

Département de médecine communautaire,  
de premier recours et des urgences  
Service de médecine de premier recours

## **SYNCOPE**

A-C Bréchet Bachmann<sup>1</sup>, H. Brandstätter<sup>1</sup>, F. Sarasin<sup>2</sup>

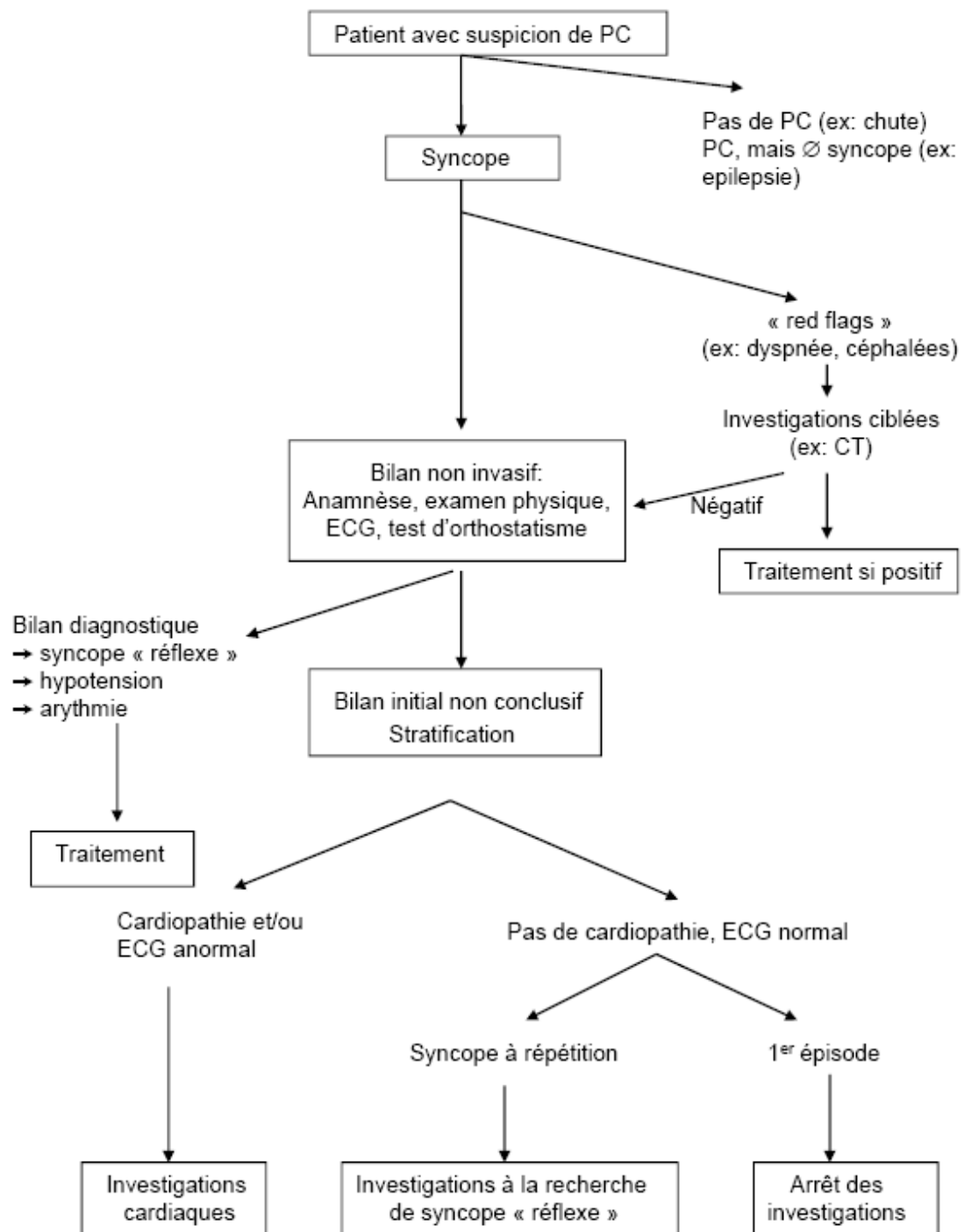
<sup>1</sup>Service de médecine de premier recours, HUG

<sup>2</sup>Service des urgences, HUG

**Mai 2013**

### **LES POINTS À RETENIR**

- La syncope est un symptôme et non une maladie.
- Le pronostic d'une syncope est généralement bon sauf lorsqu'elle est d'origine cardiaque.
- Une anamnèse et examen physique associé à un bilan non invasif comportant un test de Schellong et un ECG permettent de retenir un diagnostic dans plus de 50% des cas de syncope et de stratifier le risque des syncopes inexpliquées.
- Les patients à haut risque de syncope d'origine cardiaque ainsi que ceux qui présentent des syncopes à répétition nécessitent des investigations supplémentaires.



# **SYNCOPE**

## **1. INTRODUCTION**

La syncope est un symptôme défini comme une perte de connaissance (PC), soudaine, brève, spontanément résolutive, associée à une perte du tonus postural. Elle fait suite à une hypoperfusion cérébrale globale transitoire. Elle est en grande majorité bénigne, mais parfois liée à un mauvais pronostic, ou à des complications traumatiques. Les syncopes représentent environ 1% des consultations aux urgences et sont un motif de consultation ambulatoire fréquent (10 pour 1000 patients/ année). Les pics d'incidence se situent entre 10 et 30 ans, puis au delà de 65 ans.<sup>1, 2, 3</sup>

## **2. CLASSIFICATION SELON ETIOLOGIE**

Le tableau 1 classifie l'étiologie des syncopes en fonction de leurs mécanismes. D'importants écarts de fréquence y figurent en raison de l'hétérogénéité des populations et des centres de soins (primaires vs tertiaires) dans lesquels les études ont été menées.<sup>1</sup>

### **2.1 Syncopes réflexes (35-48%)**

Leur mécanisme est celui d'une hyper-activation et/ou d'une inhibition transitoire et paradoxale du système nerveux autonome qui se traduit cliniquement par une bradycardie et/ou une hypotension. On différencie les syncopes vasovagales des syncopes situationnelles. Les premières font suite à un stress émotionnel ou orthostatique (station debout prolongée) et sont associés à des symptômes typiques (transpiration, pâleur, nausées), alors que les deuxièmes surviennent pendant la miction, la défécation, la toux, ou encore après les repas ou l'effort chez les jeunes sportifs.<sup>1</sup>

### **2.2 Syncopes dues à une hypotension orthostatique (4-24%)**

Lors du passage de la position couchée à la position debout, le système nerveux autonome (SNA) n'arrive parfois pas à maintenir des résistances vasculaires suffisantes.<sup>4</sup> Il peut s'en suivre une syncope dite orthostatique. On les retrouve fréquemment chez les sujets de plus de 75 ans (30%). Elles s'associent par ordre de fréquence à la prise de médicament, à une perte de volume ou à une dysfonction du SNA.<sup>1</sup>

### **2.3 Syncopes cardiaques (5-21%)**

On distingue 2 mécanismes à l'origine des syncopes cardiaques : les arythmies et les causes structurelles liées à un obstacle à l'éjection ventriculaire. On les retrouve plus fréquemment chez les patients de plus de 60 ans.<sup>1</sup>

### **2.4 Autres causes de PC brèves**

Qu'elles soient neurologique (épilepsie), psychogène (attaque de panique, trouble dépressif) ou métabolique (hypoglycémie) ces causes découlent d'un mécanisme physiopathologique différent et ne sont pas à considérer comme événement syncopal.

**Tableau 1:** mécanismes et étiologies des syncopes. SNA = système nerveux autonome;

Mécanismes	Etiologies
<b>Syncope réflexe (35-48%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vasovagale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress émotionnel (peur, douleur, manipulation, phobie du sang)</li> <li>• Stress orthostatique</li> </ul> </li> <li>-Situationnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toux</li> <li>• Stimulation digestive (déglutition, défécation)</li> <li>• Miction</li> <li>• Après l'effort</li> <li>• Postprandial</li> </ul> </li> <li>-Hypersensibilité du sinus carotidien</li> <li>-Forme atypique (sans facteur déclencheur apparent/ ou présentation atypique)</li> </ul>
<b>Syncope orthostatique (4-24%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicamenteux (vasodilatateur, diurétique, antidépresseur, neuroleptique, alcool)</li> <li>-Perte de volume (hémorragie, diarrhée, vomissement)</li> <li>-Dysfonction secondaire du SNA (diabète, urémie, amyloïdose, lésions médullaires)</li> <li>-Dysfonction primaire du SNA (Maladie de Parkinson, atrophie multi-systémique, démence à corps de Lewy)</li> </ul>
<b>Syncope cardiaque (5-21%)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arythmies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradycardie (maladie du sinus, bloc AV, dysfonction d'un PM)</li> <li>• Tachycardie (supraventriculaire, ventriculaire idiopathique, ventriculaire sur cardiopathie ou canalopathie)</li> <li>• Arythmie d'origine médicamenteuse</li> </ul> </li> <li>-Causes structurelles <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiaques (valvulopathie, ischémique, cardiomyopathie hypertrophique, masse cardiaque, tamponnade)</li> <li>• autre (embolie pulmonaire, dissection aortique, hypertension pulmonaire)</li> </ul> </li> </ul>
<b>PC brève non-syncopale (8-20%)</b>	Epilepsie, pseudo-syncope psychogène, hypoglycémie, AIT vertébrobasilaire
<b>Syncope inexpliquée (17-33%)</b>	

AV = atrioventriculaire, PM = pacemaker

### **3. MANIFESTATION CLINIQUE**

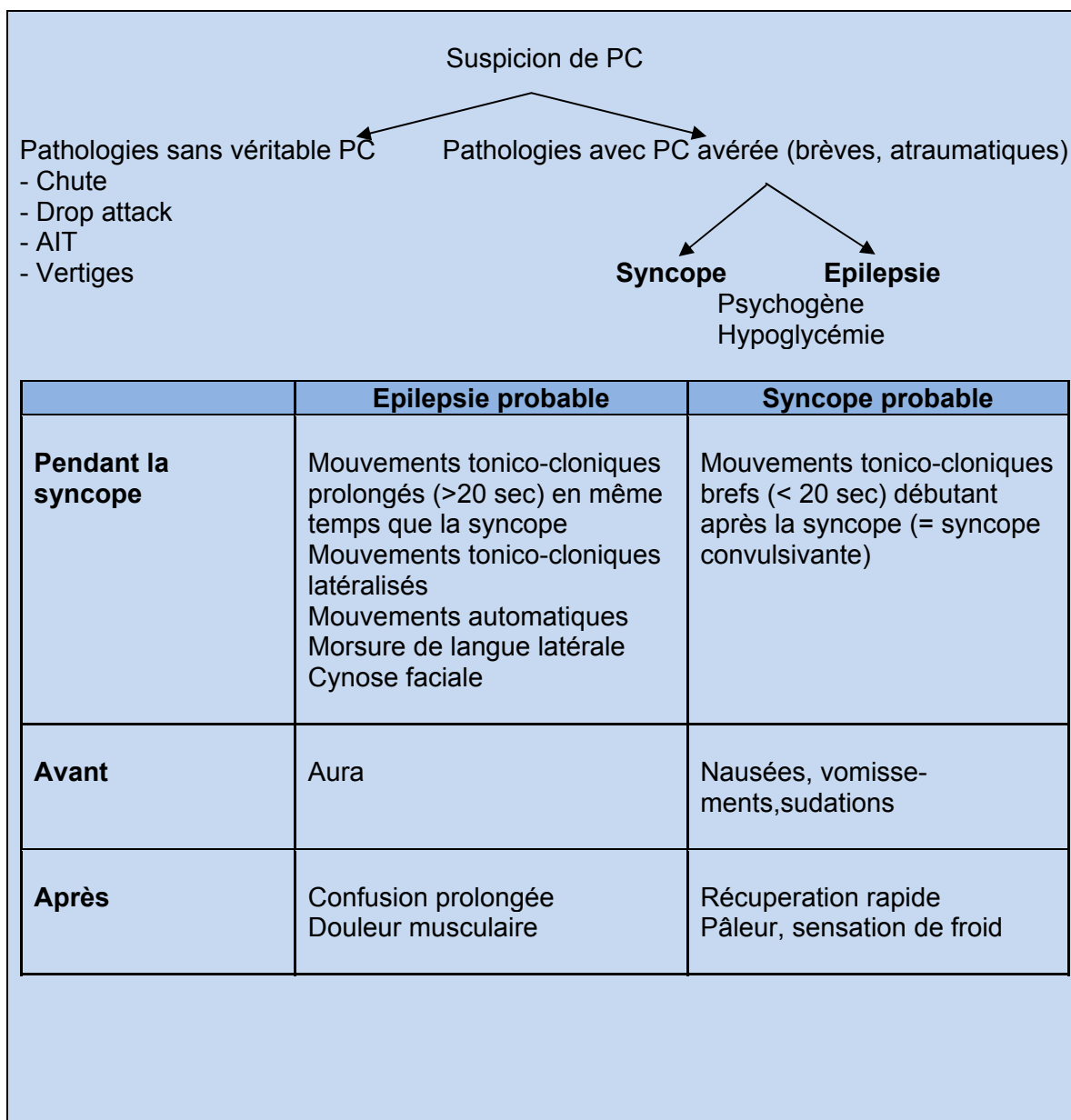
L'objectif de l'évaluation d'une syncope est d'établir un diagnostic étiologique lorsque c'est possible et d'identifier les éléments cliniques qui doivent orienter la prise en charge vers des investigations plus poussées.

#### **3.1 La syncope est-elle le signe d'appel d'une pathologie aigue nécessitant une prise en charge spécifique ?**

Plusieurs pathologies aiguës (SCA, anévrisme de l'aorte abdominale, embolie pulmonaire, grossesse extra-utérine, hémorragie sous-arachnoïdienne) peuvent se manifester par une syncope. Elle s'accompagne généralement de symptômes (dyspnée, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, céphalées) en relation avec le diagnostic principal. La syncope représente alors en quelque sorte « la pointe de l'iceberg » d'une catastrophe imminente. Au cours de l'anamnèse, il faut donc soigneusement chercher ces signes et/ ou symptômes. Leur présence doit déclencher une démarche diagnostique spécifique.<sup>1</sup>

#### **3.2 S'agit-il vraiment d'une syncope ?**

Les syncopes font partie des PC brèves non traumatiques. Il ne faut pas les confondre avec les pathologies qui ne s'accompagnent pas de PC. Les principaux diagnostics différentiels des PC brèves non traumatiques sont la syncope et l'épilepsie. L'anamnèse et l'examen clinique permet généralement de faire la distinction entre ces 2 pathologies (tableau 2).<sup>5, 6</sup>



**Tableau 2:** Diagnostic différentiel des suspicions de PC et des PC brèves

#### 4. DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ([lien à cliquer pour algorithme](#))

<b>Syncope vaso-vagale</b>	Syncope provoquée par un stress émotionnel ou orthostatique et associée à des prodromes typiques
----------------------------	--

##### 4.1 Quel bilan non invasif faire et quels sont les critères diagnostiques ?

Bilan initial non invasif recommandé chez les patients présentant une syncope est d'effectuer un ECG et un test de Schellong.

<b>Anamnèse</b>	Circonstances de survenue (position, activité, facteurs favorisants), déroulement (témoins ?), prodromes, phase de récupération. Contexte médical global (comorbidités, antécédents, anamnèse familiale, traitement, toxiques)
<b>Examen physique</b>	Signes compatibles avec une affection cardiaque ou neurologique (p.ex. arythmie, cardiomégalie, souffle ou signe d'insuffisance cardiaque, orientation, différence tensionnelle entre les deux bras, déficit neurologique)
<b>Test de Schellong</b>	Test d'orthostatisme sur 3 minutes avec suivi des symptômes et de la FC et de la TA (particulièrement performant en terme de diagnostic pour les patients de plus de 65 ans). <sup>8</sup>
<b>ECG 12 pistes</b>	Examen rarement diagnostique (environ 5%) mais permettant d'identifier des anomalies faisant suspecter une cardiopathie <sup>7</sup>

**Tableau 3:** bilan non invasif <sup>1, 7, 8</sup>

##### 4.2 Examens complémentaires en fonction d'étiologie suspectée

Les examens de laboratoire (Hb, Hct, glycémie, troponine) ne sont indiqués qu'en fonction de la clinique et ne font pas partie du bilan de base.<sup>1, 7</sup> Ce premier bilan permet de retenir une étiologie diagnostique dans 50-70% des cas dont les critères diagnostiques sont résumés dans le tableau 4.<sup>1</sup>

<b>Syncope situationnelle</b>	Syncope qui survient pendant ou juste après une toux, miction, défécation, après un effort ou en postprandial
<b>Syncope orthostatique</b>	Reproduction par le test d'orthostatisme sur 3 minutes des symptômes associé à une chute de la TA systolique $\geq 20$ mmHg (ou diastolique $\geq 10$ mmHg) ou à des valeurs $< 90$ mmHg
<b>Syncope sur arythmie</b>	Syncope contemporaine d'une arythmie objectivée à l'ECG Bradycardie $< 40$ /min chez un patient éveillé Bloc sino-auriculaire ou bloc sinusal $\geq 3$ secondes Bloc AV Mobitz II ou bloc AV complet Bloc de branche gauche et droit alternant Tachycardie ventriculaire ou supraventriculaire paroxystique TV polymorphes non soutenues et QT long ou cours Dysfonction d'un pacemaker/défibrillateur interne avec pauses
<b>Syncope sur SCA</b>	Syncope en présence de signes ECG compatibles avec un SCA

**Tableau 4:** critères diagnostiques des syncopes. SCA= syndrome coronarien aigu



#### 4.3 La syncope est inexpliquée : qui investiguer ?

Pour 1/3 des patients, le bilan non invasif et les investigations ciblées ne permettent pas d'établir un diagnostic. Dans cette situation des investigations ne se justifient que pour :

- **Patients avec un haut risque de syncope d'origine cardiaque**

Ces patients présentant un des éléments du tableau 5 ont un risque de mort subite augmenté en raison de leur cardiopathie sous-jacente (25% décès à 1 an).<sup>1, 9, 10, 11</sup>

<b>Antécédents ou clinique en faveur d'une cardiopathie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance cardiaque</li> <li>• Diminution de la fraction d'éjection</li> <li>• Antécédents d'infarctus du myocarde (ou onde Q évocatrice à l'ECG)</li> </ul>
<b>Clinique ou anomalies ECG en faveur d'une arythmie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syncope à l'effort ou allongé</li> <li>• Syncope précédée de palpitations</li> <li>• Histoire familiale de mort subite</li> <li>• TV non soutenues</li> <li>• Bloc bi-fasciculaire (Bloc de branche droit ou gauche associé à un héli-bloc antérieur ou postérieur) ou QRS allongé (<math>\geq 0.12</math>sec.)</li> <li>• Bradycardie sinusale inadéquate (<math>&lt; 50</math>/min) ou bloc sino-auriculaire en l'absence de traitement chronotrope négatif</li> <li>• Syndrome de pré-excitation du QRS</li> <li>• QT long ou court</li> <li>• Bloc de branche droit avec sus-décalage ST en V1-V3 (syndrome de Brugada)</li> <li>• Ondes T négatives dans les précordiales droites, ondes epsilon et potentiels tardifs ventriculaires suggérant une dysplasie arythmogène du ventricule droit</li> </ul>
<b>Comorbidités majeures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anémie sévère</li> <li>• Troubles électrolytiques sévères</li> </ul>

**Tableau 5:** éléments devant faire suspecter une syncope cardiaque

Plusieurs scores pour stratifier le risque de syncope cardiaque ont été validés. Tous tiennent compte de la présence d'une cardiopathie et des anomalies ECG. Comme exemple on peut citer le score EGSYS (tableau 6) qui a montré une sensibilité et une spécificité à identifier une syncope cardiaque de 92% et 69% pour un score  $\geq 3$ .<sup>1, 2</sup>

<b>Score EGSYS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syncope précédée de palpitations (4 points)</li> <li>• Anomalie ECG ou Cardiopathie (3 points)</li> <li>• Syncope à l'effort (3 points)</li> <li>• Syncope en position couchée (2 points)</li> <li>• Prodromes neurovégétatifs (-1 point)</li> <li>• Stress émotionnel ou orthostatique (-1 point)</li> </ul>	En fonction du total des points : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalité à 2 ans :             <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3 → 2%</li> <li>≥ 3 → 21%</li> </ul> </li> <li>• Probabilité de syncope cardiaque :             <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3 → 2%</li> <li>3 → 13%</li> <li>4 → 33%</li> <li>&gt; 4 → 77%</li> </ul> </li> </ul>
--------------------	--	--

**Tableau 6: Score EGSYS**

- **Patients avec une anamnèse de syncope à répétition**

Les **patients avec ≥2 épisodes de syncope** ont un risque de traumatisme et d'atteinte de leur qualité de vie. Leurs causes sont généralement des syncopes réflexes reproductibles par le tilt test ou par le massage des sinus carotidiens. Chez un patient de moins de 40 ans avec une syncope d'étiologie indéterminée, une histoire de 1 ou 2 épisodes de syncope prédit une récurrence de 15 et 20% après 1 et 2 ans respectivement, tandis qu'une histoire de 3 épisodes de syncope durant la vie prédit une récurrence de 36 et 42% à 1 et 2 ans respectivement.<sup>1, 9, 10, 11.</sup>

- **La syncope doit être investiguée : qui hospitaliser ?**

Lorsqu'un diagnostic étiologique est établi, l'indication à une hospitalisation est fonction de celui-ci (ou des conséquences de la syncope : fracture, traumatisme crânio-cérébral...).

Lorsque la syncope est inexpliquée aucune attitude précise n'a été validée à ce jour. Vu le risque des patients avec une syncope d'origine cardiaque, nous proposons qu'en présence d'une des caractéristiques du tableau 5, ils soient investigués en milieu hospitalier.

## 5. REFERENCES

1. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 2009 ; 30 : 2631-71
2. Kapoor WN. Syncope. *N Engl J Med* 2000; 343 : 1856-62
3. Sarasin FP et al. Prospective evaluation of patients with syncope: A population-based study. *Am J Med.* 2001; 111 : 177-84
4. Smith JJ. Circulatory response to the upright posture. *Ann Arbor: CRC Press* 1990; 187
5. Sheldon R et al. Historical criteria that distinguish syncope from seizures. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 40 : 142-8
6. Sarasin FP. Perte de connaissance aux urgences: syncope ou crise d'épilepsie? *Revue médicale Suisse.* 2003; 553
7. Linzer M, Kapoor WN, Diagnosing syncope. Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997; 126 : 989-96
8. Mendu ML et al. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med.* 2009; 169 : 1299-305
9. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Levy D, Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med.* 2002; 347:878-85
10. Linzer M., Kapoor WN. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained Syncope. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997; 127 : 76-86
11. Kapoor WN, Hanusa B. Is syncope a risk factor for poor outcomes? Comparison of patients with and without syncope. *Am J Med* 1996 ; 646-55
12. Del Rosso A et al. Clinical predictors of cardiac syncope at initial evaluation in patients referred urgently to general hospital: the EGSYS score. *Heart* 2008; 94 : 1620-6

Date de la première édition : mars 2002 par S. Antonini-Revaz, F.P. Sarasin et H. Stalder

Mise à jour: été 2010 par J. Graz, J-M Gaspoz, F. P Sarasin

Mise à jour : printemps 2013 : A-C Bréchet, H. Brandsätter, F. P Sarasin

Pour tout renseignement, commentaire ou question : [marie-christine.cansell@hcuge.ch](mailto:marie-christine.cansell@hcuge.ch)