

# Epidémiologie des syncopes

**RÉSUMÉ :** Bien que le plus souvent bénignes, les syncopes sont invalidantes et peuvent parfois être annonciatrices de mort subite. En conséquence, elles conduisent à de nombreuses consultations et hospitalisations, et à la réalisation de multiples examens complémentaires.

Dans les pays occidentaux, les syncopes représentent 3 à 5 % des admissions dans les services d'urgences et 1 à 6 % des hospitalisations. Elles représentent l'un des 10 diagnostics les plus fréquents de recours dans les services d'urgences en France. Leur prévalence augmente avec l'âge et est estimée entre 3 et 37 % sur une vie.

Les récurrences surviennent dans un tiers des cas, et environ un tiers des épisodes entraînent des lésions traumatiques secondaires. La qualité de vie des personnes avec syncopes est inférieure à celle de la population générale. Les nombreuses étiologies et leur caractère transitoire rendent leur diagnostic parfois difficile. Les progrès réalisés ces dernières années ont permis de simplifier l'enquête étiologique.



→ C. KOUAKAM

Service de Cardiologie A  
Hôpital de Cardiologie, CHU, LILLE.

## Définition de la syncope

Le terme syncope est apparu vers l'an 1400 et provient du grec "*synkoptein*", dérivé du mot "*syn*" signifiant "avec" et du verbe "*koptein*" signifiant "couper" ou plus précisément dans ce cas "interrompre". On retrouve aussi en latin le terme "*syncopa*" qui signifie "défaillance, évanouissement".

La syncope est un symptôme défini comme une perte de connaissance à début rapide, de durée généralement brève et spontanément résolutive. Elle s'accompagne d'une perte du tonus postural avec un retour rapide à un état de conscience normal. La notion de brièveté de la syncope est importante, de quelques secondes à quelques minutes au plus.

L'unique mécanisme physiopathologique est une baisse transitoire du débit sanguin cérébral global. Dans certains cas, les syncopes peuvent être annoncées par des prodromes tels que nausées, sueurs, voile noir, vertiges, pâleur, chaleur... De façon inhabituelle, une amnésie rétrograde peut être constatée, notamment chez les personnes âgées.

La complexité de l'enquête étiologique tient au fait qu'elles peuvent relever de causes bénignes, mais également de causes graves pour lesquelles un diagnostic doit être établi au plus vite, car la récurrence peut se faire sous la forme d'une mort subite [1]. Les progrès réalisés au cours des 20 dernières années et les publications des recommandations des différentes Sociétés savantes ont permis de simplifier l'enquête étiologique des syncopes [2-4].

Cette définition, qui a fait l'objet d'une clarification dans les recommandations 2009 de la Société Européenne de Cardiologie [4], a pour but principal d'insister sur l'importance de l'interrogatoire dans le diagnostic positif du symptôme lui-même :

- la terminologie "perte de connaissance totale" élimine du cadre des syncopes les lipothymies qui désignent une forme avortée de syncope. La distinction entre ces deux entités est en pratique parfois difficile, surtout chez les sujets âgés aux réponses hésitantes, d'autant que peuvent coexister chez un même patient syncope et lipothymie,
- la terminologie "retour spontané" exclut théoriquement du cadre des

syncopes les morts subites “récupérées” et les comas, en précisant que seuls les patients ayant bénéficié d’une cardioversion électrique pour un trouble du rythme ventriculaire dûment documenté font partie des morts subites récupérées,

- la terminologie “retour à un état de conscience normal” est une notion introduite pour distinguer la syncope de l’épilepsie. Cette dernière provoque habituellement une obnubilation de plusieurs minutes après l’accès... mais elle peut se rencontrer après un arrêt circulatoire prolongé quelle qu’en soit la cause.

## Incidence et prévalence des syncopes

La discussion précédente a le mérite d’expliquer, au moins partiellement, les discordances concernant l’épidémiologie de la syncope. Peu de données épidémiologiques européennes sont disponibles et les données publiées sont principalement issues de la littérature anglo-américaine. Si la plupart des auteurs, confortés par leur expérience, s’accordent à considérer qu’il s’agit d’un symptôme fréquent, les discordances apparaissent lorsqu’il faut le chiffrer. Les syncopes sont un problème médical et un motif très fréquent de consultations et représentent environ 3 à 5 % des admissions dans les services d’urgences et 1 à 6 % des hospitalisations aux Etats-Unis, en Europe comme en France [5-8]. Dans 50 à 65 % des cas, il s’agit du premier épisode [7, 8].

En 2000, 460 000 patients ont été hospitalisés aux Etats-Unis pour syncope, ce qui représentait 1,3 % des hospitalisations. Dans la seule étude épidémiologique française publiée à ce jour [7], les syncopes représentent 1,21 % des admissions aux urgences. Le taux de personnes hospitalisées s’élève à 58 %, avec une prédominance pour les per-

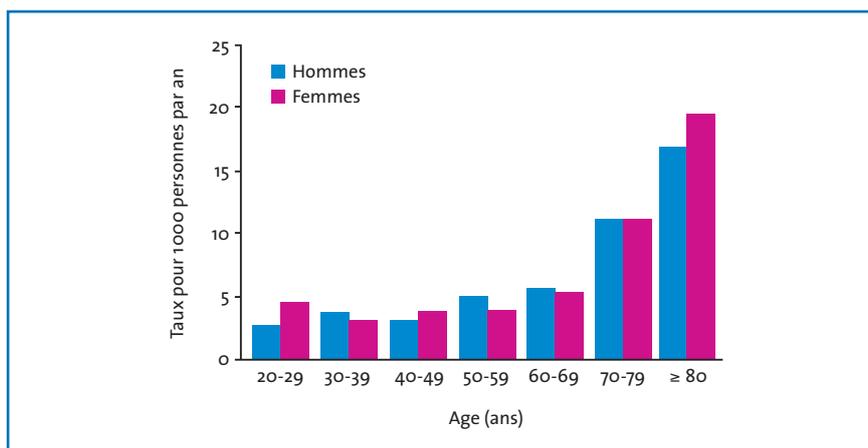


FIG. 1: Incidence des syncopes pour 1 000 personnes par année en fonction des groupes d’âges selon Soteriades *et al.* [1].

sonnes plus âgées. Au cours de l’année 2006 en France, les syncopes ont occasionné plus de 190 000 séjours hospitaliers, 34 100 d’une durée moyenne de 3,4 à 7,8 jours, ainsi que 156 155 séjours de moins de 2 jours. Ce symptôme est **l’un des 10 diagnostics les plus fréquents lors d’un “passage” dans les services d’urgences.**

La prévalence des syncopes dans la population générale est d’environ 3,5 % [9], avec une nette augmentation avec l’âge. Elle peut atteindre jusqu’à 37 % chez les jeunes gens [10], et 23 % chez les personnes âgées de plus de 70 ans [1]. L’incidence cumulée des syncopes est estimée à 35 % sur une vie (41 % chez les femmes et 28 % chez les hommes) [11]. Dans la moitié des cas, la syncope est un événement occasionnel, mais environ 35 % des individus auront au moins une récurrence [1, 5, 9]. La plupart des personnes affectées ne consultent pas de médecin ou aux urgences [11].

Soteriades *et al.* ont étudié l’incidence des syncopes dans une population de 7814 personnes issue de l’étude Framingham, dont 822 (42 % d’hommes) ont présenté des syncopes de diverses origines [1]. Les auteurs ont observé une relation linéaire positive entre

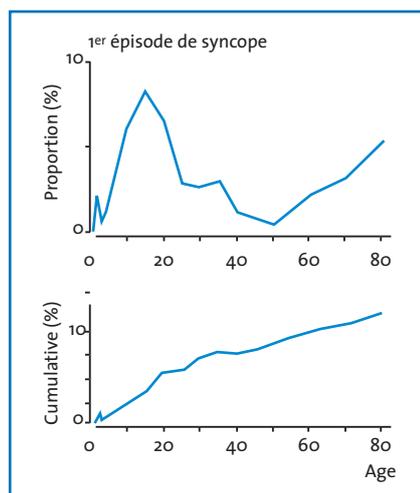
l’âge et l’incidence des syncopes. Au cours d’un suivi de 17 ans, une syncope a été observée chez 3 % des hommes et 3,5 % des femmes. La prévalence était clairement proportionnelle à l’âge : de 0,7 % chez les hommes de 35 à 44 ans à 5,6 % chez ceux de plus de 75 ans. L’incidence pour la survenue d’un 1<sup>er</sup> épisode était de 6,2 pour 1 000 personnes par année et de 6 % sur 10 ans (incidence cumulée). La moyenne d’âge des patients était de 66 ans et l’incidence plus élevée pour les patients de plus de 70 ans (**fig. 1**). Les patients hospitalisés à la suite de leur syncope étaient plus âgés (66 ± 19 ans) que ceux qui quittaient directement le service des urgences (43 ± 23 ans). Cette étude a exclu les sujets jeunes et les adolescents.

Les données épidémiologiques récentes publiées dans les dernières recommandations de la Société Européenne de Cardiologie permettent de mieux appréhender l’incidence des syncopes, de l’enfant à la personne âgée [4] (**fig. 2**).

Le 1<sup>er</sup> pic correspond aux syncopes du nourrisson, et le 2<sup>e</sup> vers 20 ans aux patients avec syncopes vasovagales qui sont plus jeunes que toutes les autres catégories dans toutes les enquêtes épidémiologiques [1, 12,

# LE DOSSIER

## Syncope: actualités

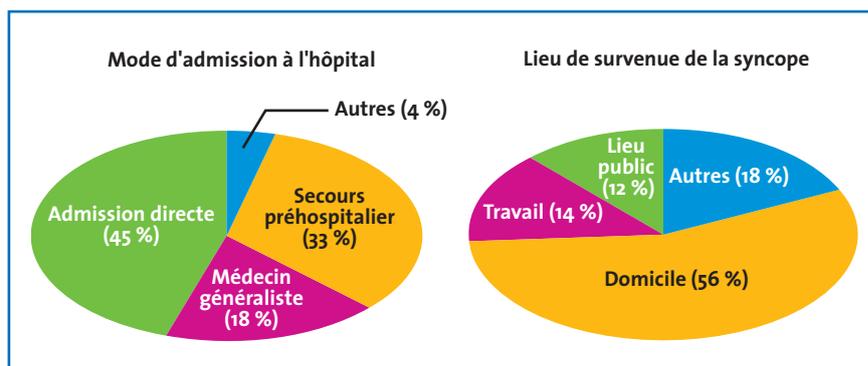


**FIG. 2 :** Représentation schématique de la distribution des âges et incidence cumulée des premiers épisodes de syncopes dans la population générale d'après les données épidémiologiques issues des nouvelles recommandations de la Société Européenne de Cardiologie [4].

13]. Les modifications physiologiques du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la sensibilité du baroréflexe et des mécanismes régulateurs du débit sanguin cérébral liées à l'âge, associées à la prévalence élevée des maladies chroniques et à la fréquente polymédication, expliquent la plus grande susceptibilité des sujets âgés aux syncopes. Beaucoup de chutes inexplicables chez les sujets âgés ont la même signification.

### Données démographiques et caractéristiques des patients concernés

Dans notre série personnelle de 947 patients admis aux urgences du CHRU de Lille entre mars et décembre 2002 pour lipothymie ou perte de connaissance (1,8 % des admissions sur la période concernée), les symptômes surviennent le plus souvent au domicile dans 56 %, et dans 14 % sur les lieux du travail. Les patients se présentent aux urgences à leur propre initiative dans 45 % des cas, ou sont



**FIG. 3 :** Mode d'admission à l'hôpital et lieu de survenue des syncopes d'après les données recueillies auprès d'un échantillon de 947 patients admis au CHRU de Lille [8].

adressés par le biais des équipes d'urgences préhospitalières (pompiers ou SAMU) dans 33 % des cas. Dans 18 % des cas, ils sont adressés directement par leur médecin traitant (**fig. 3**) [8].

Leur moyenne d'âge est de 49 ans, et il s'agit plus volontiers de femmes (**tableau I**). Un quart des patients sont hospitalisés suite à leur passage aux urgences.

Bien que la plupart des auteurs rapportent une prédominance féminine [1, 8-11], le lien entre sexe et syncope n'est pas clair. Les facteurs déclenchants des syncopes peuvent également varier selon le sexe. Ganzeboom *et al.* rapportent que les étudiantes en

médecine ont 3,6 fois plus de risque de syncope à la vue du sang, d'une blessure ou lors d'une injection que leurs collègues masculins dont les syncopes sont plus souvent déclenchées par une consommation excessive d'alcool ou de drogues [10, 11].

Une histoire familiale de syncopes semble aussi être un facteur de risque. Newton *et al.* [14] ont observé une prévalence de syncope dix fois plus élevée dans la fratrie des patients avec syncopes que dans la population générale (32 % vs 3 %), et pour ces auteurs, ces différences sont suffisantes pour étayer l'hypothèse d'une composante génétique à ce problème [15]. De même, l'histoire des syncopes d'un individu

Age (années)	49 ± 22
Sexe féminin	58 %
Récidives syncopes/lipothymies	50 %
Histoire familiale de mort subite	2 %
Cardiopathie sous-jacente	14 %
Hypertension artérielle	22 %
Diabète	9 %
Antécédent de syncope vasovagale	7 %
Antécédent de trouble du rythme	10 %
Antécédent de pacemaker ou défibrillateur	2 %
Antécédent d'épilepsie	3 %
Antécédent d'accident vasculaire cérébral	5 %
Antécédent de troubles psychiatriques	17 %

**TABEAU I :** Caractéristiques cliniques de 947 patients admis aux urgences du CHRU de Lille pour lipothymies et syncopes entre mars et décembre 2002 [8].

permet de prédire le risque de récurrence [16]. Une histoire de plus de deux syncopes, ainsi que la survenue de plusieurs épisodes sur une courte période de temps, augmente le risque de récurrence [16, 17]. En termes d'âge, les individus dont la 1<sup>re</sup> syncope est survenue après l'âge de 12 ans sont plus à risque de récurrence que ceux dont les syncopes ont débuté dans l'enfance [10]. Les sujets âgés de plus de 45 ans et ceux qui ont un diagnostic de troubles psychiatriques sont également plus à risque de récurrence [13, 18].

## Nature et gravité des syncopes

### 1. Nature des syncopes

Les syncopes doivent être différenciées des autres pertes de connaissance transitoire dites non-syncopales (cata-

plexie, attaques ischémiques transitoires, pseudo-syncopes psychogènes, chutes, déséquilibres du métabolisme, épilepsie et intoxications). Elles sont regroupées en trois grandes catégories par ordre de prévalence décroissante : réflexes, hypotension orthostatique, cardiaques (**fig. 4**) [4].

### 2. Gravité des syncopes

Il ressort de la cohorte de Framingham que les patients avec syncope, quelle qu'en soit la cause, ont un risque de décès 1,31 fois plus élevé que les sujets sains [1]. Le risque d'infarctus du myocarde ou de décès par insuffisance coronarienne et d'accident vasculaire cérébral étaient respectivement 1,27 et 1,06 fois plus élevé dans le groupe des patients avec syncope. Les patients avec syncopes inexplicables avaient un risque de décès

intermédiaire d'environ 5 % par an, ce groupe étant hétérogène, englobant très probablement des patients dont l'origine de la syncope est bénigne et ceux dont l'origine cardiaque n'a pas été diagnostiquée. Les patients présentant des syncopes d'origine cardiaque ont en effet un risque 2,1 fois plus élevé de décès et 2,66 fois plus élevé d'événements cardiovasculaires que la population générale, alors que ceux qui souffrent de syncopes réflexes ont un excellent pronostic (**fig. 5**).

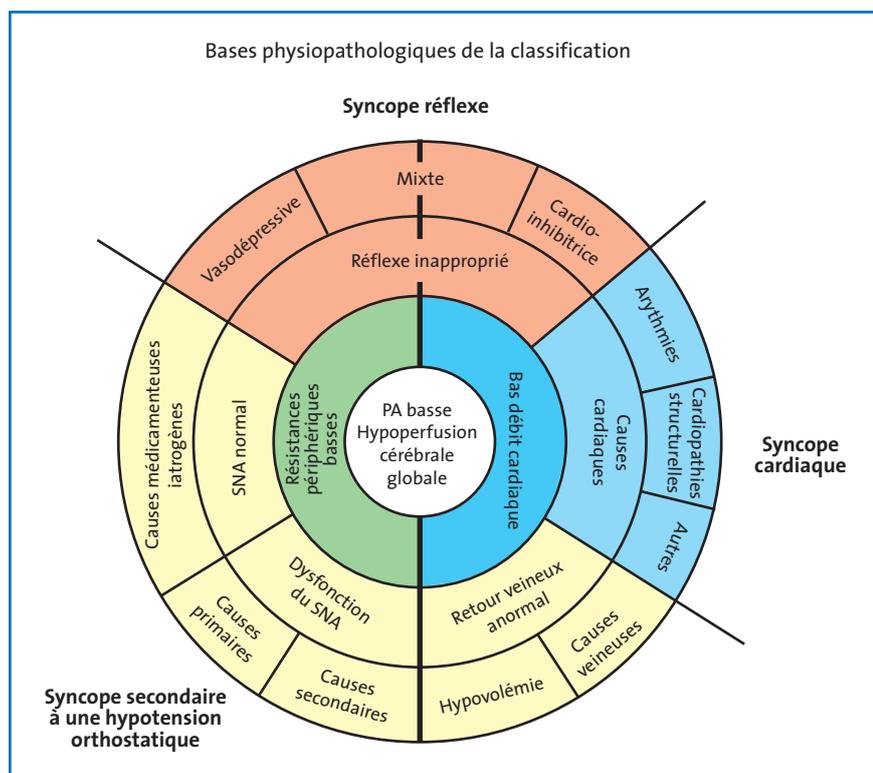
La syncope et l'arrêt cardiaque sont deux entités différentes, mais elles sont liées, car les patients avec syncope d'origine cardiaque ont une incidence élevée de mort subite (24 % à 1 an). D'autre part, si elle peut être banale, la syncope n'en est pas moins très anxiogène pour le patient et la famille, et environ un tiers des épisodes entraînent des lésions traumatiques secondaires.

## Conséquences des syncopes

La syncope a des répercussions sur la santé physique, psychologique et la qualité de vie des personnes qui en sont victimes. Les coûts financiers en termes d'absentéisme au travail et des traumatismes induits sont importants. Il existe un lien entre syncope, perte de productivité, détresse psychologique et diminution de qualité de vie.

### 1. Conséquences sur la santé physique

D'après certains auteurs, jusqu'à 76 % des sujets rapportent des limitations dans leurs activités quotidiennes. Ces conséquences sont encore plus sévères chez les personnes qui ne ressentent pas de prodromes, comme les plus âgées. Entre 35 à 53 % de sujets rapportent des ecchymoses, blessures, fractures ou commotions cérébrales suite à une syncope [5, 7-9]. Ces trau-



**FIG. 4 :** Concept physiopathologique servant de base à la nouvelle classification des syncopes d'après les recommandations 2009 de la Société Européenne de Cardiologie [4].

# LE DOSSIER

## Syncope: actualités

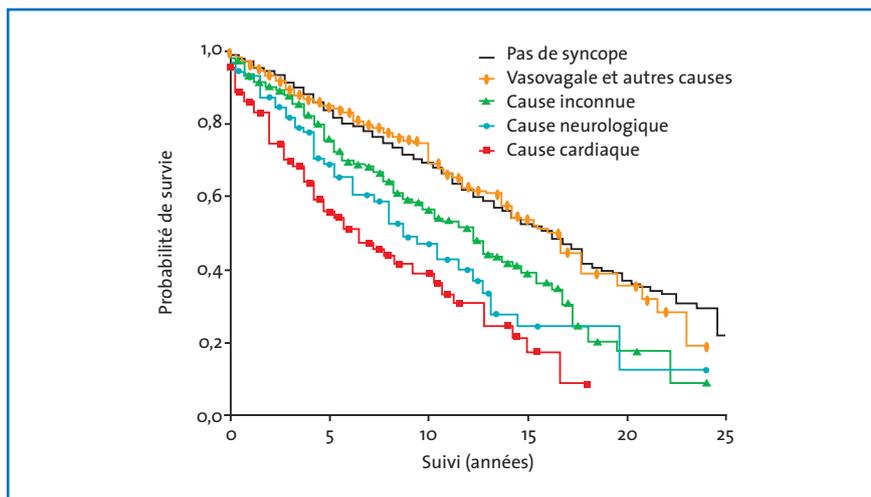


FIG. 5 : Signification pronostique des syncopes en fonction des différentes étiologies d'après Soteriades *et al.* [1].

matismes peuvent être dus à des chutes ou à des accidents de la voie publique, et peuvent restreindre les activités des victimes en les empêchant par exemple de conduire leur automobile ou d'exercer leur métier [19].

Environ 35 % des patients ont une récurrence de syncope sur 3 ans de suivi, 82 % survenant au cours des deux premières années. Ces récurrences occasionnent des fractures et des blessures chez 12 % des patients. La responsabilité des syncopes dans les accidents de la voie publique est mal connue. Dans l'étude de Framingham, 15 % des patients ont eu un accident de la voie publique dont ils ont attribué la responsabilité à une syncope.

### 2. Conséquences sur la santé psychologique et la qualité de vie

De nombreux individus avec syncopes récurrentes présentent des troubles anxieux et dépressifs, et dans une étude, jusqu'à 73 % attribuent ces troubles à leurs syncopes. Chez ces personnes, l'incapacité physique et psychologique est comparable à celle que rapportent habituellement les patients atteints de polyarthrite

rhumatoïde, de douleurs chroniques ou de trouble psychiatrique, et leurs limitations psychosociales sont encore plus importantes que leurs limitations physiques [19, 20]. Jusqu'à 60 % des personnes avec récurrences de syncopes ont une détresse psychologique marquée.

La relation entre le type de syncope et la présence de troubles psychologiques a également été étudiée. Les personnes avec syncopes inexplicables présentent, entre autres, plus de traits psychopathologiques, tels des troubles anxieux ou dépressifs, que celles qui ont des syncopes d'autres origines. Elles ont, en effet, cinq fois plus de risques d'être atteintes d'une psychopathologie que celles qui souffrent de syncope vasovagale [19, 20].

De façon générale, la qualité de vie reliée à la santé des personnes avec syncopes est inférieure à celle de la population générale, et plus les syncopes sont fréquentes, plus la qualité de vie diminue, si bien que les patients avec syncopes récidivantes ont un statut fonctionnel médiocre, similaire à celui des patients avec pathologie chronique.

### 3. Conséquences médico-économiques

Les coûts engendrés par la problématique de la syncope sont importants [21, 22], que l'on traite d'absentéisme au travail ou des coûts supportés par le système de santé. A titre d'exemple, les dépenses liées à l'hospitalisation des patients pour syncopes ont été évaluées à 5,4 milliards de dollars pour la seule année 2000 aux Etats-Unis, et le coût des tests reliés à une syncope non diagnostiquée à 16 000 dollars [21]. En Europe, le coût total du diagnostic au traitement y compris les frais d'hospitalisation est évalué à 11 158 euros pour un patient, avec des extrêmes variant de 1 651 à 31 762 euros [22].

### Conclusion

La syncope est un problème médical fréquent qui recouvre des situations diagnostiques et pronostiques très diverses qui vont de la banale réaction vasovagale à la mort subite "avortée". Démêler le banal du dramatique, décider l'abstention thérapeutique ou l'intervention lourde sera la tâche difficile qui attend le cardiologue face à un patient qui consulte pour syncope.

### Bibliographie

1. SOTERIADES ES, EVANS JC, LARSON MG *et al.* Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med*, 2002; 347: 878-85.
2. Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I *et al.* AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation In Collaboration With the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*, 2006; 47: 473-84.
3. Pertes de connaissance brèves de l'adulte: Prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Recommandations du

- Collège de la Haute Autorité de Santé – Mai 2008. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
4. The European Society of Cardiology Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009) reviewed by Angel Moya, MD, FESC, Chair of the Guideline Taskforce with J. Taylor, MPhil. *Eur Heart J*, 2009; 30: 2631-71.
  5. KAPOOR WN. Evaluation and management of the patient with syncope. *JAMA*, 1992; 268: 2553-60
  6. BRIGNOLE M, DISERTORI M, MENOZZI C *et al*. Management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. *Europace*, 2003; 5: 293-8.
  7. BLANC JJ, L'HER C, TOUIZA A *et al*. Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period. *Eur Heart J*, 2002; 23: 815-20.
  8. KOUAKAM C, LESTAVEL P, DAEMS C *et al*. Prospective evaluation of emergency patients with syncope: value of an update two-step diagnostic strategy in clinical practice. XXVIIth Congress of the European Society of Cardiology, September 3-7th, 2005, Stockholm. *Eur Heart J*, 2005; 26 (Abstract Supplement).
  9. SAVAGE DD, CORWIN L, MCGEE DL *et al*. Epidemiologic features of isolated syncope: The Framingham Study. *Stroke*, 1985; 16: 626-9.
  10. GANZEBOOM KS, COLMAN N, REITSMA JB *et al*. Prevalence and triggers of syncope in medical students. *Am J Cardiol*, 2003; 91: 1006-8.
  11. GANZEBOOM KS, MAIRUHU G, REITSMA JB *et al*. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: A study of 549 Dutch subjects aged 35-60 years. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2006; 17: 1172-6.
  12. GRAHAM LA, KENNY RA. Clinical characteristics of patients with vasovagale reactions presenting as unexplained syncope. *Europace*, 2001; 3: 141-6.
  13. MATHIAS CJ, DEGUCHI K, SCHATZ I. Observations on recurrent syncope and presyncope in 641 patients. *Lancet*, 2001; 357: 348-53.
  14. NEWTON JL, KENNY R, LAWSON J *et al*. Newcastle Cohort. Prevalence of family history in vasovagal syncope and haemodynamic response to head up tilt in first degree relatives: preliminary data for the Newcastle cohort. *Clin Auton Res*, 2003; 13: 22-6.
  15. OLDE NORDKAMP LR, WIELING W, ZWINDERMAN AH *et al*. Genetic aspects of vasovagal syncope: a systematic review of current evidence. *Europace*, 2009; 11: 414-20.
  16. KOUAKAM C, VAKSMANN G, PACHY E *et al*. Long-term follow-up of children and adolescents with syncope; predictor of syncope recurrence. *Eur Heart J*, 2001; 22: 1618-25.
  17. GRIMM W, DEGENHARDT M, HOFFMAN J *et al*. Syncope recurrence can better be predicted by history than by head-up tilt testing in untreated patients with suspected neurally mediated syncope. *Eur Heart J*, 1997; 18: 1465-9.
  18. KOUAKAM C, LACROIX D, KLUG D *et al*. Prevalence and prognostic significance of psychiatric disorders in patients evaluated for recurrent unexplained syncope. *Am J Cardiol*, 2002; 89: 530-5.
  19. LINZER M, PONTINEN M, GOLD DT *et al*. Impairment of physical and psychosocial function in recurrent syncope. *J Clin Epidemiol*, 1991; 44: 1037-43.
  20. ROSE MS, KOSHMAN ML, SPRENG S *et al*. The relationship between health-related quality of life and frequency of spells in patients with syncope. *J Clin Epidemiol*, 2000; 53: 1209-16.
  21. SUN BC, EMOND JA, CAMARGO CA. Direct medical costs of syncope-related hospitalizations in the United States. *Am J Cardiol*, 2005; 95: 668-71.
  22. BARON-ESQUIVIAS G, MORENO SG, MARTINEZ A *et al*. Cost of diagnosis and treatment of syncope in patients admitted to a cardiology unit. *Europace*, 2006; 8: 122-7.

---

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