

Conduite à tenir devant une syncope (209)

Docteur Pascal DEFAYE
Octobre 2002 (Mise à jour Janvier 2005)

Pré-Requis :

- [Anatomie et physiologie](#)
- [Sémiologie clinique](#)
- [Sémiologie paraclinique](#)
- [Pharmacologie](#)

Résumé :

La syncope est un symptôme fréquent aussi bien en cardiologie qu'en médecine omnipraticienne. Il en existe quatre grandes causes : les causes cardiaques avec le bloc auriculo-ventriculaire et les troubles du rythme, les causes vasculaires avec surtout la syncope vaso-vagale, les causes neurologiques et les causes diverses. Dans 30 à 40% des cas, les syncopes restent sans étiologie.

La première étape du diagnostic fait appel à l'interrogatoire aidé de l'examen clinique et de l'ECG. Cet ensemble permet le diagnostic dans 60 à 70% des cas. Dans la seconde étape, prennent part les méthodes non invasives, avec comme but la mise en évidence d'une éventuelle cardiopathie ayant échappé à la première étape. S'il existe une cardiopathie, une exploration électrophysiologique endocavitaire sera rapidement réalisée. S'il n'y a pas de cardiopathie, on réalisera d'abord un test d'inclinaison. L'exploration électrophysiologique est positive dans 55% des cas lorsqu'il existe une anomalie morphologique et ou électrique.

Le Holter implantable mis en place en sous-cutané réduira certainement la place des syncopes inexplicées. Cet appareil est essentiellement indiqué devant des syncopes récurrentes, graves et dont le bilan étiologique est resté négatif.

Mots-clés :

Syncope, perte de connaissance, BAV, syncope vaso-vagale.

Références :

1er, 2ème, 3ème cycle de médecine, préparation au concours de l'Internat :

- Collège des Enseignants de Cardiologie sous la direction de Xavier André-Fouët, *Cardiologie*, Université Claude Bernard Lyon I, Presses Universitaires de Lyon (PUL).
- Denis B., Machecourt J., Vanzetto G., Bertrand B., Defaye P., *Sémiologie et Pathologie Cardiovasculaires*, Edité par B.Denis, 1999.

Et pour approfondir :

- Vacheron A., Le Feuvre C., Di Matteo J., *Cardiologie*, 3ème édition Mars 1999, Expansion Scientifique publications.
- Braunwald E., *Heart disease : a textbook of cardiovascular medicine*. 5ème édition 1997, Editions W.B. Saunders, Philadelphie.

Liens :

- Sémiologie et pathologie cardiovasculaires, Site Internet du Service de Cardiologie du CHU de Grenoble : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/CardioCD/cardio/index.html>

Exercices :

1. Définitions

- La syncope est un symptôme fréquent en consultation de médecine omnipraticienne et cardiologique. Il s'agit d'un véritable carrefour de la médecine où l'interrogatoire du malade et de son entourage prend une place capitale dans la démarche diagnostique.
- C'est un symptôme très grave ressenti comme une impression de « mort avortée ». La syncope est une perte de connaissance complète avec abolition de la vie de relation et du tonus postural ; sa durée est très brève, fixée arbitrairement à moins de trois minutes.
- Quand la syncope ne va pas jusqu'à son terme, on parle de présyncope ou de lipothymie. Les étiologies des lipothymies se confondent avec celles des syncopes. La lipothymie étant généralement précédée de symptômes prémonitoires à type de troubles de la vision, de l'ouïe, ou du tonus musculaire.

2. Epidémiologie

- Elle est mal connue car les enquêtes prospectives sont rares, les sujets souvent âgés et l'interrogatoire est difficile. La perte de connaissance est parfois niée, les patients n'avouant alors qu'une simple chute. Elle est certaines fois rapportée alors qu'elle n'existe pas.
- Les syncopes sont fréquentes, elles représentent 1 à 3% des hospitalisations. Dans l'étude de Framingham, ont été suivis pendant 26 ans des patients âgés de 30 à 62 ans, des syncopes sont survenues chez 3% des hommes et 3,5% des femmes. Les syncopes sont plus fréquentes chez les sujets âgés : 0,7% chez l'homme de 35 à 44 ans, et 5,6% après 75 ans.
- Les conséquences des syncopes peuvent être graves. Les traumatismes sont présents dans 30 à 40% des cas. Les fractures ne sont pas rares : 6% pour Kapoor et 7% pour Blanc. Les plaies et contusions sont encore moins rares. Des accidents de la voie publique peuvent se produire dans 1 à 5% des cas.

3. Etiologies

- On peut schématiquement diviser les syncopes en 4 grandes causes : les causes cardiaques (26% des cas), les causes vasculaires (15 à 20%), les causes neurologiques (15 à 20%). D'autres pathologies (psychiatrie, anomalie du métabolisme glucidique) se partagent environ 1% des étiologies. Environ 40% des syncopes restent sans étiologie.
- Le diagnostic étiologique est souvent difficile, l'enquête devant être policière. Souvent, le patient est âgé et habite seul, il est donc impossible d'interroger des témoins.
- La sensibilité et la spécificité des examens sont souvent médiocres contrairement au diagnostic de la maladie ischémique où la sensibilité et la spécificité des tests se rapprochent souvent de 100%. Un test d'inclinaison positif n'implique pas nécessairement une syncope vaso-vagale et un intervalle HV long lors d'une exploration électrophysiologique endocavitaire n'est pas synonyme de BAV paroxystique.
- Plusieurs examens peuvent être anormaux chez un sujet et l'on ne sait pas lequel retenir comme mécanisme causal. Il est malgré tout fondamental de rechercher la cause de la syncope afin d'éviter la récurrence par un traitement approprié, améliorer le pronostic et éviter la cascade d'examens systématiques, coûteux et non rentable.

4. Moyens du diagnostic

4.1. Première étape : interrogatoire, examen clinique et électrocardiogramme de surface

Elle est incontournable car permet le diagnostic dans 60 à 70% des cas (tableau I).

- **L'interrogatoire** doit être précis. Il doit faire préciser les caractères de la syncope : sa fréquence, ses circonstances de survenue (à l'effort, à l'orthostatisme, au changement de position, à l'émotion forte, lors d'une quinte de toux). On s'attachera à retrouver le même facteur déclenchant. On précisera les antécédents notamment cardiologiques, neurologiques et métaboliques ainsi que les traitements en cours. Tous les médicaments hypotenseurs et vasoplégiques pris de façon non rigoureuse et en excès peuvent être responsables de malaises.
- **L'examen clinique** sera complet en recherchant une cardiopathie (valvulopathie surtout aortique, myocardopathie obstructive ou non). La tension artérielle sera prise en décubitus et en orthostatisme. L'examen neurologique sera complet. On n'oubliera pas le massage sino-carotidien, réalisé de façon successive à droite et à gauche.
- **L'électrocardiogramme** est anormal dans 50% des cas face à une syncope. Ces anomalies ne sont absolument pas spécifiques (troubles de conduction plus ou moins mineurs tel un hémibloc antérieur gauche, hypertrophie ventriculaire gauche, séquelle d'infarctus du myocarde ancien). Il est considéré comme contribuant au diagnostic dans environ 10% des cas.

Tableau I : Pourcentage de diagnostic positif fourni par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'ECG de surface.

	N	% de diagnostic	Clinique (%)	ECG (%)
Kapoor (5)	204	53	49	11
Blanc (6)	150	62	49	13
Day (2)	198	87	85	2

4.2. Seconde étape : les méthodes non invasives

- **L'échocardiographie trans-thoracique** permet de mettre en évidence l'existence ou non d'une cardiopathie (5 à 10% d'anomalies).
- **Le Holter ou enregistrement ECG de longue durée** améliore le diagnostic d'environ 10%, mais sa sensibilité et sa spécificité sont mauvaises : enregistrement d'événements significatifs en même temps qu'une syncope dans seulement 4% des cas, perte de connaissance brève sans trouble du rythme et /ou de conduction dans 17% des cas. Le Holter rythmique rallongé à 72 heures n'a pas permis d'améliorer la sensibilité. L'enregistrement ECG de longue durée est beaucoup plus intéressant pour les troubles de la fonction auriculaire type maladie de l'oreillette que pour rechercher un BAV paroxystique. Sa sensibilité dans ce dernier cas est très faible.
- **L'enregistrement volontaire séquentiel** permet de restituer l'ECG des minutes précédant l'activation de l'appareil

- Le test d'inclinaison** a le mérite d'avoir démontré l'existence de véritable syncope à l'emporte pièce d'origine vaso-vagale. Cet examen est réalisé sur une table basculante avec support pour les pieds et contention thoracique pour empêcher le patient de tomber en cas de perte de connaissance. Il nécessite le monitoring continu de la tension artérielle et de l'électrocardiogramme. C'est un examen dont la technique n'est pas standardisée. En effet, trois divergences principales persistent : l'angle d'inclinaison (60° pour les francophones, 80° pour les américains) ; la durée de l'examen variable entre 30 et 60 minutes et le médicament de sensibilisation (isoprotérénol, dérivés nitrés, atropine). Le test d'inclinaison provoque une redistribution de 500 à 1000 ml de sang de la cavité thoracique vers le système veineux des membres inférieurs. Il correspond à l'observation du comportement du système nerveux autonome devant cette modification. La diminution du retour veineux entraîne une diminution du diamètre du VG et une augmentation de l'inotropisme grâce à une sécrétion de catécholamines. Cela va stimuler les fibres C myocardiques (mécanorécepteurs) qui vont transmettre au centre vasomoteur l'information qui déclenchera l'hypertonie vagale et l'inhibition du système adrénergique avec pour conséquences respectives bradycardie et hypotension artérielle. Le test d'inclinaison est très utile pour le diagnostic des formes atypiques des syncopes vaso-vagales. La réponse au test d'inclinaison est soit vasodépressive pure ou prédominante avec chute de la tension artérielle systolique supérieure à 60% et chute de la fréquence cardiaque inférieure à 30%. Elle est la plupart du temps mixte avec chute de la tension artérielle systolique supérieure à 60% et chute de la fréquence cardiaque supérieure à 30%. Ailleurs, elle peut être essentiellement cardio-inhibitrice. Le test d'inclinaison est également très utile dans les syncopes inexplicées, sa positivité est estimée selon les études entre 24% et 75% (Tableau II). La sensibilité est faible en particulier loin de l'épisode clinique. Par contre la spécificité est excellente (88 à 100%). La reproductibilité est discutée mais bonne pour la plupart des auteurs.

Tableau II : Pourcentage de positivité du test d'inclinaison dans les syncopes inexplicées.

Auteurs	N	Positivité
Abi-Smara	152	42%
Almquist	27	27%
Strasberg	40	37%
Fitzpatrick	71	75%
Blanc	131	24%

- Le doppler transcrânien** semble avoir un intérêt lors de perte de connaissance pendant le test d'inclinaison malgré une tension artérielle et une fréquence cardiaque normales. Il peut mettre en évidence une vasoconstriction inappropriée des vaisseaux intracrâniens (syncope vasculaire cérébrale). L'ECG haute amplification ou étude de potentiels tardifs : Il s'agit de potentiels anormaux, de faible amplitude et de haute fréquence qui se projettent dans le segment ST ou dans la partie terminale du QRS. Ils témoignent de l'activité retardée d'une région myocardique, potentiellement responsable de troubles du rythme. La présence lors de l'enregistrement d'un tracé de potentiels tardifs peut donc apporter une cause à la syncope. Ils sont un préalable éventuel à une étude électrophysiologique endocavitaire. La valeur négative des potentiels ventriculaires tardifs est forte (95 à 96%). Leur valeur prédictive positive est par contre faible (15 à 30%).

4.3. Troisième étape : explorations invasives

- **L'exploration électrophysiologique endocavitaire** a un faible apport lorsqu'elle est effectuée en première intention. Il est indispensable de sélectionner les patients pour une meilleure rentabilité de cet examen. Les facteurs prédictifs d'une exploration électrophysiologique négative ont été bien montrés par Krol. Ces critères sont l'absence de coronaropathie, une fraction d'éjection ventriculaire gauche supérieure à 40%, l'ECG ainsi que l'enregistrement Holter normaux, l'absence de blessure pendant la syncope et le caractère multiple et prolongé de la syncope. Généralement, dans tous ces cas, l'exploration électrophysiologique n'est pas justifiée. La positivité de l'exploration électrophysiologique chez des patients sélectionnés varie selon les auteurs de 35 à 71%. La positivité de l'exploration électrophysiologique est étroitement liée à l'existence d'une cardiopathie ou d'une anomalie de l'électrocardiogramme de surface. Dans ces cas, cette exploration est positive dans 55% des cas (tachycardie ventriculaire : 21%, bradycardie significative : 34%). L'exploration endocavitaire permet de démasquer une anomalie latente qui peut être à l'origine de la syncope, mais elle n'en apporte pas la preuve directe. Cet examen est important pour le diagnostic des troubles conductifs et des troubles du rythme ventriculaires. Il joue un faible rôle dans les dysfonctions sinusales et les maladies de l'oreillette où l'enregistrement Holter représente une indication de choix. Quand l'exploration électrophysiologique est négative, le risque de mort subite est faible (0 à 2%). Dans 70 à 80 % des cas, on constate une absence de récurrence à long terme.
- **Le Holter implantable en sous-cutané** devient d'un intérêt pratique considérable. Sa mise en place, en ambulatoire, nécessite une petite incision d'environ 1 cm au niveau de la face antérieure du thorax. Il permet un enregistrement de qualité monopiste pendant une durée de 18 mois. Il peut fonctionner sur un mode automatique mais nécessite surtout la participation du patient pour déclencher l'appareil dans le but d'enregistrer les événements ayant précédé la perte de connaissance. Cet appareil, de petite taille, peut être interrogé par télémetrie chaque fois qu'un événement clinique est rapporté par le patient. Il a permis un diagnostic des troubles du rythme chez 25% de patients symptomatiques. Chez 45% des patients ayant présenté des syncopes, aucune arythmie significative n'a été enregistrée. Il permet, si l'enregistrement est normal pendant la syncope, d'éliminer une cause rythmique. L'indication de choix du Holter implantable semble être les syncopes itératives, graves, inexplicables après une exploration électrophysiologique endocavitaire négative.

5. Conclusion

L'approche diagnostique devant une syncope est actuellement bien codifiée. Le choix des explorations dépend essentiellement de l'existence ou non d'une cardiopathie (fig.n°1). L'interrogatoire aidé de l'examen clinique et de l'ECG joue un rôle de tout premier ordre. Ensuite seront réalisés des explorations non invasives en particulier l'échocardiographie. Le choix sera essentiellement guidé par l'existence ou non d'une atteinte cardiaque. Le Holter implantable par voie sous cutané est plutôt réservé aux syncopes graves, itératives dont l'étiologie est demeurée vaine.

[Schéma : arbre décisionnel devant une syncope inexplicée](#)
(P. Defaye)