



Syncope

comment les évaluer sans perdre connaissance!

François Dufresne

Un patient se présente à votre cabinet pour des pertes de connaissance. Devriez-vous l'envoyer à l'urgence? L'évaluer au service de consultation externe? Quels éléments devriez-vous chercher à l'anamnèse, à l'examen physique et sur l'électrocardiogramme (ECG) afin d'orienter votre diagnostic? Pouvez-vous le retourner à la maison sans danger?

LES SYNCOPES TOUCHENT de 1 % à 3 % des patients de l'urgence. Par ailleurs, de 20 % à 50 % des adultes en subiront une au cours de leur vie^{1,2}. Le patient ayant des pertes de connaissance constitue un défi diagnostique de taille. C'est pourquoi le médecin doit bien maîtriser le diagnostic différentiel afin de pouvoir poser les bonnes questions et de chercher les éléments pertinents à l'examen physique qui permettront d'orienter le diagnostic. La bonne interprétation de l'électrocardiogramme est essentielle, car elle aide à détecter des anomalies et à reconnaître certains cas urgents. Quoique la plupart des syncopes soient bénignes, il est important pour le médecin de famille de repérer les patients qui ont besoin d'une évaluation supplémentaire en consultation externe et, surtout, ceux qui doivent être dirigés immédiatement vers l'urgence.

Le Dr François Dufresne, spécialiste en médecine d'urgence, exerce principalement au Département d'urgence du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, à Greenfield Park, mais aussi à l'urgence de l'Hôpital général de Montréal. Il est professeur agrégé d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke et président de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ).

Cas clinique n°1

Un homme de 65 ans vient vous voir à votre cabinet en raison d'une syncope survenue la veille. Sa femme vous indique qu'il a perdu connaissance environ deux minutes et qu'il a eu des tremblements des extrémités pendant quelques secondes. Le patient n'était pas confus par la suite. Vous apprenez qu'une douleur thoracique a précédé l'événement.

Avant d'aller plus loin, il faut d'abord se demander s'il s'agit d'une syncope ou d'une convulsion, car il est parfois difficile de faire la distinction entre les deux. La présence de témoin devient donc cruciale pour trancher. Il faut bien comprendre que la syncope constitue une courte perte de connaissance associée à une incapacité à maintenir un tonus postural, suivie d'une résolution complète et spontanée³. Si un seul des éléments de cette définition manque, il ne s'agit fort probablement pas d'une syncope.

Ce n'est qu'une fois le diagnostic de syncope établi qu'il faut essayer d'en préciser la cause. Le *tableau 1*⁴ compare les éléments de l'anamnèse qui permettent de faire la distinction entre une syncope et des convulsions.

La syncope constitue une courte perte de connaissance associée à une incapacité à maintenir un tonus postural, suivie d'une résolution complète et spontanée. Si un seul des éléments de cette définition manque, il ne s'agit fort probablement pas d'une syncope.

Repère

Tableau I**Distinction entre une syncope et des convulsions⁴**

Syncope	Convulsions
Souvent précédée d'un prodrome (sauf dans les cas d'arythmie)	Absence de symptômes précurseurs (sauf une aura possible)
Tremblements postsyncope, asymétriques	Tremblements de type tonico-cloniques, symétriques
Rares morsures de la langue, surtout le bout, le cas échéant	Morsures de la partie latérale de la langue
Perte de tonus, flaccidité	Rigidité
Retour rapide à la normale	Période postictale avec retour plus lent à la normale

Une fois le diagnostic établi, il faut déterminer dans laquelle des grandes catégories se trouve la cause de la syncope (*tableau II*)^{5,6}.

Quels sont les principaux éléments à recueillir à l'anamnèse afin d'orienter notre diagnostic⁷? La position au moment de la syncope est utile à connaître. Si le patient était couché lorsque l'événement s'est produit, il faut songer à une arythmie. S'il venait de passer de la position assise à debout, il faut plutôt envisager un problème d'hypotension orthostatique. Outre l'ischémie myocardique, une syncope à l'effort doit évoquer une cardiomyopathie hypertrophique ou un problème cardiaque de nature structurale.

Après avoir établi la position, il faut chercher les facteurs déclencheurs, tels que la toux, la miction, la défécation, une émotion forte ou la douleur, qui orientent davantage le diagnostic vers une syncope situationnelle ou vasovagale. Ces catégories de syncope sont parfois aussi appelées « réflexe » ou « neurocardiogénique »⁸. Elles sont bénignes et ne nécessitent pas d'évaluation plus poussée. Il est pertinent de savoir que la syncope est souvent associée à un prodrome (nausées, sensation de chaleur ou d'ébriété, diaphorèse, « voir noir », « voir des étoiles » ou « se sentir partir ») contrairement à la convulsion (qui est parfois précédée d'une aura, mais qui est de nature différente du prodrome syncopal). Une syn-

Tableau II**Causes d'une syncope^{5,6}****1. Causes cardiaques****a) Arythmie**

- ⊗ Tachycardie supraventriculaire paroxystique
- ⊗ Tachycardie et fibrillation ventriculaires
- ⊗ Torsade de pointes
- ⊗ Syndrome de Wolff-Parkinson-White
- ⊗ Maladie du nœud sinusal
- ⊗ Bloc auriculoventriculaire
- ⊗ Mauvais fonctionnement du stimulateur cardiaque ou du défibrillateur
- ⊗ Syndrome du QT long
- ⊗ Syndrome de Brugada*

b) Problème de nature structurale

- ⊗ Sténose valvulaire (surtout aortique)
- ⊗ Cardiomyopathie hypertrophique

c) Tamponnade**2. Causes abdominales**

- a) Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale
- b) Rupture d'une grossesse ectopique
- c) Saignement digestif et anémie
- d) Déshydratation (nausées et vomissements)

3. Causes diverses

- a) Embolie pulmonaire
- b) Médicaments hypotenseurs
- c) Hémorragie sous-arachnoïdienne
- d) Sepsis et anaphylaxie

4. Hypersensibilité du sinus carotidien et vol de l'artère sous-clavière**5. Causes vasovagales (émotion, douleur, chaleur, etc.)****6. Causes situationnelles (toux, miction, défécation, etc.)****7. Causes orthostatiques**

* Syndrome rare caractérisé par une syncope ou un arrêt cardiaque secondaire à une tachyarythmie ventriculaire avec des anomalies spécifiques de l'ECG⁶.

cope à début soudain sans aucun prodrome doit toujours nous faire penser à une arythmie.

Il faut aussi connaître la liste complète des médicaments que prend le patient, particulièrement ceux qui

En plus d'évoquer une ischémie myocardique, une syncope à l'effort doit évoquer une cardiomyopathie hypertrophique ou un problème cardiaque de nature structurale.

peuvent allonger l'intervalle QT ou qui ont un effet hypotenseur. En effet, un intervalle QT long accroît le risque d'arythmie dangereuse comme la torsade de pointes⁹. Le *tableau III*⁵ résume les principaux éléments de l'anamnèse auxquels il faut penser.

Le patient souffre d'une arythmie sur fond d'ischémie myocardique probable. Vous devriez l'orienter vers l'urgence immédiatement.

Cas clinique n° 2

Une femme de 80 ans que vous suivez pour une fibrillation auriculaire arrive à votre cabinet, car elle a fait une syncope plus tôt ce matin. Elle ne mentionne aucun autre symptôme. Son pouls est irrégulier et sa fréquence cardiaque est de 40 battements par minute. Que devriez-vous lui conseiller ?

Parmi les éléments essentiels de l'examen physique, les signes vitaux sont sans contredit les plus importants pour évaluer un patient ayant fait une syncope, car toute anomalie évoque une cause potentiellement grave. Il est à noter que les anomalies des signes vitaux orthostatiques (pression artérielle et pouls pris en position couchée, puis debout) ont une mauvaise valeur prédictive si elles ne sont pas accompagnées de symptômes d'orthostatisme au moment de la mesure.

En effet, 30 % des patients de plus de 75 ans sans aucun symptôme et de 22 % à 55 % des patients dont la syncope a une autre cause qu'une hypotension orthostatique voient leur pression systolique diminuer de 20 mmHg lorsqu'ils passent de la position couchée à la position debout. La relation entre l'orthostatisme observé et la cause de la syncope devient donc difficile à établir¹⁰⁻¹².

Les autres éléments pertinents à vérifier à l'examen physique sont une morsure de la langue, davantage associée à des convulsions. Enfin, une incontinence urinaire est peu spécifique, car elle peut survenir autant lors d'une syncope que d'une convulsion³.

Il faut aussi rechercher un souffle cardiaque (qui peut constituer un signe d'une anomalie de la structure du cœur) et des signes de thrombophlébite, qui peuvent être

Tableau III

Anamnèse postsyncope et diagnostics associés⁵

Éléments de l'anamnèse	Causes
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Âge > 45 ans ⦿ Antécédents d'athérosclérose coronarienne 	Arythmie, problème cardiaque de nature structurale
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Syncope sans aucun prodrome ⦿ Palpitations au moment de la syncope 	Arythmie
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Immobilisation récente, voyage récent ⦿ Intervention chirurgicale récente ⦿ Antécédents de cancer ⦿ Dyspnée ⦿ Hémoptysie 	Embolie pulmonaire
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Douleur lombaire chez un patient > 50 ans 	Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Douleur abdominale ou saignement vaginal chez une jeune femme 	Rupture d'une grossesse ectopique
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Diarrhées et vomissements récents 	Déshydratation
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Changements récents de médicaments 	Hypotension, prolongement de l'intervalle QT, bradycardie
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Syncope à l'effort chez un jeune patient 	Cardiomyopathie hypertrophique
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Antécédents familiaux de mort subite 	Syndrome de Wolff-Parkinson-White, syndrome du QT long congénital
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Stress, anxiété, douleur, chaleur 	Causes vasovagales
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Contexte de toux, défécation, miction, etc. 	Causes situationnelles
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Syncope liée au changement de position (assis → debout) 	Causes orthostatiques
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Méléna, pâleur 	Saignement digestif et anémie
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Céphalée soudaine 	Hémorragie sous-arachnoïdienne
<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Syncope lors du rasage, d'une torsion de la tête ou du port de la cravate (collet serré) 	Hypersensibilité du sinus carotidien

à l'origine d'une embolie pulmonaire. Le massage carotidien visant à déceler une hypersensibilité du sinus carotidien ne devrait être effectué que si le patient est sous

Une syncope à début soudain sans aucun prodrome doit toujours nous faire penser à une arythmie.

Repère

Tableau IV**Examen physique postsyncope et diagnostics associés⁵**

Éléments de l'examen physique	Causes
Bradycardie et tachycardie Insuffisance cardiaque	Arythmie
Masse pulsatile abdominale Pouls fémoraux diminués	Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale
Hypotension	Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale ou d'une grossesse ectopique Déshydratation Médicaments hypotenseurs
Souffle cardiaque	Sténose valvulaire Cardiomyopathie hypertrophique
Signes de thrombophlébite	Embolie pulmonaire
Morsures de la langue (surtout de la partie latérale)	Convulsions plus probables que syncope
Présence de sang ou de méléna au toucher rectal	Saignement digestif et anémie
Muqueuses sèches, tachycardie	Déshydratation

moniteur cardiaque afin de pouvoir noter une arythmie. De plus, il ne faut pas oublier de vérifier s'il y a un anévrisme de l'aorte abdominale et des signes de déshydratation. Enfin, un toucher rectal à la recherche de sang ou de méléna est important afin d'exclure un saignement digestif significatif. Évidemment, un bon examen neurologique est de mise afin de s'assurer que la syncope ne serait pas, en réalité, un tableau atypique d'un problème d'origine neurologique. Le *tableau IV*⁵ résume les principaux éléments de l'examen physique.

Un bloc auriculoventriculaire transitoire ou une maladie du nœud sinusal sont probables chez cette patiente.

Tableau V**Anomalies à rechercher à l'ECG⁶**

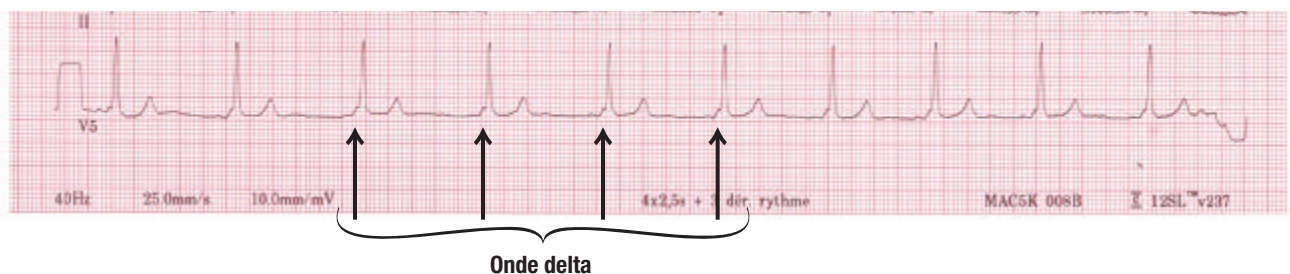
- Complexe QRS allongé (> 120 ms)
- Bloc auriculoventriculaire du 2^e ou du 3^e degré
- Bloc bifasciculaire (bloc de branche gauche ou bloc de branche droit avec hémibloc antérieur gauche ou hémibloc postérieur gauche)
- Bradycardie sinusale (< 50 battements/min)
- Syndrome de Wolff-Parkinson-White
- Intervalle QTc allongé
- Élévation du segment ST
- Inversion de l'onde T évocatrice d'une ischémie myocardique
- Tachycardie supraventriculaire paroxystique ou tachycardie ventriculaire

Dans les deux cas, il faudrait diriger la patiente vers l'urgence pour des examens complémentaires. Il est possible qu'un stimulateur cardiaque soit ultimement indiqué.

Cas clinique n° 3

Un homme de 20 ans a fait une syncope à l'effort pendant qu'il jouait au volleyball il y a deux jours. Vous décidez de faire un ECG (figure 1). Quel est votre diagnostic ?

Le tracé révèle un syndrome de Wolff-Parkinson-White, dont les critères sont une onde delta (aspect en pente au début du complexe QRS), un complexe QRS élargi et un segment PR court. Tout patient qui a subi une syncope et qui présente un tel ECG devrait être dirigé vers l'urgence.

Figure 1**Bande de rythme montrant un syndrome de Wolff-Parkinson-White**

Une autre cause possible de la syncope est la cardiomyopathie hypertrophique, le plus souvent à l'origine de la mort subite chez les athlètes¹³. La syncope vasovagale ou situationnelle, une cause bénigne qui reste malgré tout la plus fréquente chez les patients de moins de 45 ans, constitue souvent le diagnostic définitif.

Ainsi, il est important de faire passer un ECG à tout patient ayant subi une syncope. Les anomalies du tracé qui constituent des indications d'orientation à l'urgence sont résumées dans le *tableau V*⁶.

Votre patient souffre du syndrome de Wolff-Parkinson-White associé à une arythmie transitoire. Vous devriez le diriger vers l'urgence immédiatement.

Cas clinique n° 4

Un homme de 56 ans a fait une syncope il y a deux jours après avoir appris son congédiement. Il s'agit de sa troisième au cours de la dernière année, souvent dans un contexte de stress psychologique. Il n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux d'athérosclérose coronarienne. Son examen physique et son ECG sont, par ailleurs, normaux. Que faire ?

Après votre évaluation, vous ne réussissez pas à trouver une cause claire, même si le tableau clinique de ce patient vous fait penser davantage à une syncope de type vasovagal. Lorsque la cause ne semble pas évidente, il faut essayer de stratifier le risque du patient. Plus ce dernier présente de facteurs de risque élevé, plus la cause sous-jacente est susceptible d'être grave et plus le risque de mortalité et de complications augmente. Avec une bonne anamnèse, un examen physique et un ECG, il est généralement possible de stratifier le risque du patient. Le *tableau VI*^{6,13} énumère les facteurs de risque élevé.

Si le patient présente de tels facteurs, il devrait être envoyé à l'urgence. Bien sûr, la stratification du risque se fait aussi en fonction du jugement clinique du médecin. Ce dernier devrait avoir le dernier mot sur l'orientation du patient. *Dans le cas présent, vous établissez que ce patient a un faible risque. Vous décidez donc de l'évaluer en consultation externe sans le diriger vers l'urgence. Maintenant, quelles sont les options pour évaluer une syncope en consultation externe ?*

Après le bilan sanguin, l'échocardiographie peut être utile afin de détecter une anomalie de la structure du cœur¹⁵. Par contre, cet examen n'est pas recommandé

Tableau VI

Facteurs de risque élevé exigeant une évaluation urgente de la syncope^{6,13}

- ⊕ Syncope à l'effort ou en position couchée
- ⊕ Palpitations au moment de la syncope
- ⊕ Douleur thoracique juste avant la syncope
- ⊕ Antécédents familiaux de mort subite
- ⊕ ECG anormal (*tableau V*)
- ⊕ Antécédents d'athérosclérose coronarienne
- ⊕ Bradycardie ou hypotension
- ⊕ Examen physique compatible avec une insuffisance cardiaque
- ⊕ Port d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur
- ⊕ Syncope sans prodrome
- ⊕ Présomption d'une des affections suivantes
 - ⊕ Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale
 - ⊕ Embolie pulmonaire
 - ⊕ Saignement digestif
 - ⊕ Rupture d'une grossesse ectopique
 - ⊕ Hémorragie sous-arachnoïdienne
 - ⊕ Arythmie
 - ⊕ Problème cardiaque de nature structurale

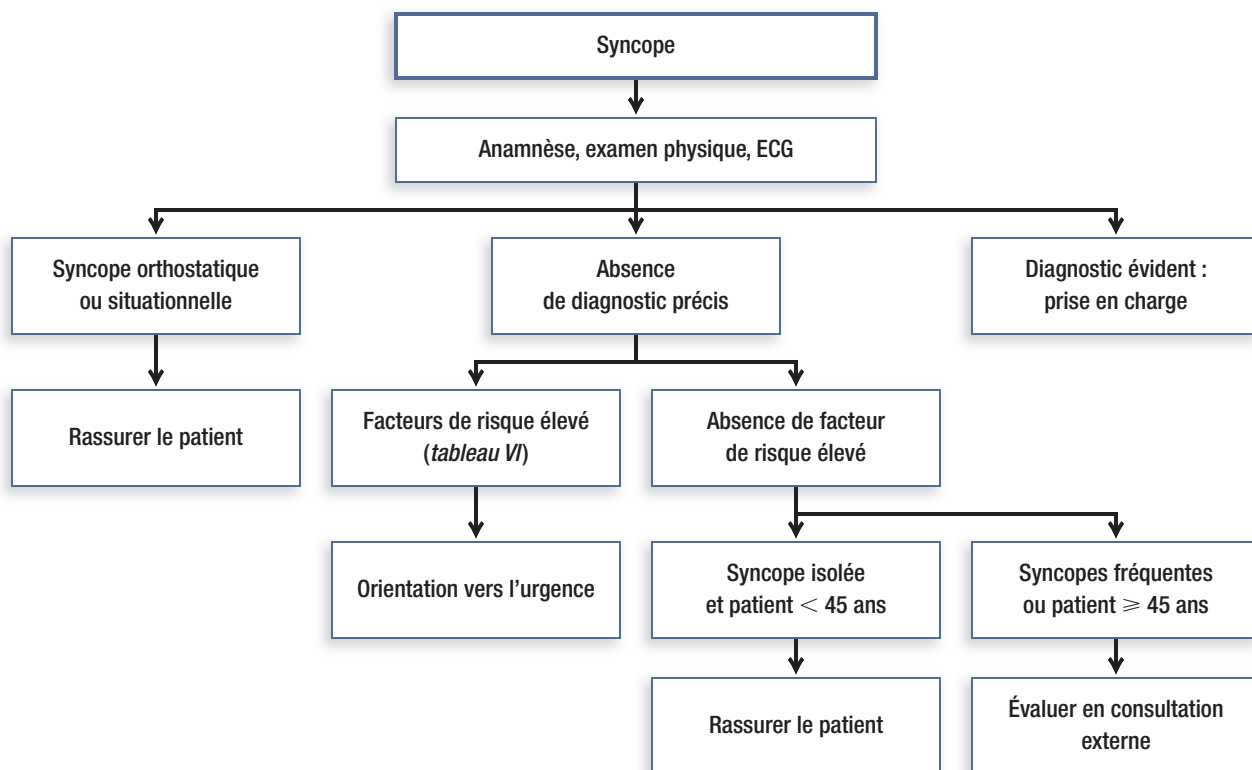
de façon systématique puisqu'il est peu probable de trouver quelque chose que l'on n'aurait pas pu soupçonner autrement à l'anamnèse, à l'examen physique et à l'ECG. Il s'agit donc d'être sélectif selon les résultats de l'évaluation clinique. *Dans le cas présent, il serait raisonnable de ne pas demander d'emblée une échocardiographie puisqu'une anomalie structurale semble peu probable.*

Ensuite, il y a l'enregistrement Holter pour rechercher une arythmie. Évidemment, la nature intermittente de la syncope et le port du moniteur seulement de 24 h à 48 h rendent la probabilité de détecter une arythmie relativement faible. Certains milieux offrent la technologie Cardiomémo, un monitoring cardiaque à domicile et sur demande lorsque le patient ressent des symptômes. *Vous décidez de prescrire un enregistrement Holter à votre patient.*

Enfin, une épreuve de stimulation sur tapis roulant avec enregistrement d'un électrocardiogramme pourrait permettre de reproduire une ischémie silencieuse ou une syncope à l'effort. *Le patient ayant plus de 45 ans, il passera aussi ce test. La nature répétitive des syncopes*

Figure 2

Approche de la syncope¹⁶



est un autre facteur qui milite en faveur d'une évaluation plus poussée.

Dans tous les cas, il faut juger de la pertinence d'une consultation en cardiologie selon le degré de présomption clinique. C'est souvent le cardiologue qui pourra orienter le patient vers des épreuves d'électrophysiologie, proposer un enregistreur cardiaque sous-cutané (*implantable loop recorder*) ou utiliser d'autres tests plus complexes pour déterminer la cause de la syncope dans certains cas plus complexes. La *figure 2* résume l'approche globale en cas de syncope¹⁶.

Ce patient de plus de 45 ans a probablement fait une syncope vasovagale et devra être évalué en consultation externe.

QUOIQUE FRÉQUENTE, la syncope est un problème relativement complexe dont le diagnostic différentiel est large. Une bonne anamnèse et un bon examen physique jumelés à un ECG vont souvent permettre d'en trouver la cause, mais une grande proportion des patients auront besoin d'une évaluation supplémentaire. Reconnaître les facteurs de risque élevé devient donc pri-

mordial pour établir s'il faut orienter le patient vers l'urgence ou entreprendre une évaluation en consultation externe. L'échocardiographie, l'enregistrement Holter et l'épreuve d'effort sur tapis roulant sont les examens de base d'une évaluation externe. Toutefois, des examens plus approfondis peuvent parfois être demandés et nécessitent souvent une consultation en cardiologie. 📞

Date de réception : le 19 mai 2012

Date d'acceptation : le 13 juillet 2012

Le Dr François Dufresne n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Sun BC, Emond JA, Camargo CA. Characteristics and admission patterns of patients presenting with syncope to US Emergency Departments, 1992-2000. *Acad Emerg Med* 2004 ; 11 (10) : 1029-34.
2. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG et coll. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 2002 ; 347 (12) : 878-85.
3. Quinn J. Syncope. Dans : Tintinalli JE, rédacteur. *Emergency medicine: A comprehensive study guide*. 7^e éd. Toronto, New York : McGraw-Hill ; 2011.

Summary

Syncope: How to Assess It Without Fainting! Syncope is a common complaint, but it can be a diagnostic challenge. The clinician must first distinguish it from a seizure and must then make a clear differential diagnosis. It is important to identify the elements to look for on history and physical examination and on the ECG in order to narrow the diagnosis. When the etiology cannot be determined from the initial evaluation, knowing the high-risk features that increase patient mortality is vital: this makes it possible to identify which patients will benefit from immediate referral to the emergency department and which can safely be investigated as outpatients. The echocardiogram, the Holter monitor and the exercise stress test form the basis of outpatient investigation, but more advanced tests may be done and may sometimes require a cardiology referral.

- Ouyang H, Quinn J. Diagnosis and evaluation of syncope in the emergency department. *Emer J Med Clin North Am* 2010; 28 (3): 471-85.
- De Lorenzo RA. Syncope. Dans: Marx JA, rédacteur en chef. *Rosen's Emergency Medicine*. 7^e éd. Philadelphie: Mosby/Elsevier; 2010.
- Gallahue FE, Uzgiris R, Burke R et coll. Brugada syndrome presenting as an "acute myocardial infarction". *J Emerg Med* 2009; 37 (1): 15-20.
- Olshansky B. Evaluation of syncope in adults. *UpToDate*. Dernière mise à jour: le 22 septembre 2010. Site Internet: www.uptodate.com/contents/evaluation-of-syncope-in-adults?source=search_result&search=syncope&selectedTitle=1%7E150 (Date de consultation: le 1^{er} mars 2012).
- Srickberger SA, Benson W, Biaggioni I et coll. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope. *Circulation* 2006; 113 (2): 316-27.
- Clancy C. Electrocardiographic principles. Dans: Goldfrank R, rédacteur. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. 7^e éd. New York: McGraw-Hill; 2002. 2170 p.
- Lipsitz LA, Storch HA, Minaker KL et coll. Intra-individual variability in postural blood pressure in the elderly. *Clin Sci (Lond)* 1985; 69 (3): 337-41.
- Atkins D, Hanusa B, Sefcik T et coll. Syncope and orthostatic hypotension. *Am J Med* 1991; 91 (2): 179-85.
- Sarasin FP, Louis-Simonet M, Carballo D et coll. Prospective evaluation of patients with syncope: a population-based study. *Am J Med* 2001; 111 (3): 177-84.
- Pigozzi F, Rizzo M. Sudden death in competitive athletes. *Clin Sports Med* 2008; 27 (1): 153-81.
- Huff JS, Decker WW, Quinn JV et coll. Clinical Policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with syncope. *Ann Emerg Med* 2007; 49 (4): 431-44.
- Sheldon RS, Morillo CA, Krahn AD et coll. Standardized approaches to the investigation of syncope: Canadian cardiovascular society position paper. *Can J Cardiol* 2011; 27 (2): 246-53.
- Miller TH, Kruse JE. Evaluation of syncope. *Am Fam Physician* 2005; 72 (8): 1492-500.

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- **Janvier 2013**
Les affections du cou
- **Février 2013**
Les affections de la bouche
- **Mars 2013**
**Les affections de la main
et du poignet**
- **Avril 2013**
L'insuffisance cardiaque
- **Mai 2013**
Les techniques en médecine familiale
- **Juin 2013**
Les soins palliatifs
- **Juillet 2013**
L'épilepsie et les convulsions
- **Août 2013**
Le TDAH à tous les âges

