

Syncope: démarche diagnostique et orientation

Responsable du document :
Prof. F. Sarasin

Type de document :
protocole

Domaine :
médical

Date de création :
Novembre 2004

Date d'entrée en vigueur :
09.01.2013

Date de mise à jour :
Décembre 2012

N° de version :
1.3

Mots-clés :

Syncope, lipothymie, malaise, vasovagale, Schellong, orthostatisme, épilepsie

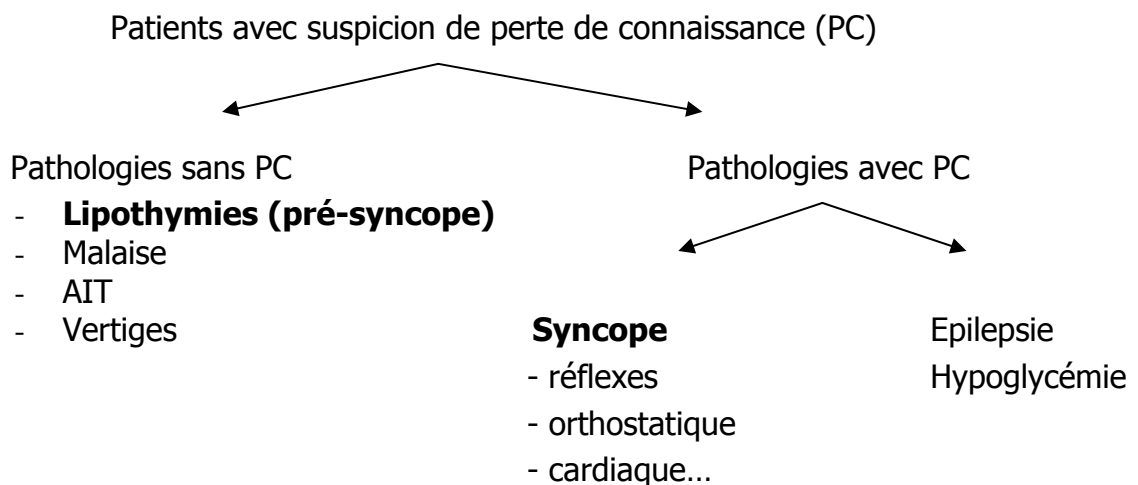
Cinq étapes successives

1. Vérifier qu'il s'agit vraiment d'une syncope
2. Rechercher la présence de « Red flags »
3. Pratiquer un bilan initial et l'interpréter
4. Stratifier les patients après un bilan initial non conclusif
5. Décider qui doit être investiguer et où

1. Vérifier qu'il s'agit vraiment d'une syncope

La syncope est un symptôme qui correspond à la définition suivante : « perte brutale de la conscience avec perte du tonus postural et retour spontané et rapide à une conscience normale ».

En pratique, cette définition exclut les pathologies sans PC (ex : malaise, vertiges), ou avec une PC d'autre origine (ex : épilepsie) à l'exception de la lipothymie ou pré-syncope dont la prise en charge peut être assimilée à celle d'une syncope.



Syncope: démarche diagnostique et orientation

Responsable du document : Prof. F. Sarasin		Type de document : protocole	Domaine : médical
Date de création : Novembre 2004	Date d'entrée en vigueur : 09.01.2013	Date de mise à jour : Décembre 2012	N° de version : 1.3
Mots-clés : Syncope, lipothymie, malaise, vasovagale, Schellong, orthostatisme, épilepsie			

La distinction entre une syncope et une crise d'épilepsie peut être parfois difficile : les éléments suivants permettent de distinguer ces deux entités.

	Epilepsie probable	Syncope probable
Pendant la syncope	<ul style="list-style-type: none"> Mouvements tonico-cloniques prolongés (>20 sec) en même temps que la syncope Mouvements tonico-cloniques latéralisés Mouvements automatiques Morsure de langue latérale Cynose faciale 	<ul style="list-style-type: none"> Mouvements tonico-cloniques brefs (< 20 sec) débutant après la syncope (= syncope convulsivante)
Avant	<ul style="list-style-type: none"> Aura 	<ul style="list-style-type: none"> Nausées, vomissements, sudations
Après	<ul style="list-style-type: none"> Confusion prolongée Douleur musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> Récupération rapide Pâleur, sensation de froid

2. Rechercher la présence de « Red flags »

La syncope peut s'accompagner de signes ou symptômes cliniques « red flags » devant faire évoquer une pathologie sous-jacente dont la perte de connaissance n'est en fait que le symptôme satellite ou épiphénomène.

- syncope + DRS aortique → SCA, embolie pulmonaire, dissection aortique
- syncope + dyspnée → embolie pulmonaire, sténose aortique
- syncope + céphalée → hémorragie sous arachnoïdienne
- syncope + douleur abdominale utérine → anévrisme de l'aorte, grossesse extra-utérine
- syncope + anémie → hémorragie digestive

Ces situations nécessitent des examens complémentaires ciblés et un traitement spécifiques.

Syncope: démarche diagnostique et orientation

Responsable du document :
Prof. F. Sarasin

Type de document :
protocole

Domaine :
médical

Date de création :
Novembre 2004

Date d'entrée en vigueur :
09.01.2013

Date de mise à jour :
Décembre 2012

N° de version :
1.3

Mots-clés :

Syncope, lipothymie, malaise, vasovagale, Schellong, orthostatisme, épilepsie

3. Pratiquer un bilan initial et l'interpréter

Ce bilan doit comprendre:

1. Une anamnèse détaillée (circonstances de survenue, symptômes avant, après, nb d'épisodes, palpitations, cardiopathie...)
2. Un examen physique, y compris neurologique
3. Un ECG avec 12 dérivations
4. Un test d'orthostatisme sur 3 minutes si l'anamnèse et l'ECG ne sont pas diagnostiques

5. Les examens de sang ne sont pas systématiques

Les résultats de ce bilan permettent de stopper les investigations dans les situations suivantes où le diagnostic est posé:

1. Syncope réflexe (vasovagale ou situationnelle) si :
 - a. Facteurs ou circonstances précipitants **et**
 - b. Symptômes typiques (pâleur, fatigue, sueur froide, nausée...)
2. Syncope orthostatique si :
 - a. Chute de TAH systolique ≥ 20 mm Hg avec symptômes **ou**
 - b. Chute de la TAH systolique jusqu'à 90 mm Hg avec ou sans symptômes
3. Syncope d'origine cardiaque arythmique si l'ECG montre l'une des anomalies suivantes:
 - asystolie ou pause sinusale ≥ 3 sec
 - bradycardie ≤ 40 /min
 - BAV II° type 2 ou III°
 - BBG et BBD alternant ou bloc trifasciculaire
 - Evidence de dysfonctionnement d'un PM (ex: pause ≥ 3 sec)
 - tachycardie ventriculaire soutenue (≥ 20 sec)
 - tachycardie ventriculaire non soutenue mais polymorphe

Syncope: démarche diagnostique et orientation

Responsable du document : Prof. F. Sarasin		Type de document : protocole		Domaine : médical	
Date de création : Novembre 2004		Date d'entrée en vigueur : 09.01.2013		Date de mise à jour : Décembre 2012	
Mots-clés : Syncope, lipothymie, malaise, vasovagale, Schellong, orthostatisme, épilepsie				N° de version : 1.3	

4. Stratifier les patients après un bilan initial non conclusif

La stratification vise :

- 1) à identifier le besoin d'investigations spécialisées à la recherche d'un diagnostic (arythmie ou syncope réflexe) **et**
- 2) décider de l'orientation.

Le besoin d'investigations est dicté par l'analyse de l'ECG, la présence d'une cardiopathie et la fréquence des syncopes.

On peut schématiquement distinguer 3 scénarios :

1) ECG normal ⊕ absence de cardiopathie à l'anamnèse ou l'examen physique ⊕ premier épisode de syncope :

- Arrêt des investigations

2) ECG normal ⊕ absence de cardiopathie à l'anamnèse ou l'examen physique ⊕ ≥ 2 épisodes de syncope :

- Investigations (tilt test) à la recherche d'une origine réflexe ou orthostatique atypique

3) ECG anormal* et/ou cardiopathie :**

- Investigations cardiologiques à la recherche d'une syncope d'origine cardiaque (arythmie ou obstruction au débit).

* La présence d'une cardiopathie se définit par:

- Une maladie cardiaque structurelle (cardiomyopathie dilatée, ischémique) avec ou sans insuffisance cardiaque clinique
- Une anamnèse de mort subite dans la famille
- Une syncope survenant pendant l'effort
- Des palpitations juste avant la syncope

** Un ECG anormal se définit par :

- Un bloc de branche avec ou sans hémibloc
- Une bradycardie < 50/min inexpliquée
- Une fibrillation auriculaire ou TSV
- Une onde Q évoquant une cicatrice d'infarctus

Syncope: démarche diagnostique et orientation

Responsable du document : Prof. F. Sarasin		Type de document : protocole		Domaine : médical	
Date de création : Novembre 2004		Date d'entrée en vigueur : 09.01.2013		Date de mise à jour : Décembre 2012	
				N' de version : 1.3	
Mots-clés : Syncope, lipothymie, malaise, vasovagale, Schellong, orthostatisme, épilepsie					

- Un syndrome de pré-excitation
- Un allongement du Q-T
- Une anomalie du segment S-T dans les dérivations précordiales droites (Brugada)
- Une onde T négative dans les dérivations précordiales droites ou onde epsilon évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit

5. Décider qui doit être investiguer et où

Deux scénarios sont possibles :

1. **le diagnostic étiologique est établi aux urgences.** Dans ce cas l'orientation (hospitalisation versus RAD) est dictée par la nature du diagnostic (arythmie, hypotension) le besoins ou non d'investigations et la prise en considération des conséquences de la syncope (fracture ? TCC ?...)
2. **le diagnostic étiologique n'est pas établi aux urgences** (= syncope inexpliquée). Le choix de l'orientation est dictée par le besoin d'investigations et le scénario décrit sous le point 4).

