

La présyncope et la syncope d'origine cardiaque prendre conscience de l'inconscience

4

Serge Lepage

La syncope est un symptôme défini comme une perte de conscience transitoire limitée dans le temps, habituellement accompagnée d'une chute.

- ⊗ Les syncopes sont-elles dangereuses ?
- ⊗ Comment en faire le diagnostic ?
- ⊗ Faut-il hospitaliser tous les patients ayant subi une syncope ?

Syncope à début soudain et à fin soudaine

Certaines syncopes sont accompagnées de symptômes prémonitoires tandis que d'autres sont brutales et surviennent sans avertissement. Le mécanisme sous-jacent est une diminution transitoire de l'irrigation cérébrale globale (figure 1). Le retour à la normale, pour ce qui est du comportement et de l'orientation, est habituellement complet. L'amnésie rétrograde, auparavant peu décrite, semble être présente de façon plus significative chez les patients plus âgés¹. On peut également observer, après la période de récupération, une fatigue importante. La notion de syncope est également entourée de celle de pré-

syncope qui fait référence à un état dans lequel le patient sent qu'une syncope est imminente sans qu'elle se produise. Les symptômes peuvent alors être peu spécifiques et ressembler beaucoup plus à un étourdissement. Il est à noter que cet article portera surtout sur la syncope franche.

La syncope peut être causée par divers mécanismes. Il est prouvé qu'un arrêt brutal de l'irrigation cérébrale pendant huit secondes est suffisant pour provoquer une perte complète de conscience. Des preuves expérimentales (test d'inclinaison sur table basculante) montrent qu'une chute de pression de 60 mm Hg est suffisante pour provoquer une syncope. Les syncopes cardiaques sont habituellement à début soudain et à fin soudaine (tableau I).

Le Dr Serge Lepage, cardiologue, exerce au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Il est également professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CHUS et responsable de la recherche clinique en cardiologie au CHUS.

Stratification du risque

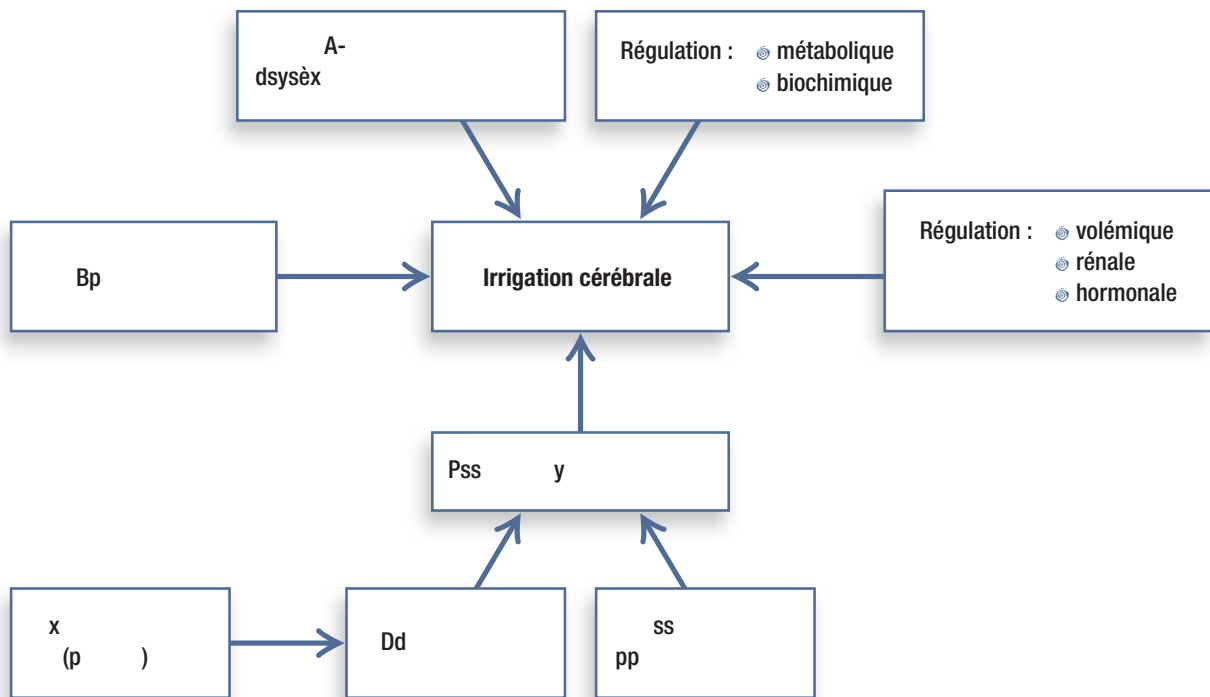
Une syncope d'origine cardiaque peut être stratifiée en risque élevé et en risque faible, ce dernier se retrouvant chez les patients jeunes (< 45 ans) sans antécédents de maladie cardiovasculaire et dont

Les patients à risque élevé seront atteints d'un dysfonctionnement ventriculaire gauche avec ou sans insuffisance cardiaque, d'une affection confirmée ou soupçonnée de type sténose aortique associée à des critères de gravité.

Repère

Figure 1

Mécanismes régulateurs de l'irrigation cérébrale



l'électrocardiogramme est normal. Un patient présente également un risque faible s'il a des antécédents d'hypotension orthostatique, de syncope avec prodrome ou encore de syncope réflexe. Par opposition, les patients à risque élevé seront atteints d'un dysfonctionnement ventriculaire gauche avec ou sans insuffisance cardiaque, d'une affection confirmée ou soupçonnée de type sténose aortique associée à des critères de gravité, souffriront ou auront des antécédents familiaux de cardiopathie (en particulier s'il s'agit de cardiomyopathie hypertrophique mais également de tout autre type de cardiopathie dilatée), de dysplasie ventriculaire droite ou d'arythmie ventriculaire. On peut aussi utiliser la classification publiée dans *Annals of Emergency Medicine*² qui repose sur la réponse aux quatre questions suivantes :

- Est-ce que votre patient a plus de 45 ans ?
- Est-ce que votre patient souffre d'insuffisance cardiaque ou en a certains symptômes ?
- Votre patient souffre-t-il d'arythmie ventriculaire

ou de certains symptômes associés ?

- L'électrocardiogramme de votre patient est-il anormal ?

Cette stratification permet de préciser le risque cardiovasculaire après un an (syncope arythmique ou décès), qui passe de 4 % à 7 % si toutes les réponses sont négatives à un taux de 58 % à 80 % si au moins trois réponses sont positives.

Comment poser le diagnostic de syncope ?

Le diagnostic de syncope (*figure 2*) repose sur l'anamnèse et l'examen, sur la mesure de la pression artérielle en position couchée et debout et sur l'électrocardiogramme. Environ 40 % des diagnostics seront posés à la suite d'une anamnèse et d'un examen approfondis seulement, jusqu'à 25 % des patients présentent une anomalie de la pression artérielle en position couchée et debout et l'électrocardiogramme est anormal chez 10 % des patients. Dans 25 % des cas, l'origine reste inconnue.

L'anamnèse comporte quatre étapes : les antécé-

Tableau I**Causes des syncopes d'origine cardiaque****Anomalies de structure**

- ⊕ Athérosclérose coronarienne
- ⊕ État post-infarctus
- ⊕ Dysfonctionnement ventriculaire gauche
- ⊕ Sténose valvulaire (aortique)
- ⊕ Cardiomyopathie hypertrophique
- ⊕ Myxome de l'oreillette
- ⊕ Troubles du péricarde
- ⊕ Tamponnade cardiaque

Anomalies d'irrigation secondaire

- ⊕ Syncope réflexe à médiation neurogène
- ⊕ Syncope orthostatique
- ⊕ Vol de la sous-clavière
- ⊕ Embolie pulmonaire
- ⊕ Hypertension pulmonaire

Arythmies

- ⊕ Bradyarythmie
- ⊕ Tachyarythmie supraventriculaire
- ⊕ Syndrome de dysfonctionnement du nœud sinusal (*sick sinus syndrome*)
- ⊕ Anomalies de la conduction du nœud auriculoventriculaire
- ⊕ Arythmie ventriculaire
- ⊕ Anomalies congénitales (syndrome du QT long, syndrome de Brugada)
- ⊕ Dysfonctionnement des électrostimulateurs (stimulateur cardiaque et défibrillateur implantable)
- ⊕ Phénomène proarythmique (médicaments antiarythmiques ou autres agents)

dents, les circonstances avant la syncope, le début de la syncope, les symptômes pendant la syncope et les symptômes après le retour à la normale (*tableau II*).

L'examen physique comprend l'examen cardiovasculaire à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et de valvulopathie, l'évaluation de la position de l'apex ainsi qu'une compression du sinus carotidien sous surveillance électrocardiographique³.

Tableau II**Questions pour trouver la cause d'une syncope**

- ⊕ Avez-vous des antécédents familiaux de syncope, de problème cardiaque structural ou de mort subite ?
Prenez-vous des médicaments (en particulier des médicaments modulant l'espace QT) ?
Ces médicaments ont-ils été changés ?
Les doses ont-elles été augmentées ?
Pourrait-il y avoir eu une erreur de médicament ?
- ⊕ Avant la syncope, étiez-vous couché, assis ou debout ? Étiez-vous en train de faire une activité particulière ou un effort important ? Avez-vous ressenti une sensation de malaise ou une douleur ? Ces syncopes surviennent-elles toujours dans des circonstances particulières (par exemple en des lieux publics), lorsque vous êtes à jeun, lorsque vous prenez un certain médicament ?
- ⊕ Pendant la syncope, avez-vous chuté ? Vous êtes-vous blessé ? Combien de temps a duré cette syncope ? Y a-t-il eu des témoins ? Est-ce que quelqu'un vous a entendu ou vu respirer ? Aviez-vous une respiration anormale, bruyante, saccadée, interrompue ? Avez-vous fait des mouvements involontaires ? Vous êtes-vous mordu la langue ? Après la syncope, êtes-vous revenu à votre état normal rapidement ? Avez-vous pu vous relever ? Vous êtes-vous senti faible, étourdi ? Pendant la syncope, avez-vous perdu vos urines ou vos selles ?

Prise de la pression artérielle : hypotension orthostatique

On mesure la pression après une période couchée de cinq minutes, puis debout après un délai de une à trois minutes ou plus si on note une chute des valeurs tensionnelles. La réponse est positive en présence d'une diminution d'au moins 20 mm Hg de la pression systolique ou si la pression systolique descend sous 90 mm Hg, avec ou sans symptôme cardiovasculaire associé.

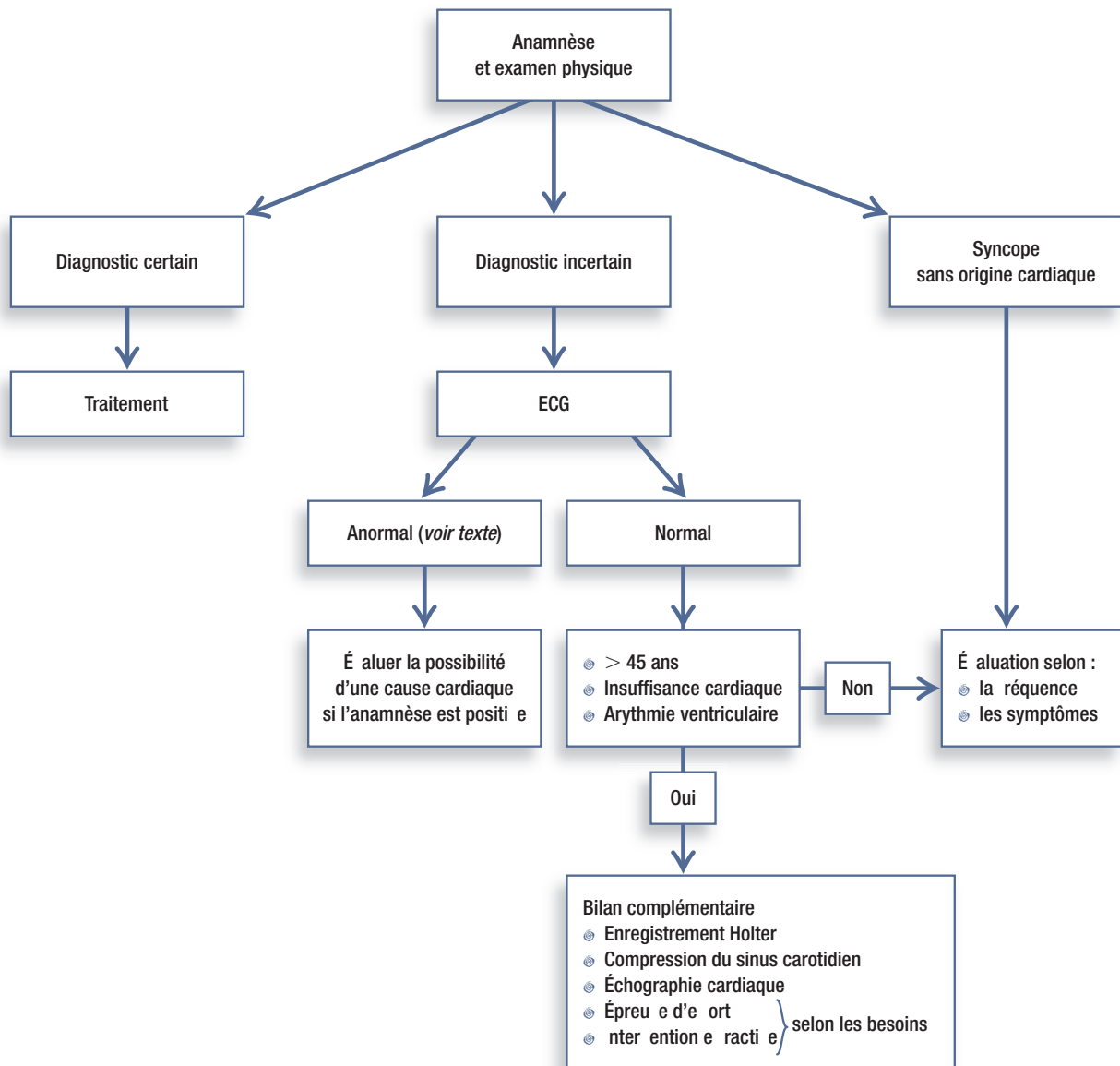
Électrocardiogramme : que rechercher ?

Les anomalies non spécifiques de la phase de repolarisation ne sont pas inquiétantes. Toute autre anomalie est considérée comme suspecte. Le clinicien doit rechercher les points suivants :

- ⊕ bloc bifasciculaire ou autres troubles de la conduction intraventriculaire, soit un intervalle QRS dépassant 120 msec ;

Figure 2

Étapes diagnostiques en présence d'une syncope



- ⊗ bloc AV du 2° degré de type Mobitz I et + ;
- ⊗ bradycardie à moins de 50 battements par minute ;
- ⊗ pré-excitation ;
- ⊗ prolongation de l'intervalle Q-T, Q-Tc ;
- ⊗ onde Q évoquant la possibilité d'un infarctus antérieur.

Par la suite, vous devrez vous poser essentiellement trois questions :

- ⊗ Est-ce que la perte de conscience est attribuable

à une syncope ou à un autre trouble ?

- ⊗ Est-ce qu'un problème cardiaque sous-jacent est présent ou non ?

- ⊗ Y a-t-il des indices cliniques importants permettant d'orienter le diagnostic ?

Ces trois questions sont couplées à l'anamnèse, à l'examen et à l'électrocardiogramme et permettent de repérer des patients présentant un risque plus élevé et qu'il faut hospitaliser.

Compression du sinus carotidien

La compression du sinus carotidien se fait sous surveillance électrocardiographique et de la pression artérielle, en particulier chez les patients de plus de 40 ans. Le but de cet examen est de diagnostiquer une hypersensibilité du sinus carotidien (pause de plus de trois secondes ou chute de la pression artérielle de plus de 50 mm Hg pendant la compression). Certaines complications liées à la compression du sinus carotidien ont été signalées, notamment une incidence de 0,25 % à 1 % d'accidents neurologiques. Bien que ces complications soient rares, cette manœuvre devrait être évitée chez les patients ayant des antécédents d'ischémie cérébrale transitoire ou d'accident vasculaire cérébral ou chez ceux présentant une sténose carotidienne. L'examen se fait le plus souvent en position couchée, mais parfois en position couchée et debout, habituellement sur une table basculante. Il est important que le patient fasse l'objet d'une surveillance électrocardiographique et soit relié à un appareil pour mesurer la pression artérielle. Après avoir effectué les mesures de base, soit la fréquence cardiaque et la pression artérielle, on masse le sinus carotidien droit de 5 à 10 secondes, on attend de une à deux minutes, puis on masse le sinus gauche. Il est à noter que l'hypersensibilité du sinus carotidien peut être de types cardio-inhibitrice (asystolie), vasodépressive (diminution de la pression artérielle) ou encore mixte.

Examens complémentaires

L'évaluation complémentaire dépendra de l'anamnèse et du risque sous-jacent du patient. Il est à noter qu'une bonne anamnèse et un bon examen, la mesure de la pression artérielle en position couchée et debout pour déterminer si le patient souffre d'hypotension orthostatique et un électrocardiogramme sont souvent suffisants lorsque les facteurs de mauvais pronostic décrits antérieurement ne sont pas présents. En l'absence de symptômes et de signes

Tableau III

Utilité de l'enregistrement Holter

Indications de l'enregistrement Holter

Symptômes évocateurs d'arythmie

- ⊕ Apparition en salves
- ⊕ Palpitations
- ⊕ Perte soudaine de conscience
- ⊕ Médicament antiarythmique

Symptômes et anomalies structurales cardiaques

Symptômes et électrocardiogramme anormal

Que chercher sur l'enregistrement Holter ?

- ⊕ Pauses de plus de 3 secondes
- ⊕ Bloc AV du 2^e degré de type Mobitz II
- ⊕ Bloc AV du 3^e degré et présence de tachycardie ventriculaire
- ⊕ Les autres anomalies peuvent être ignorées en l'absence d'anomalie de la structure cardiaque

précis à l'examen physique, l'utilité de l'échographie cardiaque est discutable, car les anomalies mises en évidence sont souvent non contributives.

Bien que de nombreuses études portent sur le test d'inclinaison sur table basculante et sur l'enregistrement Holter⁴⁻⁷, ces examens seront réservés pour des indications très précises. Le test d'inclinaison sur table basculante (*tilt-test*) est indiqué dans le cas de syncope récurrente ou encore pour démontrer les mécanismes de la syncope au patient. Fait intéressant à mentionner : de façon occasionnelle, un patient peut guérir ou du moins diminuer fortement la survenue de syncopes si on lui en montre le mécanisme. Le test d'inclinaison peut être considéré comme une épreuve diagnostique si le patient ne présente pas d'anomalies de la structure cardiaque. Dans le cas contraire, il faut d'abord éliminer les causes d'arythmie ventriculaire avant de procéder au test d'inclinaison. (tableau III)

Une bonne anamnèse et un bon examen, la mesure de la pression artérielle en position couchée et debout pour déterminer si le patient souffre d'hypotension orthostatique et un électrocardiogramme sont souvent suffisants lorsque des facteurs de mauvais pronostic ne sont pas présents.

Repère

Plusieurs possibilités peuvent être envisagées à la suite de l'enregistrement Holter : les résultats démontrant des anomalies en l'absence de symptômes et les résultats démontrant des anomalies en présence de symptômes.

Des examens plus poussés, tels que l'étude électrophysiologique, ne devraient être utilisés que si l'évaluation initiale évoque l'arythmie comme cause de la syncope, en particulier chez les patients présentant des anomalies électrocardiographiques ou structurales, des syncopes associées à des palpitations ou encore des antécédents familiaux de mort subite. L'étude électrophysiologique pourrait également être indiquée chez les personnes dont le travail entraîne des risques, comme les pilotes d'avion.

L'épreuve d'effort ne devrait être utilisée que chez les patients qui présentent une syncope durant l'effort ou rapidement après ou encore chez ceux que l'on soupçonne d'être atteints de maladie coronarienne.

Traitement

Le traitement de la syncope dépendra de la cause sous-jacente et du diagnostic définitif. La première étape consiste à revoir le traitement du patient en portant une attention particulière aux médicaments qui peuvent moduler l'espace QT, notamment les antiarythmiques, en particulier ceux des classes 1 et 3, les agents psycho-actifs, les antimicrobiens ou encore les antihistaminiques. En présence d'une syncope inexplicée, ces agents doivent être réévalués quant à leurs indications et omis si possible. Si le patient présente une hypersensibilité du sinus carotidien, en particulier si la compression entraîne une réponse positive, l'implantation d'un stimulateur cardiaque peut être bénéfique. La prise de vasodilatateurs doit être réduite ou cessée, surtout en présence d'une réaction vasodilatatrice. Au besoin, utiliser des vasoconstricteurs ou une augmentation de l'apport hydrique et sodé.

Pour ce qui est de l'hypotension orthostatique, la première étape consiste à procéder à une expansion volémique en faisant passer l'apport hydrique de 2 litres à 2,5 litres par jour. Au besoin, augmenter l'apport sodé. On peut également ajouter de la fludrocortisone (Florinef®) à faible dose, réduire la stase veineuse par l'utilisation de bas élastiques, favoriser les repas fréquents réduits en glucides et encourager

l'entraînement musculaire, en particulier de l'abdomen et des membres inférieurs. La natation est la meilleure recommandation.

Pour ce qui est des anomalies cardiaques, la bradyarythmie sera maîtrisée par l'installation d'un stimulateur cardiaque dont le choix dépendra de la nature, du type de maladie et de l'importance de la réponse de même que de sa fréquence. La tachyarythmie sera traitée par des médicaments modulant les arythmies supraventriculaires et ventriculaires, associés au besoin à une étude électrophysiologique et à la mise en place, si nécessaire, d'un défibrillateur implantable.

Quand hospitaliser ?

Les patients qui présentent une syncope isolée ou encore des épisodes rares, chez qui aucune anomalie structurale cardiaque n'a été repérée à l'anamnèse ou à l'examen et qui présentent un électrocardiogramme normal ou encore qui ont des antécédents de syncope à médiation neurogène ont très peu de risques de complications majeures. Ces patients peuvent être habituellement rassurés et évalués en soins ambulatoires. Un patient qui fait une syncope devra être hospitalisé si on sait ou si on croit qu'il a un problème structural cardiovasculaire, s'il présente une anomalie électrocardiographique plus importante qu'une anomalie non spécifique de la repolarisation, s'il a fait une syncope à l'exercice ou ayant causé une blessure importante, s'il a des antécédents familiaux de mort subite, s'il a fait une syncope récurrente, si la syncope est associée à des palpitations ou encore si la cause sous-jacente de la syncope peut-être élucidée à l'anamnèse et à l'examen physique. 📖

Date de réception : 1^{er} décembre 2004

Date d'acceptation : 22 décembre 2004

Mots-clés : syncope à début soudain et à fin soudaine, syncope en présence d'anomalies cardiaques, examens complémentaires

Bibliographie

1. Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001 ; 22 : 1256-1306.
2. Martin TP, Hanusa BH, Kapoor WN. Risk stratification of patients with syncope. *Ann Emerg Med* 1997 ; 29 : 459-66.
3. Kapoor WN. Current evaluation and management of syncope. *Circulation* 2002 ; 106 (13) : 1606-9.

4. Bass EB, Curtiss EI, Arena VC, Hanusa BH, Cecchetti A, Karpf M, Kapoor WN. The duration of Holter monitoring in patients with syncope. Is 24 hours enough? *Arch Intern Med* 1990; 150 (5) : 1073-8.
5. DiMarco JP, Philbrick JT. Use of ambulatory electrocardiographic (Holter) monitoring. *Ann Intern Med* 1990; 113 (1) : 53-68.
6. Kenny RA, Ingram A, Bayliss J, Sutton R. Head-up tilt: a useful test for investigating unexplained syncope. *Lancet* 1986; 1 (8494) : 1352-5.
7. Raviele A, Giada F, Brignole M, Menozzi C, Marangoni E, Manzillo GF, Alboni P. Comparison of diagnostic accuracy of sublingual nitroglycerin test and low-dose isoproterenol test in patients with unexplained syncope. *Am J Cardiol* 2000; 85 (10) : 1194-8.

Lectures suggérées

- Linzer M, Yang EH, Estes III NAM, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Clinical Guideline. Diagnosing Syncope: Part 1: Value of history, physical examination, and electrocardiography. *Ann Int Med* 1997; 126 (12) : 989-96.
- Linzer M, Yang EH, Estes III NAM, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN. Clinical Guideline. Diagnosing syncope: Part 2: Unexplained syncope. *Ann Int Med* 1997; 127 (1) : 76-86.

Summary

Increasing your awareness of the loss of consciousness. Syncope is a common diagnosis. The patients with syncope have a significant morbidity and mortality rate, so it is important to rule out any possible cardiovascular causes. It is also important to remember that the vast majority of patients presenting with syncope can be reassured and evaluated on an ambulatory basis.

The diagnosis of syncope can be established with careful evaluation of:

- Complete actual and relevant past medical history,
- The clinical context of syncope, its occurrence and resolution,
- Physical examination with the appropriate identification of signs and symptoms of underlying cardiovascular problems, and
- Careful usage of low expensive measures such as carotid sinus massage and supine and standing blood pressure.

A good questionnaire and clinical physical examination will enable the clinician to evaluate the cardiovascular risk and consequently identify the patients at high risk of major complication and reassuring the others of the benign nature of their problem.

Keywords: syncope with quick onset and offset, syncope on an abnormal heart, diagnostic tests

Du laboratoire de la nature

Le traitement original à l'avoine colloïdale pour peau sèche

Les dermatologues s'y fient depuis plus de 50 ans

La Lotion hydratante quotidienne Aveeno® contient de l'avoine naturelle colloïdale

- Elle aide à protéger la peau sèche et à la prévenir
- Elle assure le soulagement temporaire de la desquamation, de l'irritation et des grêures associées à la peau sèche ou aux brûlures dues au vent

AVEENO® réhydrate PLUS RAPIDEMENT et PLUS LONGTEMPS*

On a montré lors d'une étude clinique, que la Lotion hydratante quotidienne Aveeno® triple le niveau d'hydratation en dix à quatre heures, soit plus de deux fois l'hydratation fournie par d'autres lotions thérapeutiques telles Lubiderm®, et qu'elle hydrate durant 24 heures.†

- Formule non grasse qui est rapidement absorbée
- Non comédogène
- Sans parfum





Fiez-vous à l'Original

1. Selon une étude américaine; données en dollars, Johnson & Johnson Inc., 2004.
 * La lotion Lubiderm "Skin Therapy" est une marque déposée de Pfizer Inc.
 © Johnson & Johnson Inc., 2004.