais les récurrences sont beaucoup plus fréquentes.



## V. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

### A. QUAND HOSPITALISER UNE SYNCOPES ?

- Il est inutile d'hospitaliser un patient au décours d'une **syncope vaso-vagale typique** ou après une syncope en rapport avec une **hypotension orthostatique**, sauf si d'éventuelles modifications thérapeutiques justifient une surveillance.
- A l'opposé, l'hospitalisation est fortement recommandée pour le **diagnostic en cas de** :
  - Cardiopathie sous-jacente significative connue ou suspectée.
  - Anomalie ECG suggérant un trouble de conduction ou un trouble du rythme.
  - Syncope d'effort.
  - Syncope avec traumatisme sévère.
  - Histoire familiale de mort subite.
- Dans les autres cas, l'hospitalisation sera discutée au cas par cas.

- **L'hospitalisation permet :**
  - D'effectuer une surveillance par scope ou télémétrie.
  - De coordonner les examens complémentaires nécessaires au diagnostic.
  - De mettre en route le traitement adapté.
  - **Les dernières recommandations européennes de 2018 insistent sur la stratification du risque du patient après une syncope pour décider de sa prise en charge.** Ainsi on distingue des patients à faible risque, ou à haut risque suivant les critères suivants :
    - × **ATCD du patient notamment la présence d'une cardiopathie sous-jacente ou d'une dysfonction VG**
    - × **Type et circonstance de la syncope**
    - × **Existence d'anomalies ECG.**
  - Au terme de cette évaluation :
    - × **Si le patient est à bas risque** (typiquement patient jeune sans ATCD qui fait une syncope typiquement vagale) : pas d'hospitalisation.
    - × **Si le patient est à haut risque** (typiquement syncope traumatique chez un patient coronarien avec dysfonction ventriculaire gauche connue) : hospitalisation en USIC.
    - × Pour les cas intermédiaires, on propose une surveillance scopique de 24 heures en réalisant les examens nécessaires ou au mieux une admission dans une « Syncope Unit ». Il s'agit d'unités d'hospitalisations spécialisées dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide des patients présentant des syncopes.

## B. SEQUENCE DES EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

- **L'interrogatoire, l'examen clinique et l'ECG initial vont guider le choix des examens. L'ETT sera réalisée de manière quasi systématique.**
  - Il est difficile de définir un arbre diagnostique universel, tant les situations peuvent être variées.
  - **Les examens seront guidés par la suspicion clinique.**
  - **En cas d'hypotension orthostatique confirmée :** pas d'examens complémentaires supplémentaires en 1<sup>ère</sup> intention ⇒ diagnostic clinique ++.
  - **En cas de forte suspicion clinique de malaise d'origine vagale,** pas d'examens complémentaires supplémentaires en 1<sup>ère</sup> intention ⇒ diagnostic clinique ++. En cas de doute et/ou de répétition invalidante des malaises, un tilt-test peut être réalisé pour confirmer de manière certaine le diagnostic.
  - **En cas de syncope à l'effort,** en l'absence de RAC et/ou de CMH sur l'ETT réalisée au préalable ⇒ indication à un ECG d'effort à la recherche de TV ou de BAV à l'effort.
  - Concernant les syncopes d'origine cardiovasculaire, on peut distinguer schématiquement 3 situations au terme de l'examen clinique (avec recherche d'une hypotension orthostatique et d'une hyperréactivité sino-carotidienne) et des explorations de 1<sup>er</sup> rang (ECG, échographie cardiaque, Holter-ECG) :
    - 1) **Situation idéale : le diagnostic est évident** car des anomalies ont été constatées pendant ou après la syncope et suffisent à l'expliquer (TV, BAV complet, pauses sinusales, hypotension orthostatique, hypersensibilité du sinus carotidien, RAC ou CMH ...) ⇒ les explorations (si nécessaire) et le traitement seront adaptés à l'étiologie.
    - 2) **Il n'y a pas de diagnostic évident, le bilan de 1<sup>ère</sup> intention (ETT, Holter-ECG) n'entraîne pas de certitude. Une EXPLORATION ELECTROPHYSIOLOGIQUE sera réalisée si :**
      - × Existence de troubles de la conduction sur ECG : BAV I, bloc de branche, bloc bi- ou tri-fasciculaire.
      - × Existence d'arguments pour un trouble du rythme ventriculaire (extrasystolie ventriculaire, présence d'une cardiopathie).
      - × Syncope très évocatrice d'une origine cardiaque et/ou récidivante.
- Si l'exploration électrophysiologique est normale, un TILT-TEST sera réalisé.

**3) Situation difficile :** il n'y a aucun élément d'orientation (examen clinique normal, ECG normal, Holter normal) :

- × **S'il n'y pas de cardiopathie sous-jacente**, le trouble rythmique ou conducteur est peu probable, on procèdera alors à un **tilt-test dans un 1<sup>er</sup> temps**. Si celui-ci s'avère négatif, on complètera les investigations par **l'implantation d'un moniteur d'événements implantable (REVEAL XT ou LinQ®)**, boîtier sous-cutané, **durée 3 ans d'autant plus que les syncopes sont récidivantes et/ou traumatiques**.
- × Une exploration électrophysiologique, pourra être effectuée particulièrement s'il existe une cardiopathie sous-jacente.



Moniteur d'événements implantable  
(REVEAL XT ou LinQ®)

## C. TRAITEMENT

- **Le traitement des syncopes dépend bien entendu du type de syncope** (réflexes, hypotension orthostatique, troubles de conduction, troubles du rythme, etc.).
- **La prise en charge des troubles conductifs** est détaillée dans le chapitre « Troubles de conduction intracardiaque ». Elle conduit généralement à l'implantation d'un pacemaker.
- **La prise en charge des troubles du rythme** est détaillée dans le chapitre « Palpitations ».
- **Concernant les syncopes réflexes, notamment vaso-vagales :**
  - Eviter les facteurs déclenchants (par exemple endroits surpeuplés et chauds, déplétion volémique, toux, cols serrés, etc.).
  - Reconnaître les symptômes annonciateurs.
  - Apprendre les manœuvres pour interrompre l'épisode (par exemple position couchée, manœuvre d'abduction forcée).
- **Concernant l'hypotension orthostatique :**
  - Lever progressif toujours.
  - Traitement de la cause, adapter le traitement ++++.
  - Bas de contention.
  - +/- réadaptation neurovégétative par tilt training, ± mise d'une contention abdominale ± bas de contention +/- midodrine GUTRON® +/- fludrocortisone +/- régime riche en sel.

# Perte de connaissance (PC) transitoire

Interrogatoire ++++

Syncope confirmée

Eliminer PC non syncopale:

- Crises d'épilepsie
- PC psychogénique
- Causes rares de PC : Vol sous-clavier, AIT vertébro-basilaire, Hémorragie

## Evaluation initiale :

Interrogatoire, examen clinique recherche hypotension orthostatique, ECG SYSTEMATIQUE, massage sinus carotidien après 40 ans

## Diagnostic suspecté

### Diagnostic certain

ECG pathologique +++  
le plus souvent ; contexte très évocateur (syncope vagale, hypotension orthostatique)

Causes cardiaques ?

Orthostatique ?

Réflexes ?

Inexpliquée

ECG, ETT, Holter-ECG,  
± exploration électrophysiologique,  
± test d'effort

Recherche  
hypotension  
orthostatique

Si fréquentes ou sévères  
ou situation professionnelle à risque

Unique

ilt-test

Arrêt des explorations

Prise en charge adaptée

Réévaluation : biologie, ECG, ETT, Holter-ECG, exploration électrophysiologique, test d'effort, etc.

Si syncope récidivante et/ou traumatique  
⇒ pose Holter implantable

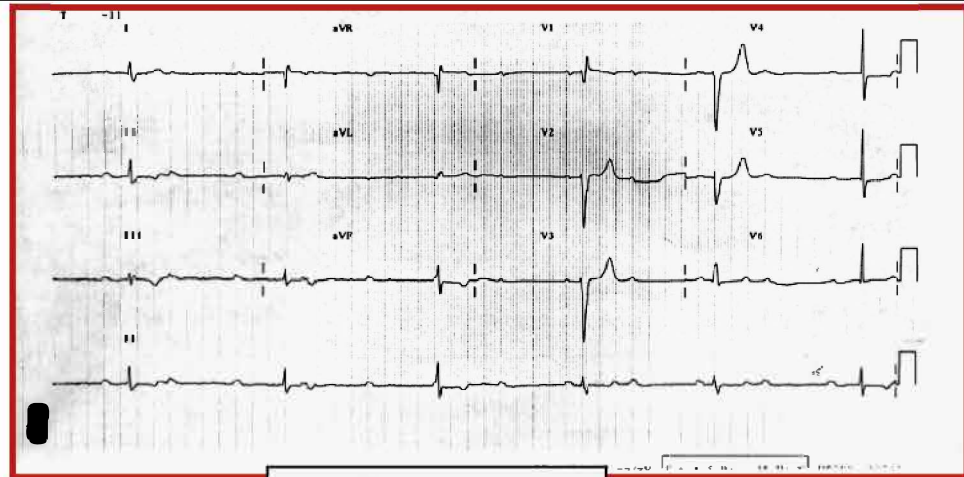


## Tilt test

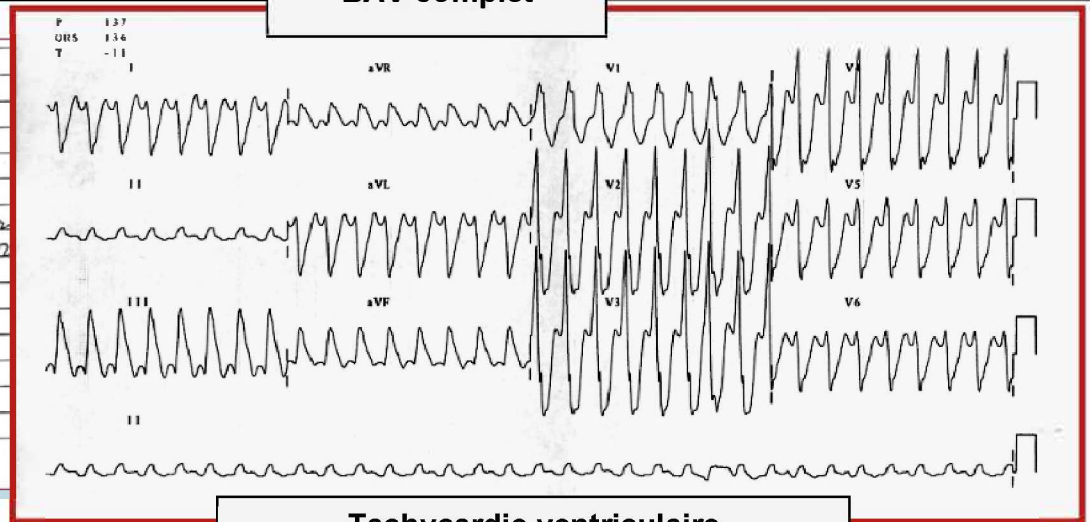


**Test positif :**  
Symptômes : présyncope ou une syncope, mêmes symptômes que lors du malaise

+ **HypoTA** ( $< 80$  mmHg)  
et/ou  
**chute de la FC** ( $> 20\%$  ou bradycardie  $< 50$ /min).



BAV complet



Tachycardie ventriculaire

TEMPS	TENSION ARTERIELLE	POULS	OBSERVATIONS
<b>POSITION COUCHEE</b>			
12h 35'	160/138	94	
12h 50'	165/135	87	
<b>INCLINAISON 70°</b>			
12h 50'	142/93	89	
12h 55'	141/131	64	Malaise (pâleur, sueurs)
13h 02'	132/172 gauche		Perte de conscience - D7
13h 05'			Examen arrêté
13h 10'			Tilt test (+)
13h 15'			
13h 20'			
13h 25'			
13h 30'			
13h 35'			
<b>CONCLUSION: Tilt test (+)</b>			

Exemple de tilt-test positif

# FICHE FLASH : LIPOTHYMIES ET SYNCOPES

## Définition :

- Syncope : perte de connaissance subite secondaire à une chute brutale du débit sanguin cérébral d'au moins 3 secondes.
- Lipothymie : perte de connaissance incomplète (même valeur sémiologique).
- A différencier du coma et de l'épilepsie (absence) ++++.

## I. ETIOLOGIES

### A. SYNCOPES LIEES A DES ANOMALIES ELECTRIQUES CARDIAQUES

- Spontanées (dégénératifs le plus souvent) ou secondaires à une cardiopathie sous-jacente (cardiopathie ischémique, valvulaire...) qu'il faut toujours rechercher.
- Troubles de conduction :
  - BAV de haut degré.
  - Dysfonction sinusale.
  - Dysfonction de PM.
- Troubles du rythme :
  - Auriculaire : AC/FA, flutter, TSA (cause rare de syncope).
  - Jonctionnelle : Bouveret (cause exceptionnelle).
  - Ventriculaire : TV, torsades de pointe +++.

### B. SYNCOPES LIEES UNE MALADIE CARDIAQUE STRUCTURELLE OBSTRUCTIVE : CMH, RAC.

### C. AUTRES CAUSES CARDIOVASCULAIRES

- IDM, ischémie myocardique
- Myxome de l'oreillette gauche.
- Anomalies de naissance des coronaires
- Thrombus sur valve mécanique.
- Syndrome de vol vasculaire sous-clavier.
- Hypertension artérielle pulmonaire sévère (syncope d'effort surtout), embolie pulmonaire

### D. SYNCOPES NEUROCARDIOGENIQUES

- Anomalie du système nerveux autonome agissant sur le cœur et les vaisseaux sanguins

#### 1-Hypotension orthostatique

- Elle est définie par une chute de la PA  $\geq 20$  mmHg et/ou de la PAD  $\geq 10$  mmHg, lors du passage en position debout ; intervenant 1, 2 ou 3 minutes après l'orthostatisme.
- Etiologies multiples :
  - × Médicamenteuse : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, hypotenseurs (notamment si sujets âgés).
  - × Endocrinienne : insuffisance surrénale, insuffisance hypophysaire, hypothyroïdie.
  - × Neurologique.
  - × Périphérique : diabète, porphyrie.
  - × Centrale : sclérose en plaques, Parkinson.
  - × Hypovolémie.
  - × Hypotension primitive : syndrome de Shy et Drager.

2-Syncope vaso-vagale : cause la plus fréquente de syncope.

3-Hypersensibilité du sinus carotidien (HSSC) lors du rasage notamment.

4-Syncopes réflexes situationnelles (toux, miction, rires, douleur intense).

## II. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE PERTE DE CONNAISSANCE

### A. INTERROGATOIRE (DU PATIENT ET DES TEMOINS) : TEMPS PRIMORDIAL +++

- Antécédents personnels, pose de pacemaker, traitement médicamenteux.
- Facteurs de risque cardiovasculaire.
- Interrogatoire fondamental +++ : circonstances de survenue, description de la perte de connaissance et de l'état clinique du patient après la syncope.

**CAUSES DE SYNCOPES A L'EFFORT**

- Rétrécissement aortique serré.
- Cardiomyopathie hypertrophique (CMH) obstructive.
- HTAP (cœur pulmonaire chronique, embolie pulmonaire).
- Coronaropathie sévère (tronc commun).
- Tamponnade.
- Myxome de l'OG.
- Troubles du rythme ventriculaire.
- BAV d'effort.

**B. EXAMEN PHYSIQUE**

- Examen cardiovasculaire :
  - Prise de la PA aux 2 bras, recherche d'hypotension orthostatique
  - Recherche d'un souffle cardiaque (CMH, RAC), vasculaire (carotidien), d'un éclat de B2 (HTAP).
  - Massage sino-carotidien si > 40 ans avec enregistrement ECG concomitant.
- Examen neurologique complet : recherche de signes de localisation en faveur d'une épilepsie.
- Mesure glycémie capillaire

**C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES****1- Systématiques**

- ECG repos : troubles conductifs, troubles du rythme, syndrome de Brugada, WPW, QT long.
- Biologie : NFS, ione (kaliémie, calcémie, natrémie), fonction rénale, glycémie à jeun +/- troponine +/- D-dimères.
- ETT : recherche une cardiopathie sous-jacente, notamment une dysfonction VG, un RAC, une HTAP.

**2- En 2<sup>de</sup> intention**

- Cause cardiovasculaire suspectée :
  - × Holter-ECG +++.
  - × Exploration électrophysiologique endocavitaire +++.
  - × Tilt-test .
  - × Si syncope d'effort : test d'effort (en l'absence de RAC serré ou de CMH obstructive) ± coronarographie ou coroscanner
  - × ± Scintigraphie pulmonaire ou angio-scanner si EP suspectée.
  - × ± Echo-Doppler vaisseaux du cou.
- Hypotension orthostatique suspectée : pas d'examen complémentaires supplémentaires en 1<sup>ère</sup> intention.
- Syncope réflexe vaso-vagale : pas d'examen complémentaires supplémentaires en 1<sup>ère</sup> intention ⇒ diagnostic clinique ++. En cas de doute et/ou de répétition invalidante des malaises, un tilt-test peut être réalisé pour confirmer de manière certaine le diagnostic.
- Cause neurologique suspectée :
  - × EEG.
  - × Scanner cérébral.
  - × Doppler des vaisseaux du cou : recherche et quantifie une sténose carotidienne ou vertébro-basilaire.

**III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

- Neurologique/psychiatrique : épilepsie, drop-attack, AVC, narcolepsie, catalepsie, hystérie.
- Métabolique : hypoglycémie, hyponatrémie (il s'agit surtout de causes de coma +++++).
- Intoxication : CO, alcoolique, stupéfiants (il s'agit surtout de causes de coma +++++).

**IV. CONDUITE A TENIR PRATIQUE****1-Affirmer qu'il s'agit d'une vraie syncope****2-Dans ce cas, une hospitalisation pour surveillance scopique est systématique, sauf s'il s'agit d'une syncope vaso-vagale typique ou d'une hypotension orthostatique. A l'opposé, l'hospitalisation est systématique si :**

- Cardiopathie sous-jacente significative connue ou suspectée.
- Anomalie ECG suggérant un trouble du rythme ou de la conduction.
- Syncope d'effort.
- Syncope avec traumatisme sévère.
- Histoire familiale de mort subite.

**3-Dans le cas où les examens cardiologiques de 1<sup>ère</sup> intention (ECG, ETT, Holter-ECG) ne sont pas concluants, on pourra avoir recours à l'exploration électrophysiologique endocavitaire ou au tilt-test****4-En cas de syncopes récidivante ou au premier épisode de syncope traumatique avec bilan étiologique exhaustif négatif et/ou avec traitement inefficace, indication à l'implantation d'un moniteur d'événements implantable (REVEAL XT ou Linq®), boîtier sous-cutané, durée 3 ans.**