

# Stratégie diagnostique devant une perte de connaissance

**RÉSUMÉ :** La syncope est un symptôme qui répond à une définition précise dont il faut connaître les termes mais aussi leur justification ; c'est à ce prix et à lui seul que la stratégie diagnostique peut se révéler efficace : comment vouloir diagnostiquer la cause d'une syncope si ce n'en est pas une !

Une fois le diagnostic de syncope affirmé, il est alors nécessaire d'en évaluer la gravité, ce qui ne revient pas tout à fait à en découvrir la cause, même s'il y a évidemment quelques recouvrements.

Ce n'est qu'à l'issue de cette deuxième étape que la troisième, en l'occurrence la recherche de la cause, peut être entamée en débutant par les examens indispensables que sont un interrogatoire minutieux, un examen clinique incluant la recherche d'une hypotension orthostatique et enfin un électrocardiogramme.

C'est à la lumière des résultats de cette évaluation initiale que les autres examens seront programmés.



→ J.J. BLANC, M. FATEMI

Université  
de Bretagne Occidentale-France.  
Département de Cardiologie, BREST.

La syncope est un symptôme fréquent puisqu'il représente le motif de consultation d'environ 1 % de tous les patients admis en service d'urgence, et cela de façon unanime dans tous les pays d'Europe. Cette fréquence, associée à des hospitalisations inutiles ou prolongées et à la proportion élevée de patients qui finalement demeurent sans diagnostic après une batterie de tests parfois adéquats mais souvent inutiles, a conduit la Société Européenne de Cardiologie à édicter des recommandations dont la dernière version vient de paraître [1]. Le but de cette revue est de résumer ces recommandations à l'intention des cardiologues français.

Le motif de consultation est toujours une "perte de connaissance transitoire" (PDCT). Aussi est-ce à partir de ce symptôme qu'il faut analyser la démarche diagnostique, et pour cela les trois étapes qui doivent être successivement franchies seront détaillées.

## La perte de connaissance transitoire est-elle une syncope ?

La perte de connaissance est un symptôme défini par les neurologues comme "une altération transitoire majeure de l'état de vigilance qui entraîne une absence complète de contrôle volontaire des muscles et de réponse aux stimuli environnementaux, humains ou autres". Il n'est pas discutable que la syncope entre dans ce cadre, mais elle n'est pas la seule ! Pour prendre un exemple caricatural, le KO du boxeur représente lui aussi une PDCT, mais personne ne la considère comme une syncope ! De même, un coma médicamenteux ou toxique est une PDCT, mais prolongée. La crise d'épilepsie est brève, mais sa présentation bien différente, et surtout elle est due à un mécanisme spécifique : une décharge neuronale. Finalement, la définition de la syncope se doit d'exclure ces affections qui, certes, se caractérisent par une PDCT, mais ne sont pas des syncopes.

# LE DOSSIER

## Syncope : actualités

La définition admise par les experts de la Société Européenne de Cardiologie (SEC), après quelques débats, est la suivante : **“Une perte de connaissance transitoire due à une hypoperfusion cérébrale globale et caractérisée par un début brutal, une durée brève et une récupération spontanée et complète”**. Chacun des mots, je peux en témoigner, a été pesé, même si le terme “début brutal” n’est pas spécifique, pour inclure toutes les syncopes et exclure les PDCT qui n’en sont pas.

La notion **“hypoperfusion cérébrale globale”** élimine du cadre des syncopes les traumatismes crâniens et les épilepsies ; **“récupération complète et spontanée”** les morts subites ressuscitées, donc sans récupération spontanée. La connaissance de cette définition est indispensable pour qui veut mener à bien la démarche diagnostique d’un patient suspect de syncope : orienter vers le neurologue ce qui peut évoquer une épilepsie et, au contraire, évaluer ce qui évoque une syncope.

C’est bien sûr par l’interrogatoire que seront accumulés les preuves et les arguments en faveur de la syncope ou d’autres symptômes ou maladies. Il n’est donc pas inutile d’insister sur le caractère irremplaçable d’un questionnement bien conduit, incluant si possible celui des témoins et/ou des proches et qui se doit de reprendre tous les événements qui ont précédé, accompagné ou suivi l’épisode de PDCT.

Pour terminer ce chapitre sur la définition de la syncope, il me faut insister, une fois encore, sur l’inutilité de rechercher un accident ischémique transitoire chez un patient qui consulte pour une PDCT, et je sou mets à la réflexion des incrédules cette formule du Pr Van Dijk, neurologue à Leiden : *“En pratique, les AIT se marquent par des signes neurologiques focaux sans perte de connais-*

*sance ; les syncopes par des pertes de connaissance sans signes neurologiques focaux”*. Combien de scanners cérébraux coûteux et irradiants (2,3 mSv, soit 1 an d’irradiation naturelle ou 115 radiographies thoraciques) seraient évités si cette phrase était appliquée dans les services d’urgence.

Finalement, à l’issue de cette première étape, le diagnostic de syncope est acquis (ne pas confondre “diagnostic de syncope” avec celui de “diagnostic de la cause de la syncope”).

### La syncope est-elle dangereuse ?

Il s’agit d’une étape qui ne figurait pas dans la première version des recommandations de la SEC, mais qu’il faut parcourir, en particulier pour les médecins amenés à prendre en charge les patients dans les heures qui suivent la syncope.

#### 1. Qu’est-ce qu’une syncope dangereuse ?

Toutes les syncopes peuvent avoir des conséquences sérieuses, soit en rapport avec la perte du tonus postural qui accompagne la PDCT, soit parce que la cause de la syncope comporte en elle-même un risque vital. Dans le premier cas, il s’agit de traumatismes qui peuvent être provoqués par des chutes en relation avec une “banale” syncope réflexe. Dans le second cas, il s’agit de syncopes induites par des troubles du rythme ou de la conduction (par exemple tachycardie ventriculaire polymorphe ou bloc auriculo-ventriculaire paroxystique) qui peuvent certes conduire à des traumatismes graves mais qui, lors de récurrences, peuvent avoir des conséquences encore plus dramatiques.

L’incidence des traumatismes sérieux provoqués par une syncope a été ana-

lysée prospectivement par une équipe italienne et le résultat est d’environ 5 %, ce qui est loin d’être négligeable [2]. En fait, une syncope ne peut être considérée comme dangereuse sur ce seul critère qui est variable selon l’âge (les plus âgés se fracturent plus aisément), la situation est également un paramètre de première importance : une syncope survenant alors que le sujet est assis dans un fauteuil a moins de chance d’être traumatisante qu’une syncope survenant chez un sujet en haut d’un escalier, surtout en pierre. Finalement, il semble raisonnable de ne considérer comme syncopes dangereuses que celles dont la cause est potentiellement mortelle en cas de récurrences.

#### 2. Comment reconnaître ces syncopes dangereuses ?

L’élément déterminant le risque est la présence et la sévérité d’une éventuelle cardiopathie ou des données évocatrices d’une anomalie électrique primaire. Des critères cliniques, électrocardiographiques et échocardiographiques empruntés aux recommandations de la SEC sont rapportés dans le **tableau I**.

La présence de l’un de ces éléments doit faire considérer la syncope comme dangereuse et, en fonction du contexte, organiser une prise en charge rapide pour initier un traitement efficace. En leur absence, une consultation décalée, au mieux dans une unité dédiée aux syncopes, ou de simples conseils sont suffisants.

A l’issue de cette deuxième étape, la gravité de la syncope est connue, il est donc possible de passer à la troisième phase, en sachant bien sûr que ce découpage est un peu artificiel et que plusieurs étapes peuvent être menées en même temps.

### Histoire

Sujet âgé.  
Histoire de cardiopathie.  
Syncope survenant pendant un exercice ou couché.  
Palpitations précédant la syncope.  
Histoire familiale de mort subite.  
Antiarythmiques, agents augmentant QT.

### ECCG

TVNS.  
Anomalies de conduction intraventriculaires (QRS  $\geq$  0,12 sec, BBB, blocs bifasciculaires).  
Canalopathies (QT long ou court, Brugada...).  
Anomalies évoquant une DVDA.  
Ondes Q évoquant un IDM.  
Préexcitation.  
Mobitz I, bloc auriculoventriculaire.  
Bradycardie sinusale inappropriée asymptomatique (< 50 bpm).  
Pause sinusale  $\geq$  3 secondes en l'absence de drogues chronotropes négatives.

### Echocardiographie

FE diminuée.  
IDM ancien.  
CMH.  
Valvulopathie significative.  
...

TABLEAU I : Principaux critères empruntés aux recommandations de la SEC.

## Quelle est la cause de la syncope ?

### 1. Par quels moyens l'identifier ?

#### ● *Evaluation initiale*

C'est le **temps essentiel** permettant de diagnostiquer la cause de la syncope. J'ai déjà insisté sur l'importance de l'interrogatoire : il ne peut y avoir de conduite diagnostique efficace dans le domaine de la syncope sans interrogatoire minutieux (du patient mais aussi de l'entourage). En outre, même si le diagnostic n'est pas obtenu à l'issue de cette étape, elle oriente la recherche et va donc permettre de hiérarchiser les demandes d'examens complémentaires. Il faut y adjoindre un examen clinique centré sur le cœur et les vaisseaux incluant, surtout chez les sujets âgés, une recherche d'hypotension orthostatique. L'électrocardiogramme doit être systématique, au moins au décours du premier épisode,

même si la syncope paraît de cause connue dès l'interrogatoire (les patients porteurs d'un QT long peuvent avoir des syncopes d'allure vagale !). Les séries sont concordantes : à l'issue de cette "évaluation initiale", plus de la moitié des patients consultant pour une syncope ont une cause reconnue... il ne reste plus qu'à les traiter !

#### ● *Examens suivants*

L'un d'entre eux émerge, c'est l'échocardiographie non invasive et relativement peu coûteuse, elle va permettre de confirmer, d'affirmer ou de découvrir la cardiopathie qu'avait débusqué l'interrogatoire ou l'examen clinique. Pour le reste, il faut se laisser guider par les éléments obtenus lors de l'étape précédente et qui vont permettre d'en fixer la priorité.

C'est une syncope réflexe qui est soupçonnée : privilégiez alors le test

d'inclinaison ; l'ECCG est pathologique chez un patient ayant une cardiopathie avérée : demandez en priorité une exploration électrophysiologique ou une épreuve d'effort si la syncope est survenue pendant l'exercice... La liste n'est pas exhaustive et doit être utilisée pas à pas selon les résultats des examens précédents et... le bon sens.

Il est rare qu'un médecin assiste à la syncope, il est alors souvent plus préoccupé par le soin immédiat que par le diagnostic (ne serait-ce que la prise du pouls). Prendre la syncope en "flagrant délit" est cependant possible par pose d'un holter, mais beaucoup plus probable par l'implantation d'un tel appareil. Ce geste est de plus en plus recommandé dès que le diagnostic de la cause de la syncope échappe aux premières investigations. Il suffit alors d'attendre la première récurrence en souhaitant qu'elle soit bénigne, ce qui est le cas, les études l'attestent.

### 2. Quelles sont les causes ?

Elles peuvent se regrouper sous trois grands chapitres : les maladies du système nerveux autonome, les maladies du système électrique du cœur et les maladies structurelles. Je ne soumettrai pas le lecteur au supplice de la liste "exhaustive" de toutes les pathologies pouvant déboucher sur une syncope dans chacun de ces chapitres ; je renvoie ceux qui le souhaitent à des documents plus volumineux et donc plus complets. Je me contenterai de souligner les causes les plus communément rencontrées.

#### ● *Maladie du système nerveux autonome*

Ce peut être un dysfonctionnement paroxystique et à la limite du physiologique comme lors d'une banale syncope vasovagale, de loin la plus commune des syncopes, quel que soit le facteur déclenchant (émotion, douleur, miction...) ou une syncope qui

# LE DOSSIER

## Syncope : actualités

entre dans le cadre d'un syndrome du sinus carotidien. Il peut aussi s'agir d'un dysfonctionnement permanent, la syncope par hypotension généralement à l'orthostatisme entrant dans un cadre plus général de maladie neurologique (dysautonomies primaires ou secondaires, au diabète par exemple) ou consécutives aux effets secondaires des médicaments.

### ● **Maladie du système électrique du cœur**

Ce sont bien évidemment les troubles de la conduction (bloc auriculoventriculaire par exemple) ou du rythme (tachycardies quel qu'en soit le mécanisme).

### ● **Maladies structurelles**

Elles touchent le cœur et/ou les vaisseaux. Sans critères de gravité ou de fréquence, je citerai les plus habituelles : valvulopathie sévère avec dans notre

pays essentiellement le rétrécissement aortique, l'embolie pulmonaire, la tamponnade, la dissection aortique, les tumeurs intracardiaques...

Un point est important à souligner : le mécanisme de ces syncopes est bien sûr une ischémie cérébrale globale mais peut être dû à une hypotension sévère (tamponnade) ou à un trouble du rythme (rétrécissement aortique par exemple). Ces exemples mettent en exergue une notion importante : mécanismes de la syncope conduisant à l'ischémie cérébrale et sa cause ne sont pas des termes équivalents.

### **Conclusion**

La recherche de la cause de syncope peut se comparer, pour autant que je le sache, à une enquête policière. Il faut en effet dans les deux cas rechercher "le coupable", et cela presque

toujours *a posteriori*, le flagrant délit étant aussi rare dans l'une ou l'autre circonstance. Dans le cadre de la syncope, comme dans celui d'une enquête, il y a des règles à respecter, le présent article n'avait d'autre but que de les rappeler.

---

### **Bibliographie**

1. MOYA A, SUTTON R, AMMIRATI F *et al.* Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). The task force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2009; 30: 2631-71.
2. BARTOLETTI A, FABIANI P, BAGNOLI L *et al.* Physical injuries caused by a transient loss of consciousness: main clinical characteristics of patients and diagnostic contribution of carotid sinus massage. *Eur Heart J*, 2008; 29: 618-24.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.