

2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope

Diagnostic et traitement des syncopes conformes aux lignes directrices

Thomas Dieterle
Rédacteur Primary and Hospital Care

Introduction

L'European Society of Cardiology (ESC) a publié en mars 2018 de nouvelles lignes directrices sur le diagnostic et le traitement des syncopes, qui font suite à la version précédente de 2009 [1, 2]. En tant que partie intégrante des lignes directrices, des Supplementary Data (principalement des tableaux avec des synthèses d'études, [3]) et des instructions pratiques ont été publiés sous forme électronique [4]. Pour une présentation détaillée, nous vous renvoyons aux lignes directrices [2]. Dans le cadre de la série d'articles sur les lignes directrices pertinentes pour la pratique et la clinique, les principaux contenus des «2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope» sont présentés ci-dessous.

2. Définition

La «syncope» est définie comme une perte de connaissance transitoire (Transient Loss Of Consciousness = TLOC), réelle ou apparente, non traumatique, consécutive à une hypoperfusion cérébrale, caractérisée par un début rapide, une amnésie pendant la durée de la perte de connaissance, des manifestations motrices, une perte de réactivité, une courte durée et une récupération complète spontanée. La syncope doit être distinguée d'autres maladies qui peuvent se manifester par les mêmes symptômes, comme par exemple les crises épileptiques, les pseudo-syncopes psychogènes ou les crises psychogènes. Il convient également de distinguer les causes plus rares de TLOC, telles que le syndrome du vol sous-clavier, l'accident ischémique transitoire (AIT) vertébro-basilaire ou l'hémorragie sous-arachnoïdienne, pour n'en citer que quelques-unes.

Classification et physiopathologie

La classification actuelle en syncope réflexe (neuro-médiée), syncope par hypotension orthostatique (HO) et syncope cardiaque est présentée dans le tableau 1. Sur le plan physiopa-

thologique, la syncope est due à une baisse de la pression artérielle (PA) systémique avec diminution de la perfusion sanguine cérébrale. Son interruption pendant quelques secondes seulement ou une PA systolique de 50–60 mm Hg au niveau du cœur (correspondant à 30–45

Tableau 1: Classification des syncopes
Syncope réflexe (neuro-médiée) Vasovagale: > Syncope vasovagale orthostatique: en position debout, plus rarement en position assise > Stress émotionnel: peur, douleur (somatique ou viscérale), intervention, phobie Situationnelle: > Miction > Stimulation gastro-intestinale (déglutition, défécation) > Toux, éternuement > Après un effort physique > Autres (par ex. rire, jouer d'un instrument à vent) Syndrome du sinus carotidien Formes non classiques (sans prodromes et/ou sans déclencheurs évidents et/ou présentation atypique)
Syncope par hypotension orthostatique (HO) HO induite par les médicaments (cause la plus fréquente d'HO): > Par ex. vasodilatateurs, diurétiques, phénothiazine, antidépresseurs Déplétion volémique: > Saignement, diarrhée, vomissements, etc. Dysautonomie primaire (HO neurogène): > Dysautonomie pure, atrophie multisystémique, maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy Dysautonomie secondaire (HO neurogène): > Diabète, amylose, lésion de la moelle épinière, neuropathie autonome auto-immune, neuropathie autonome paranéoplasique, insuffisance rénale
Syncope cardiaque Arythmie comme cause primaire: Bradycardie: > Dysfonction du nœud sinusal (y compris syndrome de bradycardie-tachycardie) > Trouble de la conduction auriculo-ventriculaire Tachycardie: > Supraventriculaire > Ventriculaire Origine cardiaque structurelle: sténose aortique, infarctus aigu du myocarde/ischémie, cardiomyopathie hypertrophique, néoformations cardiaques (myxome auriculaire, tumeurs, etc.), maladie/tamponnade péricardique, anomalies congénitales des artères coronaires, dysfonctionnement d'une prothèse valvulaire cardiaque Origine cardiopulmonaire et gros vaisseaux: embolie pulmonaire, dissection aortique aiguë, hypertension pulmonaire

mm Hg au niveau du cerveau en position verticale) peut entraîner une TLOC. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de la syncope réflexe sont soit une vasodépression, soit une cardio-inhibition. La vasodépression correspond à une hypotension due à une vasoconstriction sympathique insuffisante et la cardio-inhibition à une bradycardie ou une asystolie reflétant une prédominance parasympathique. Les modifications hémodynamiques elles-mêmes sont indépendantes du facteur déclenchant.

Évaluation et stratification du risque

Évaluation initiale

L'évaluation initiale en cas de suspicion de syncope doit répondre aux quatre questions suivantes:

- Y avait-il une TLOC lors de l'évènement actuel?
- Si oui, la TLOC était-elle d'origine syncopale ou non syncopale?
- En cas de suspicion de syncope, existe-t-il un diagnostic étiologique clair?
- Existe-t-il des indices d'un risque élevé d'évènements cardiovasculaires ou de décès?

Une TLOC est probable en présence de symptômes et de signes cliniques spécifiques d'une syncope réflexe, d'une syncope par HO ou d'une syncope cardiaque, et en l'absence de symptômes et de signes cliniques d'autres formes de TLOC. L'évaluation initiale devrait comprendre une anamnèse minutieuse de l'épisode actuel et, le cas échéant, des épisodes antérieurs, y compris, si possible, une hétéro-anamnèse, un examen physique avec mesure de la PA en position couchée et debout et un électrocardiogramme (ECG). En fonction des résultats de l'évaluation initiale et de la stratification du risque, il convient de procéder à des examens de laboratoire et à des examens instrumentaux supplémentaires (surveillance ECG, échocardiographie, massage du sinus carotidien [MSC], test d'inclinaison, examen électrophysiologique, angiographie coronaire, etc.) (cf. figure 4 sur <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of> pour les étapes diagnostiques initiales).

Les recommandations relatives aux critères diagnostiques sont résumées dans le tableau 2. Si le diagnostic est presque certain ou du moins très probable après l'évaluation initiale, aucun autre examen n'est nécessaire. Dans les autres cas, les caractéristiques énumérées dans le tableau 3 peuvent être utiles et fournir une orientation.

4.2. Prise en charge au service des urgences en fonction de la stratification du risque

La prise en charge initiale d'une TLOC vraisemblablement de nature syncopale au service des urgences doit viser à répondre aux questions suivantes:

- Existe-t-il une maladie de base grave?
- Quel est le risque de conséquences graves?
- La patiente/le patient doit-elle/-il être hospitalisé(e)?

La marche à suivre est résumée sur <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of> dans les figures 5 et 6. En cas d'indices d'une maladie de base grave à l'origine de la syncope, les investigations complémentaires et le traitement doivent être effectués conformément aux lignes directrices spécifiques. En cas de diagnostic certain après l'anamnèse et l'examen physique, un traitement

correspondant est mis en place. Chez les autres patientes et patients, il est recommandé de procéder à une stratification supplémentaire du risque sur la base des critères du tableau 4. Les auteures et auteurs des lignes directrices constatent que les scores pour la stratification du risque d'évènements graves ou de mortalité (par exemple San Francisco Syncope Rule, OESIL Score, EGSYS Score, entre autres) ne sont pas supérieurs à l'évaluation clinique.

En cas de **risque faible**, aucun autre test diagnostique n'est nécessaire au service des urgences. Il s'agit probablement d'une syncope réflexe, situationnelle ou orthostatique. Ces patientes et patients peuvent être rassurés et, après avoir reçu des conseils appropriés, ils peuvent en général rentrer chez eux.

En cas de **risque élevé**, il convient de procéder à une surveillance ECG (durée de surveillance recommandée aux urgences: 6 heures; à l'hôpital: jusqu'à 24 heures) et à des

Tableau 2: Recommandations – critères pour la pose du diagnostic dans le cadre de l'évaluation initiale		
Recommandations	Degré de recommandation	Niveau de preuve
Syncope réflexe et hypotension orthostatique (HO)		
1. Syncope vasovagale très probable si la syncope est précédée de douleur, de peur ou d'une station debout et de prodromes typiques (pâleur, transpiration, nausées)	I	C
2. Syncope réflexe situationnelle très probable si la syncope survient pendant ou immédiatement après des déclencheurs spécifiques	I	C
3. Syncope orthostatique diagnostiquée en cas de survenue de la syncope en position debout et de documentation d'une HO significative concomitante	I	C
4. Syncope réflexe et HO probable si, malgré l'absence des critères précédents, des signes d'une syncope réflexe ou d'une HO sont présents et des signes d'une syncope cardiaque selon le tab. 3 font défaut	Ila	C
Syncope cardiaque		
5. Syncope arythmogène très probable en présence des résultats ECG suivants: > Bradycardie sinusale persistante <40 bpm ou arrêt sinusal >3 secondes à l'état de veille et sans entraînement physique > Bloc AV II°, type Mobitz 2, ou bloc AV III° > Bloc de branche gauche alternant avec bloc de branche droit > Tachycardie ventriculaire ou tachycardie supraventriculaire rapide > Épisodes non persistants de tachycardie ventriculaire polymorphe et intervalle QT allongé ou raccourci > Dysfonctionnement de stimulateur cardiaque ou de DAI avec pauses	I	C
6. Syncope associée à une ischémie cardiaque diagnostiquée en cas de syncope avec en parallèle mise en évidence d'une ischémie myocardique aiguë avec/sans infarctus du myocarde	I	C
7. Syncope due à une maladie cardiopulmonaire structurale très probable en cas de myxome auriculaire prolapsé, de thrombus sphérique dans l'oreillette gauche, de sténose aortique de haut degré, d'embolie pulmonaire ou de dissection aortique aiguë	I	C

examens complémentaires, ainsi qu'à un traitement le cas échéant.

Tous les autres patientes et patients doivent être surveillés et évalués dès que possible par un spécialiste des syncopes. L'évaluation spécialisée est le plus souvent possible en ambulatoire.

La patiente/le patient doit-elle/-il être hospitalisé(e)?

Ces patientes et patients à haut risque doivent certes absolument être identifiés afin de garantir un examen précoce, rapide et intensif, mais tous les patientes et patients à haut risque ne doivent pas être hospitalisés. Le tableau 5 résume les groupes de patientes et patients pour lesquels une hospitalisation est recommandée.

Marche à suivre en cas de diagnostic incertain après l'évaluation initiale

Si l'évaluation initiale n'a pas permis d'identifier un diagnostic certain ou très probable, les

lignes directrices recommandent de poursuivre la démarche diagnostique conformément à la figure 1.

Tests diagnostiques

Les indications et la valeur diagnostique des principaux tests qui sont utilisés dans l'évaluation des syncopes et qui peuvent aussi généralement être réalisés dans des services non spécialisés sont brièvement décrites ci-après. Pour une présentation détaillée, nous renvoyons aux lignes directrices ainsi qu'aux instructions pratiques relatives aux lignes directrices [4].

ECG au repos et surveillance ECG

Indication

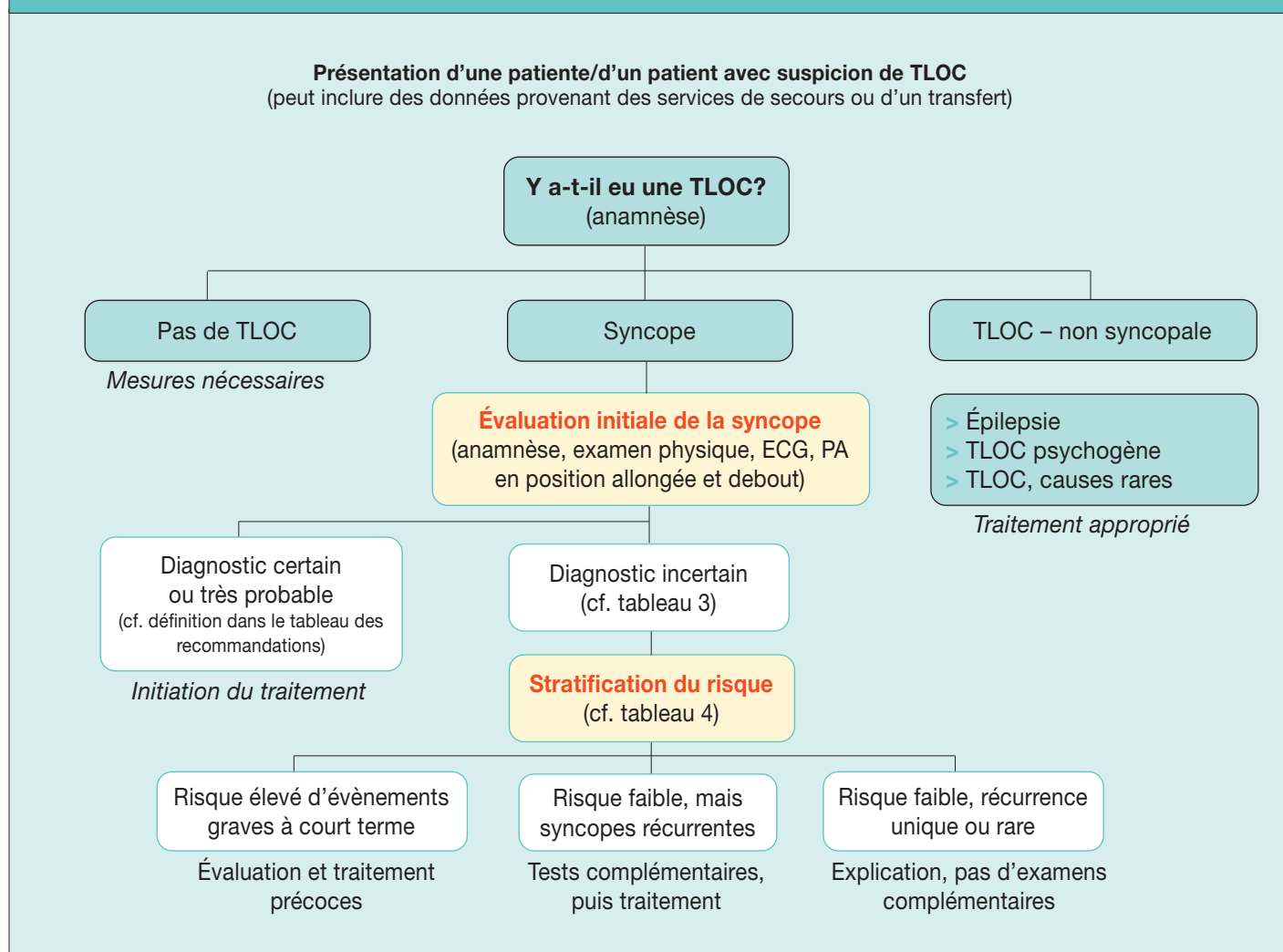
L'ECG **au repos** fait partie de l'évaluation initiale des patientes et patients victimes d'une syncope. Chez les patientes et patients à haut risque, une surveillance ECG immédiate au moyen d'un lit monitoré ou d'une télémétrie est indiquée. Un ECG de longue durée doit être envisagé chez les patientes et patients pré-

sentant des syncopes ou présyncopes fréquentes (≥ 1 épisode par semaine), tandis qu'un moniteur cardiaque externe doit être envisagé tôt après l'événement index en cas d'intervalle sans symptômes ≤ 4 semaines.

Les lignes directrices européennes soulignent l'importance du **moniteur cardiaque implantable (MCI)** pour déterminer efficacement et rapidement la cause des syncopes:

- Un MCI est indiqué chez les patientes et patients souffrant de syncopes récurrentes d'origine indéterminée, chez lesquels aucune cause n'a été trouvée malgré des investigations approfondies, qui ne présentent pas de critères de risque élevé et dont la probabilité de récurrence pendant la durée de vie de la batterie du MCI est élevée.
- Un MCI est indiqué chez les patientes et patients présentant des critères de risque élevé, mais chez lesquels il n'existe pas d'indications de stimulateur cardiaque conventionnel ou de défibrillateur auto-

Figure 1: Organigramme pour l'évaluation initiale et la stratification du risque chez les patientes et patients victimes d'une syncope



matique implantable (DAI) en prévention primaire.

- Un MCI peut également être envisagé chez les patientes et patients avec syncope réflexe présumée ou certaine, présentant des épisodes syncopaux fréquents ou sévères, en cas de suspicion d'épilepsie et d'inefficacité du traitement, ainsi que chez les patientes et patients victimes de chutes inexplicables.

Critères diagnostiques

Une syncope arythmogène est confirmée lorsqu'il existe une corrélation entre la syncope et une arythmie (bradyarythmie ou tachyarythmie). Elle peut être suspectée si des périodes de bloc auriculo-ventriculaire (AV) II° (Mobitz 2), de bloc AV III°, de pauses ventriculaires >3 secondes (sauf chez les personnes jeunes entraînées, pendant le sommeil ou en cas de fibrillation auriculaire à fréquence contrôlée) ou de tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire paroxystique rapide et soutenue ont été documentées. L'absence d'arythmie documentée lors d'une présyncope ne peut pas être considérée comme un indicateur de substitution de syncope, alors que la documentation d'une arythmie significative lors d'une présyncope a une valeur diagnostique. L'absence d'arythmie pendant une syncope est un critère d'exclusion d'une genèse arythmogène.

Lever actif

Indications

Dans le cadre de l'évaluation initiale d'une syncope, la PA et la fréquence cardiaque doivent être mesurées en position couchée et durant un lever actif pendant trois minutes. En cas de suspicion de fluctuations de courte durée de la PA, par exemple en cas d'HO, il convient de recourir à une mesure continue non invasive battement-par-battement de la PA et de la fréquence cardiaque.

Critères diagnostiques

Une syncope par HO est considérée comme diagnostiquée lorsque le changement de position entraîne une chute de la PA systolique ≥20 mm Hg ou de la PA diastolique ≥10 mm Hg par rapport à la valeur initiale ou une chute de la PA systolique à <90 mm Hg, accompagnée de symptômes spontanés.

Elle doit être considérée comme probable si les symptômes relevés par l'anamnèse sont, au moins en partie, évocateurs d'une HO et si les modifications de la PA mentionnées ci-dessus apparaissent lors du test.

Un syndrome de tachycardie orthostatique posturale (STOP) est considéré comme probable si une augmentation de la fréquence car-

diaque orthostatique (>30/min ou >120/min pendant 10 minutes de lever actif) est observée en l'absence de symptômes typiques d'HO.

Examen de la fonction autonome

Il convient de mentionner ici la manœuvre de Valsalva, le test de respiration ample et la mesure de la PA sur 24 heures (mesure ambulatoire de la PA à long terme).

Indications

La manœuvre de Valsalva, le test de respiration ample et d'autres tests de la fonction autonome, tels que le test au froid («cold pressure test»), le test de la force de préhension («handgrip test») ou le test de calcul mental, peuvent être utilisés pour évaluer la fonction autonome chez les patientes et patients avec HO neurogène présumée. La manœuvre de Valsalva, en particulier, permet de confirmer la tendance à l'hypotension associée à certaines formes de syncope

réflexe situationnelle (par exemple lors de la toux, de la pratique d'un instrument à vent, du chant, de l'altérophilie).

La mesure de la PA sur 24 heures est recommandée pour la détection des hypertensions nocturnes chez les patientes et patients souffrant d'un dysfonctionnement autonome. Elle peut également être utilisée pour détecter et surveiller une HO et une hypertension de décubitus survenant dans la vie quotidienne chez les patientes et patients souffrant d'un dysfonctionnement autonome, ainsi que pour détecter les épisodes de PA anormalement basse indiquant une intolérance orthostatique.

Échocardiographie, tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique

Indications

Une échocardiographie est indiquée pour le diagnostic et la stratification du risque chez les patientes et patients avec cardiopathie

Tableau 3: Caractéristiques cliniques suggérant un diagnostic lors de l'examen initial
Syncope réflexe > Longs antécédents de syncopes récurrentes, en particulier en cas de survenue avant l'âge de 40 ans > Après une vision, un bruit, une odeur ou une douleur désagréable > Position debout prolongée > Pendant un repas > Dans une pièce bondée ou surchauffée > Activation autonome avant la syncope: pâleur, transpiration et/ou nausées/vomissements > En cas de rotation de la tête ou de pression sur le sinus carotidien (par ex. à cause de tumeurs, du rasage, d'un col serré) > Pas de maladie cardiaque
Syncope orthostatique > Pendant ou après la station debout > Position debout prolongée > Position debout après un effort > Hypotension postprandiale > Lien temporel avec le début ou le changement de dosage de médicaments vasodépresseurs ou diurétiques, avec hypotension consécutive > Présence d'une neuropathie autonome ou d'une maladie de Parkinson
Syncope cardiaque > Durant l'effort ou en position allongée > Palpitations soudaines suivies immédiatement d'une syncope > Antécédents familiaux de mort subite inexplicable à un âge jeune > Présence d'une cardiopathie structurelle ou d'une maladie coronarienne > ECG suggérant une syncope arythmogène: - Bloc bifasciculaire (défini comme un bloc de branche gauche ou un bloc de branche droit combiné à un bloc fasciculaire antérieur gauche ou postérieur gauche) - Autres troubles de la conduction intraventriculaire (durée du QRS ≥0,12 s) - Bloc AV II°, type Mobitz 1 (= Wenckebach), et bloc AV I° avec intervalle PR nettement allongé - Bradycardie sinusale inappropriée légère asymptomatique (40-50 bpm) ou fibrillation auriculaire lente (40-50 bpm) sans prise de médicaments chronotropes négatifs - Tachycardie ventriculaire non persistante - Complexes QRS avec préexcitation - Intervalles QT allongés ou raccourcis - Repolarisation précoce - Élévation du segment ST avec morphologie de type 1 dans les dérivations V1-V3 (aspect de Brugada) - Ondes T négatives dans les dérivations précordiales droites, ondes epsilon indiquant une cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène - Hypertrophie ventriculaire gauche évocatrice d'une cardiomyopathie hypertrophique

structurelle. Une syncope en soi n'est pas une indication pour une échocardiographie. L'échocardiographie de stress avec Doppler pendant l'effort en position debout, assise ou semi-allongée peut être utilisée pour détecter une obstruction provocable de la chambre de chasse du ventricule gauche (LVOT) chez les patientes et patients présentant une cardiomyopathie hypertrophique, des antécédents de syncope et un gradient maximal instantané dans la LVOT <50 mm Hg au repos ou sous provocation. Une tomodesitométrie ou une imagerie par résonance magnétique doit être envisagée chez les patientes et patients avec syncope et suspicion de cardiopathie structurelle si l'échocardiographie ne fournit pas de diagnostic.

Critères diagnostiques

Si une sténose aortique, des tumeurs cardiaques obstructives ou des thrombi, une tamponnade péricardique ou une dissection aortique sont mis en évidence, cela peut être considéré comme une cause probable de syncope.

Ergométrie

Indications

Jusqu'à présent, il n'existe pas de données qui soutiendraient la réalisation routinière d'une ergométrie chez les patientes et patients avec syncope. Elle peut cependant être indiquée en cas de syncope pendant ou juste après un effort physique.

Critères diagnostiques

Une syncope due à un bloc AV II° ou III° est considérée comme confirmée si le bloc AV se développe durant l'effort, même si aucune syncope ne se produit. Une syncope réflexe est confirmée si la syncope peut être reproduite immédiatement après l'effort en présence d'une hypotension sévère.

Autres procédés diagnostiques

Des procédés diagnostiques complémentaires ne sont généralement utilisés que si l'anamnèse et les résultats de l'examen clinique le justifient. Ils comprennent des examens tels que le MSC, le test d'inclinaison avec et sans électroencéphalogramme ou monitoring vidéo, l'examen électrophysiologique et l'angiographie coronaire. Ces examens nécessitent non seulement un équipement technique approprié, qui n'est généralement disponible que dans les services spécialisés des cliniques, mais aussi une expertise spécifique en matière de réalisation, d'interprétation et d'évaluation des résultats. À ce sujet, nous renvoyons directement au texte des lignes directrices.

Tableau 4: Caractéristiques d'un risque élevé (indiquant une cause grave) et d'un risque faible (indiquant une cause bénigne) chez les patientes et patients avec syncope lors de l'évaluation initiale au service des urgences

ÉVÈNEMENT SYNCOPAL	
Risque faible	
> Présence de prodromes typiques d'une syncope réflexe (par ex. torpeur, sensation de chaleur, transpiration, nausées, vomissements) > Après une vision, un bruit, une odeur ou une douleur désagréable, soudain(e) et inattendu(e) > Après une station debout prolongée ou dans des pièces bondées et surchauffées > Pendant ou après un repas > Déclenchée par la toux, la défécation ou la miction > Lors d'une rotation de la tête ou d'une pression sur le sinus carotidien (par ex. à cause de tumeurs, du rasage, d'un col serré) > En se levant d'une position couchée/assise	
Risque élevé	
Majeur	
> Douleur thoracique, dyspnée, douleur abdominale ou céphalées d'apparition nouvelle > Syncope durant l'effort ou en position allongée > Palpitation soudaine immédiatement suivie d'une syncope	
Mineur (risque élevé uniquement en association avec une cardiopathie structurelle ou un ECG anormal)	
> Pas de symptômes annonciateurs ou prodromes courts (<10 secondes) > Antécédents familiaux de mort subite cardiaque à un âge jeune > Syncope en position assise	
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
Risque faible	
> Syncopes récurrentes depuis des années présentant des critères de faible risque avec les mêmes caractéristiques que l'épisode actuel > Absence de cardiopathie structurelle	
Risque élevé	
Majeur	
> Cardiopathie structurelle ou coronarienne sévère (insuffisance cardiaque, faible fraction d'éjection ventriculaire gauche ou infarctus du myocarde antérieur)	
EXAMEN PHYSIQUE	
Risque faible	
> Résultat normal	
Risque élevé	
Majeur	
> Valeur de PA systolique inexplicée de <90 mm Hg au service des urgences > Signe d'hémorragie gastro-intestinale lors de l'examen rectal > Bradycardie persistante (<40 bpm) à l'état de veille et sans entraînement physique > Bruit systolique non diagnostiqué	
ECG ^a	
Risque faible	
> ECG normal	
Risque élevé	
Majeur	Mineur (risque élevé uniquement si anamnèse évocatrice d'une syncope arythmogène)
> Altérations ECG compatibles avec une ischémie aiguë > Bloc AV II°, type Mobitz 2, ou bloc AV III° > Fibrillation auriculaire lente (<40 bpm) > Bradycardie sinusale persistante (<40 bpm) ou bloc sino-auriculaire répété ou arrêt sinusal de >3 secondes à l'état de veille et sans entraînement physique > Bloc de branche, trouble de conduction intraventriculaire, hypertrophie ventriculaire ou ondes Q compatibles avec une cardiopathie ischémique ou une cardiomyopathie > Tachycardie ventriculaire persistante et non persistante > Dysfonctionnement d'un dispositif cardiaque implantable (stimulateur cardiaque ou DAI) > Élévation du segment ST avec morphologie de type 1 dans les dérivation V1-V3 (aspect de Brugada) > QTc >460 ms lors d'ECG à 12 dérivation répétées, indiquant un syndrome du QT long	> Bloc AV II°, type Mobitz 1 (=Wenckebach), et bloc AV I° avec intervalle PR nettement allongé > Bradycardie sinusale inappropriée légère asymptomatique (40–50 bpm) ou fibrillation auriculaire lente (40–50 bpm) > Tachycardie supraventriculaire paroxysmique ou fibrillation auriculaire paroxysmique > Complexe QRS avec préexcitation > Intervalle QTc raccourci (≤340 ms) > Aspects de Brugada atypiques > Ondes T négatives dans les dérivation précordiales droites, ondes epsilon indiquant une cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène

^a Certains critères ECG permettent en soi de diagnostiquer la cause de la syncope (cf. recommandations: critères diagnostiques); dans ces circonstances, un traitement correspondant est indiqué sans examens complémentaires. Nous recommandons vivement l'utilisation de critères standardisés pour la détection d'anomalies ECG dans le but de poser un diagnostic précis de syndromes cardiaques définis par l'ECG au cabinet médical/service des urgences.

Principes thérapeutiques

Le traitement de la syncope devrait, dans la mesure du possible, se baser sur les résultats de la stratification du risque et sur l'identification de mécanismes spécifiques. L'efficacité de la prévention des récurrences dépend ici en premier lieu du mécanisme de la syncope et moins de l'étiologie. En cas de troubles du rythme cardiaque comme facteur déclenchant d'une syncope cardiaque, leur traitement est au premier plan. Il en va de même pour les maladies cardiaques ou cardiopulmonaires structurelles. En cas de diagnostic inexpliqué ou de risque élevé de mort subite cardiaque (par exemple en cas de cardiomyopathie dilatée ou hypertrophique, de cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène, de syndrome de Brugada), l'indication d'une implantation d'un DAI doit être soigneusement examinée et discutée.

Les approches thérapeutiques de la syncope réflexe et de la syncope en cas d'intolérance orthostatique, telles qu'elles sont généralement surveillées et prises en charge dans le cadre de la médecine générale ou de la médecine interne, sont présentées ci-dessous (cf. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of>, figure 9 et 12). Pour la présentation détaillée des traitements spécifiques, nous renvoyons aux lignes directrices.

Syncope réflexe

Le choix du traitement dépend des phénotypes – qu'ils chevauchent souvent – d'«hypotension» ou de «cardio-inhibition dominante»:

- Le phénotype «hypotension» concerne les patientes et patients présentant des valeurs de PA chroniquement basses, généralement autour de 110 mm Hg pour la systolique, une intolérance orthostatique claire et des antécédents de syncopes vasovagales (SVV) orthostatiques.
- Le phénotype «cardio-inhibition dominante» concerne les patientes et patients chez qui les caractéristiques cliniques et les résultats d'examen indiquent une cardio-inhibition soudaine, par exemple sans prodromes, comme cause principale de la syncope.

La base de la prise en charge de ces patientes et patients est un traitement non pharmacologique consistant en une information, une modification du mode de vie, une tranquillisation et une discussion sur la nature bénigne de la maladie. En cas de tendance à l'hypotension, l'adaptation ou l'arrêt des médicaments antihypertenseurs, avec une valeur de PA systolique cible de 140 mm Hg, peut réduire la récurrence

des syncopes chez les patientes et patients avec syncope vasodépressive. Des manœuvres isométriques de contre-régulation devraient être envisagées chez les personnes de moins de 60 ans présentant des prodromes, et un entraînement sur table basculante peut être utilisé pour enseigner les manœuvres. Sur le plan médicamenteux, il est possible de tenter l'utilisation de la fludrocortisone (dose initiale de 0,05 mg/jour, augmentation à 0,2 mg/jour en fonction des symptômes) ou de la midodrine (2,5–10 mg 3×/jour) chez les patientes et patients jeunes présentant une forme orthostatique de SVV, des valeurs de PA basses-normales et une absence de contre-indication. Malheureusement, aucun traitement n'empêche complètement la réapparition des syncopes à long terme.

Un traitement par stimulateur cardiaque peut être indiqué si l'asystolie est une caractéristique dominante de la syncope réflexe et s'il existe un lien entre les symptômes et la bradycardie. Toutefois, le fait qu'il soit efficace ne signifie pas qu'il soit toujours nécessaire. Par conséquent, la décision d'implanter un stimulateur cardiaque devrait être considérée très minutieusement, en particulier chez les patientes et patients jeunes, dans le contexte clinique d'une maladie en principe bénigne, et devrait être limitée aux patientes et patients présentant une syncope réflexe sévère.

Hypotension orthostatique

Les mesures de base comprennent un apport adéquat en liquide et en sel. Les patientes et patients normotendus devraient tenter de consommer 2–3 litres de liquide par jour et 10

grammes de chlorure de sodium. Chez les personnes présentant une HO établie et des facteurs de risque de chute, l'objectif thérapeutique devrait être une valeur de PA systolique de 140–150 mm Hg. Comme traitement antihypertenseur, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine et les antagonistes calciques sont à privilégier, en particulier chez les patientes et patients ayant un risque élevé de chutes. Les diurétiques et les bêtabloquants sont moins indiqués en cas d'HO, car ces substances sont associées à une HO et à des chutes et devraient donc être évitées chez les personnes à risque. Le cas échéant, un traitement antihypertenseur doit également être arrêté à titre probatoire. Des manœuvres isométriques de contre-régulation, une compression abdominale et/ou le port de bas de contention devraient également être envisagés pour réduire le pool sanguin veineux. Dormir avec le haut du corps légèrement surélevé (>10 degrés) peut contribuer à augmenter le volume liquidien. En cas de symptômes persistants, la fludrocortisone (0,1–0,3 mg/jour) ou la midodrine (2,5–10 mg, 3×/jour) peuvent être tentées.

Particularités chez les patientes et patients âgés

En particulier chez les patientes et patients âgés, une évaluation et une intervention multifactorielles sont recommandées, car les syncopes – et les chutes inexpliquées – peuvent souvent avoir plusieurs causes. Cela devrait inclure une analyse des capacités cognitives et physiques.

Tableau 5: Patientes et patients avec syncope présentant un risque élevé – critères en faveur du maintien dans l'unité d'observation du service des urgences et/ou de l'orientation rapide vers une unité de syncope et critères en faveur d'une hospitalisation	
Critères en faveur d'une prise en charge initiale dans l'unité d'observation du service des urgences et/ou d'une orientation rapide vers l'unité de syncope	Critères en faveur d'une hospitalisation
Caractéristiques de risque élevé ET: > Cardiopathie structurelle connue stable > Maladie chronique grave > Syncope durant l'effort > Syncope en position allongée ou assise > Syncope sans prodromes > Palpitations pendant la syncope > Bradycardie sinusale inappropriée ou bloc sino-auriculaire > Suspicion de dysfonctionnement ou de déclenchement inadéquat d'un dispositif cardiaque implantable > Complexe QRS avec préexcitation > Tachycardie supraventriculaire ou fibrillation auriculaire paroxystique > ECG indiquant une maladie arythmogène héréditaire > ECG indiquant une cardiomyopathie ventriculaire droite arythmogène	Caractéristiques de risque élevé ET: > Toute comorbidité potentiellement grave nécessitant une hospitalisation > Blessure causée par la syncope > Nécessité d'un examen et d'un traitement supplémentaires urgents si cela n'est pas possible autrement (c'est-à-dire dans l'unité d'observation), par ex. surveillance ECG, échocardiographie, test d'effort, examen électrophysiologique, angiographie, dysfonctionnement d'un dispositif cardiaque implantable, etc. > Syncope nécessitant un traitement

En général, les patientes et patients âgés victimes d'une chute inexplicée doivent faire l'objet des mêmes investigations que les patientes et patients victimes d'une syncope inexplicée. Chez les patientes et patients âgés fragiles, l'intensité des investigations doit dépendre de leur observance vis-à-vis des examens et, bien entendu, du pronostic. Cependant, chez les personnes âgées mobiles, non fragiles et ayant une cognition normale, la procédure n'est pas différente de celle chez les personnes plus jeunes. Les mesures de la PA orthostatique, le MSC et le test d'inclinaison sont également bien tolérés par les personnes âgées fragiles présentant des troubles cognitifs.

Il n'est pas rare que les patientes et patients nient une TLOC après des chutes inexplicées, bien qu'une syncope ait pu être reproduite lors des investigations. En l'absence de témoins oculaires, le diagnostic différentiel entre chute, épilepsie, AIT et syncope peut être difficile.

L'adaptation de la dose, voire l'arrêt, des médicaments susceptibles de déclencher des syncopes – il convient de mentionner ici en

particulier les antihypertenseurs et les substances psychotropes – devrait toujours être envisagé(e), surtout chez les patientes et patients âgés.

Correspondance

Prof. Dr méd. Thomas Dieterle, MHBA
[dieterlet\[at\]googlemail.com](mailto:dieterlet[at]googlemail.com)

Références

- 1 Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J 2009; 30:2631–2671. doi: 10.1093/eurheartj/ehp298.
- 2 Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo J-C, Elliott PM, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 2018; 39:1883–1948. doi: 10.1093/eurheartj/ehy037
- 3 <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehy037#supplementary-data>
- 4 Download über: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Guidelines-derivative-products/ESC-Mobile-Pocket-Guidelines>