

Quelle stratégie diagnostique face à une syncope ?

RÉSUMÉ : La prise en charge de la syncope représente un véritable enjeu de santé publique. Il s'agit d'un symptôme qui survient fréquemment (3 à 5 % des consultations aux urgences et 1 à 3 % des hospitalisations). Environ 35 % des patients vont également présenter des récurrences sur une période de suivi de 3 ans.

Dans la stratégie diagnostique, le premier élément est de savoir – généralement grâce à l'interrogatoire, à l'examen clinique avec recherche d'hypotension orthostatique, à l'ECG et à l'échographie – s'il s'agit d'une syncope grave, liée à une cardiopathie et justifiant l'hospitalisation. Les examens suivants seront réalisés au cas par cas : épreuve d'effort, test d'inclinaison et exploration électrophysiologique (souvent peu utile).

Les enregistreurs implantables de longue durée de dernière génération sont de plus en plus utilisés dans les syncopes inexplicables récurrentes et ont une grande rentabilité.

Le développement des "unités de syncope" répond aux besoins de santé publique. Il permet une coopération efficace entre différentes spécialités et doit être privilégié au sein des structures hospitalières.



→ P. DEFAYE, P. JACON

Unité de Rythmologie et Stimulation Cardiaque, CHU de GRENOBLE.

La syncope se définit par une perte de connaissance brutale avec perte du tonus postural liée à un bas débit cérébral sans prodromes, de durée courte avec reprise de conscience rapide (**fig. 1**). Une fois le diagnostic posé, l'objectif principal de la prise en charge est la stratification du risque, afin d'évaluer en urgence les patients présentant un risque d'événements sévères, tout en limitant les hospitalisations coûteuses et inutiles. Les clés de cette prise en charge sont parfaitement détaillées dans les recommandations de l'*European Society of Cardiology* [1]. À partir de cette stratification du risque, qui va donc permettre de décider ou non d'une hospitalisation, certains examens diagnostiques vont être proposés dont nous allons revoir l'utilité.

Causes de la syncope

Elles peuvent se regrouper en 3 grands chapitres : les maladies du système nerveux autonome, les maladies du sys-



FIG. 1 : Syncope grave sur cardiopathie avec traumatisme.

tème électrique du cœur et les maladies structurelles.

1. Maladies du système nerveux autonome

Il peut s'agir d'un dysfonctionnement paroxystique et à la limite du phy-

REVUES GÉNÉRALES

Rythmologie

siologique comme lors d'une banale syncope vasovagale, de loin la plus commune des syncopes, quel que soit le facteur déclenchant (émotion, douleur, miction...), ou d'une syncope qui 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 large de maladies neurologiques (dysautonomies primaires ou secondaires, diabète par exemple) ou consécutives aux effets secondaires des médicaments.

2. Maladies du système électrique du cœur

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

3. Maladies structurelles

Elles touchent le cœur et/ou les vaisseaux. Sans critères de gravité ou de fréquence, les plus fréquentes sont : une valvulopathie sévère avec rétrécissement aortique, l'embolie pulmonaire, la tamponnade, la dissection aortique, les tumeurs intracardiaques...

Le mécanisme des syncopes est une ischémie cérébrale globale, mais celle-ci peut être due à une hypotension sévère (tamponnade) ou à un trouble du rythme. Ces exemples mettent en avant un point important : les mécanismes de la syncope conduisant à l'ischémie cérébrale et sa cause ne sont pas toujours équivalents.

Les trois "questions clés"

Devant un patient ayant présenté une syncope, la réponse à 3 questions clés doit être obtenue. Ces questions vont notamment permettre de justifier ou non l'hospitalisation.

1. Est-ce vraiment une syncope ?

L'interrogatoire est fondamental. Il faut absolument éliminer les diagnostics différentiels de la syncope : simple chute sans perte de connaissance, coma, perte de connaissance liée au traumatisme. Même si l'anamnèse peut *a priori* évoquer une syncope, il faut également savoir reconnaître une crise d'épilepsie ou des pertes de connaissance d'ordre fonctionnel (hystérie).

2. Peut-on faire d'emblée le diagnostic de la cause de la syncope ?

Souvent, il est assez facile de reconnaître l'étiologie sans qu'il soit nécessaire de procéder à des examens complémentaires.

Une syncope vasovagale ou autre syncope neuro-cardiogénique : il n'y a la plupart du temps pas de pathologie cardiaque sous-jacente. Ces patients ont en général une longue histoire de syncopes récidivantes. Celles-ci surviennent souvent dans des conditions particulières : elles sont provoquées par des sons, des odeurs ou des douleurs particulières, la station debout prolongée, la foule, les atmosphères chaudes, en post-prandial,

après l'exercice, à la rotation de la tête ou après compression sino-carotidienne. Quand ce diagnostic est posé, il n'y a, bien sûr, aucune indication à une hospitalisation. Le bilan peut être réalisé en ambulatoire, et le traitement prescrit ou programmé.

3. Existe-t-il une cardiopathie ?

Devant une syncope d'origine cardiovasculaire, l'hospitalisation est nécessaire. La survenue d'une syncope cardiaque multiplie par 2 le risque de décès (fig. 2) [2].

Souvent, la syncope survient dans le cadre d'une cardiopathie sévère connue. On la suspecte quand elle se déroule à l'effort ou en position allongée. La syncope est parfois accompagnée de palpitations. On suspecte une tachycardie ventriculaire (TV) en cas de TV non soutenue enregistrée ainsi qu'en cas d'insuffisance cardiaque. L'ECG est souvent parlant avec enregistrement d'un bloc de branche, d'un bloc auriculo-ventriculaire du 1^{er} degré de type Mobitz I ou d'une bradycardie sinusale < 50/min. On suspecte également une cause cardiaque en cas de diagnostic de syndrome de Wolff-Parkinson-White, de

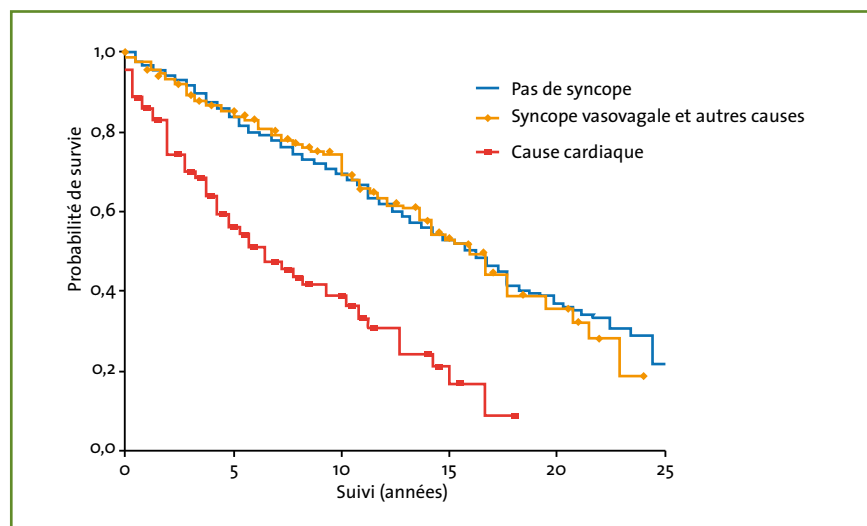


FIG. 2 : Une syncope cardiaque multiplie par 2 le risque de décès selon Soteriades [2].

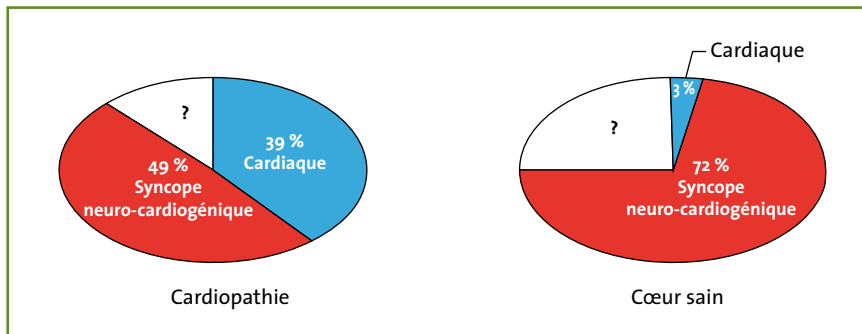


Fig. 3 : L'absence de cardiopathie exclut une étiologie cardiaque dans 97 % des cas selon Alboni [3].

syndrome du QT long, de syndrome de Brugada ou de repolarisation précoce sur l'ECG. L'absence de cardiopathie exclut une étiologie cardiaque dans 97 % des cas pour Alboni [3] (**fig. 3**). Au contraire, la présence d'une cardiopathie est un facteur prédictif indépendant de syncope d'origine cardiaque (sensibilité: 95 %; spécificité: 45 %).

Stratification du risque

1. Les critères de risque

Il existe par conséquent certains critères qui, s'ils sont retrouvés, imposent une hospitalisation immédiate pour diagnostic et traitement (**tableau I**). On retrouve parmi ces critères de haut risque:

● **L'existence d'une cardiopathie structurelle ou d'une coronaropathie:** insuffisance cardiaque, FEVG basse, antécédents d'infarctus du myocarde.

● **Des anomalies cliniques ou ECG suggérant une syncope rythmique:**

- syncope d'effort ou en position allongée;
- palpitations au moment de la syncope;
- histoire familiale de mort subite;
- TV non soutenue;
- bloc bifasciculaire (BBG ou BBD associé avec un HBAG ou HBPG), ou tout trouble de conduction avec durée du QRS > 120 ms;
- bradycardie sinusale inappropriée (< 50/min) ou bloc sino-atrial en l'ab-

sence de médicaments chronotropes négatifs ou d'activité sportive de compétition;

- QRS préexcités;
- QT long ou QT court;
- aspect évocateur d'un syndrome de Brugada;
- aspect en faveur d'un syndrome de repolarisation précoce;
- aspect ECG en faveur d'une dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD): ondes T négatives en précordial droit, onde Epsilon, potentiels tardifs ventriculaires.

● **Des comorbidités importantes:**

- anémie sévère;
- perturbations électrolytiques.

● Maladie cardiaque structurelle ou coronaropathie.

● Particularités cliniques ou ECG en faveur d'une syncope rythmique :

- syncope à l'effort ou en position allongée ;
- palpitations au moment de la syncope ;
- antécédents familiaux de mort subite ;
- BBG, BBD, BBD+HBAG ou HBPG ;
- bradycardie sinusale inappropriée (< 50/min) ou bloc sino-atrial ;
- WPW ;
- QT long ou court ;
- aspect de Brugada ;
- signes de DAVD, repolarisation précoce?

● Importantes comorbidités :

- anémies ;
- perturbations électrolytiques.

TABEAU I : Les facteurs de risque entraînant une hospitalisation.

2. Les scores de risque

Un certain nombre d'études ont validé des scores de risque conduisant à l'hospitalisation en cas de syncope.

Dans l'étude EGSYS [4], un score de risque a été défini:

- palpitations avant syncope: 4 points;
- cardiopathie ou ECG anormal: 3 points;
- syncope d'effort: 3 points;
- syncope en position allongée: 2 points;
- facteurs prédisposants (ou précipitants): -1 point;
- prodromes dysautonomiques: -1 point.

Si ce score est supérieur à 3, le pronostic est plus sévère et nécessite l'hospitalisation immédiate. Si le score est inférieur à 3, le bilan est réalisé en ambulatoire (**fig. 4**).

Un autre score a été validé: le score OESIL [5]. Il inclut, avec 1 point à chaque risque: l'âge si > 65 ans, l'existence d'une cardiopathie, une syncope sans prodromes ainsi qu'un ECG anormal. Si ce score est de 0 ou 1, le pronostic est excellent et le bilan peut être réalisé en ambulatoire.

REVUES GÉNÉRALES

Rythmologie

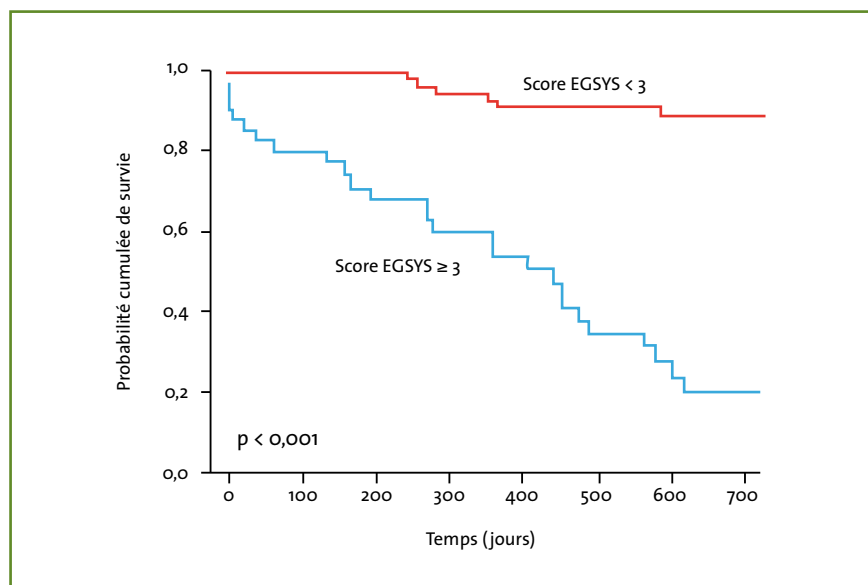


FIG. 4 : Score EGSYS d'évaluation pronostique après une syncope [4].

L'existence d'une cardiopathie justifie de façon très large l'hospitalisation. Au contraire, un patient jeune, sans cardiopathie et dont l'ECG est normal peut être géré en ambulatoire. Les diagnostics les plus probables dans ce cadre sont la syncope vasovagale ou la syncope par hypotension orthostatique. Dans 10-20 % des cas, le bilan est négatif et on parle de syncope inexpliquée, de bon pronostic.

Quels examens face à une syncope ?

1. Évaluation initiale : interrogatoire et ECG

Après l'interrogatoire, c'est bien sûr l'électrocardiogramme qui est systématique, même si la syncope paraît de cause connue dès l'interrogatoire (certains patients porteurs d'un syndrome de Brugada peuvent également faire des syncopes vagales). À l'issue de cette évaluation initiale, plus de la moitié des patients présentant une syncope ont une cause reconnue. Il ne nous reste donc plus qu'à les traiter.

2. L'examen suivant : l'échographie

C'est un examen très important. L'échographie cardiaque va permettre de confirmer, d'affirmer ou de découvrir la cardiopathie que l'interrogatoire ou l'examen clinique avaient fait suspecter. Pour ce qui est des autres examens, leur réalisation va être guidée par

l'étape précédente, qui permet d'en fixer la priorité.

3. Le test d'inclinaison ou *tilt test*

Si c'est une syncope réflexe ou vasovagale qui est soupçonnée, le test d'inclinaison (ou *tilt test*) va être pratiqué. Ce test est d'un grand intérêt car il peut orienter le traitement, notamment la mise en place d'un stimulateur en cas de syncopes répétées à composante cardio-inhibitrice. L'implantation d'un stimulateur DDD dans une syncope vasovagale chez des patients de plus de 40 ans permet de réduire le nombre de syncopes de 57 % (fig. 5) [6].

4. Intérêt de l'exploration électrophysiologique

Si l'ECG est pathologique chez un patient ayant une cardiopathie avérée, une exploration électrophysiologique peut être demandée. Néanmoins, cet examen est de moins en moins fréquemment demandé au profit des enregistrements Holter de longue durée. En outre, on ne réalise plus d'exploration électrophysiologique pour décider de l'implantation d'un défibrillateur implantable.

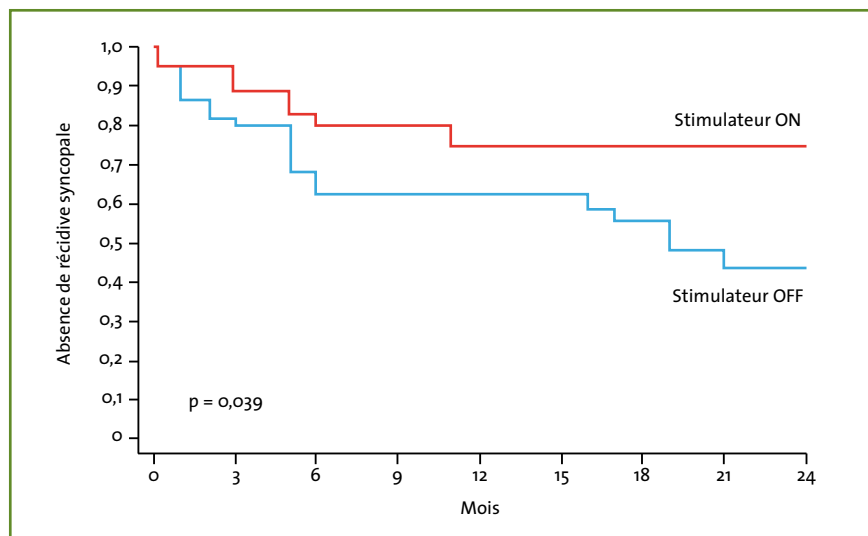


FIG. 5 : L'étude ISSUE-3 montre une réduction importante de la survenue des syncopes après la mise en place d'un stimulateur dans les syncopes vasovagales avec asystole (d'après [6]).

5. L'épreuve d'effort

Cet examen est souvent utilisé dans le diagnostic d'une syncope, notamment quand elle est survenue à l'effort ou précocement après l'effort. La fréquence cardiaque, la tension artérielle, des anomalies de l'ECG (rythme, segment ST, intervalle QT) pendant ou juste après l'effort peuvent permettre de découvrir des syncopes liées à une ischémie myocardique, à des troubles du rythme (TV polymorphe catécholergique, tachycardie ventriculaire), ou un BAV d'effort fréquence-dépendant.

6. L'enregistrement continu de l'ECG : des Holter de longue durée au moniteur cardiaque implantable

L'enregistrement ECG est la méthode la plus facile et la plus efficace pour diagnostiquer des syncopes liées à une arythmie ou à un trouble de conduction paroxystique. Cela peut aller des enregistreurs Holter externes de longue durée au moniteur cardiaque implantable. La technologie médicale évolue et bientôt seront même disponibles de nouveaux patches cutanés permettant l'enregistrement de 7 à 21 j de l'ECG.

Pour les syncopes les moins fréquentes, les moniteurs cardiaques implantables de type Reveal® sont vraiment les plus efficaces et utiles (ILR, *Implantable Loop Recorder*). Ces appareils miniaturisés sont implantés en prépectoral G après une discrète incision sous anesthésie locale. La rentabilité diagnostique de ces enregistreurs d'événements est très élevée puisqu'ils aboutissent à un diagnostic chez 34 à 53 % des patients dans les 3 ans [7].

Permettre un diagnostic est également utile pour proposer une thérapeutique qui peut aller de la mise en place d'un stimulateur cardiaque à la prescription d'un antiarythmique ou l'implantation d'un défibrillateur (fig. 6-8). La liste n'est pas exhaustive et doit être uti-

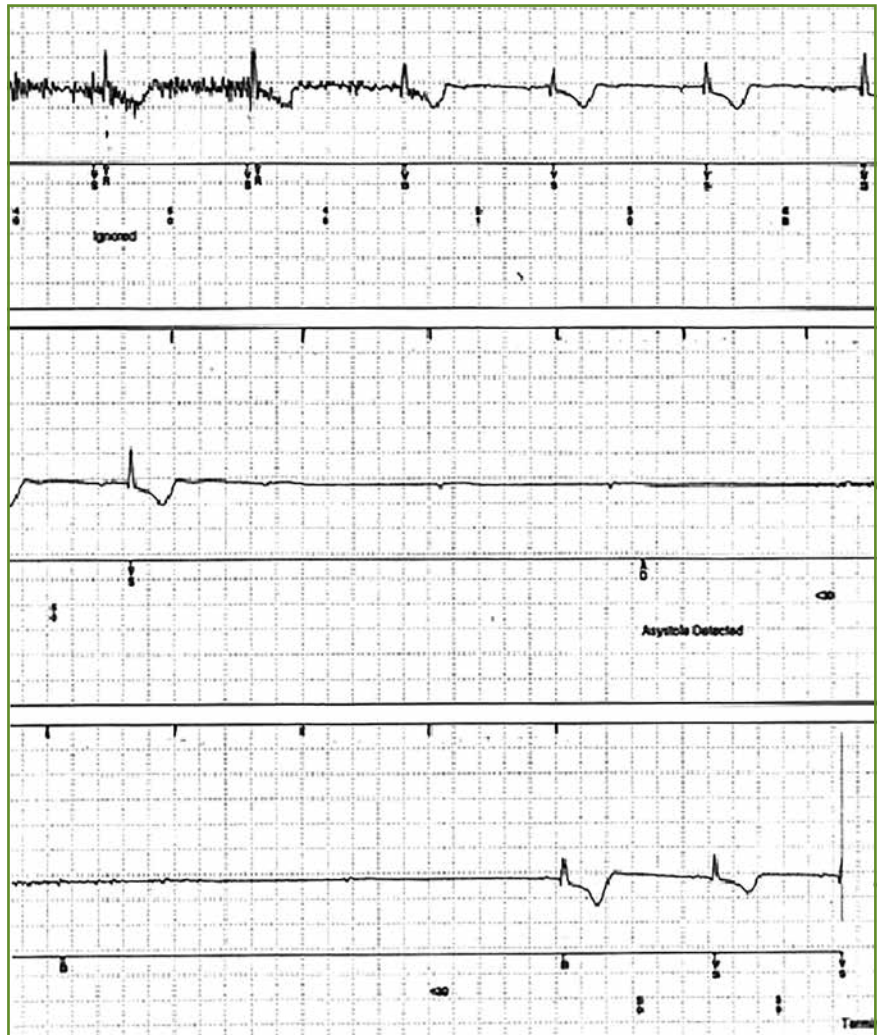


FIG. 6 : Enregistrement automatique d'une syncope de type cardio-inhibitrice sur un Reveal®.

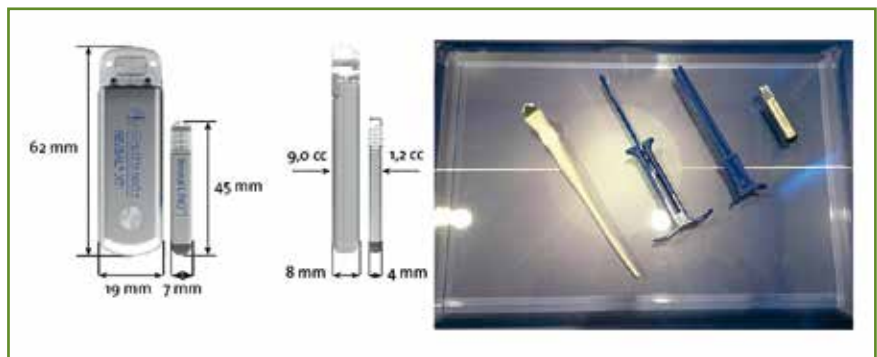


FIG. 7 : Évolution technologique entre les 2 dernières générations du Reveal® : le dernier appareil peut stocker 59 min d'ECG, il est mis en place très facilement en position sous-cutanée préthoracique G grâce aux outils présentés sur la droite.

REVUES GÉNÉRALES

Rythmologie

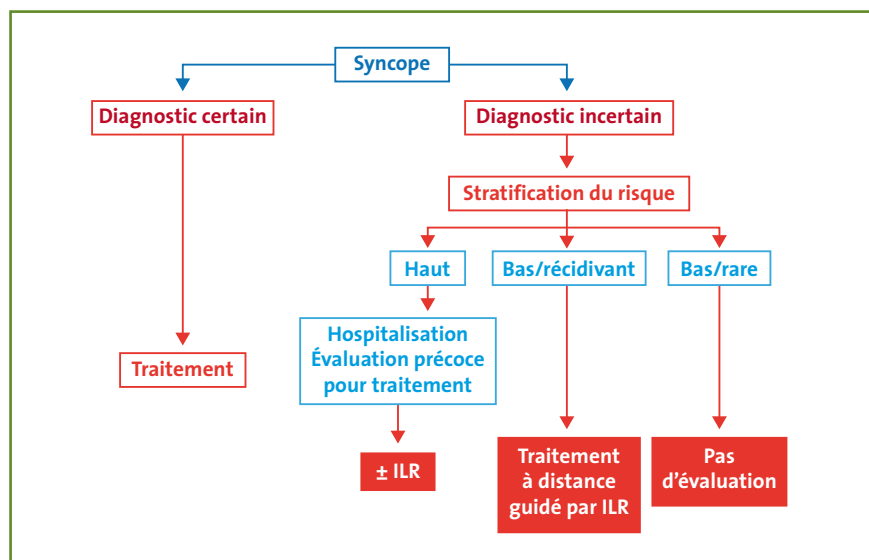


Fig. 8 : Stratégie diagnostique face à une syncope avec indication des enregistreurs de longue durée implantables (ILR, *Implantable Loop Recorder*).

lisée pas à pas, selon les résultats des examens précédents et le bon sens clinique. Nous voyons souvent les patients *a posteriori*. Le diagnostic de la syncope est de plus en plus réalisé grâce aux enregistreurs de longue durée. Ce geste est recommandé dès que le diagnostic de la cause de la syncope échappe aux premières investigations. Il suffit alors d'attendre la première récurrence pour en faire le diagnostic.

L'approche multidisciplinaire : la syncope unit

Le développement d'une unité de syncope (*syncope unit*), c'est-à-dire d'un réseau de soins intra-hospitalier entre les services d'urgences et de cardiologie, est un élément essentiel dans la stratification du risque et la discussion d'hospitalisation des patients ayant présenté une syncope. Le but de ces unités est de permettre une prise en charge standardisée et optimisée des patients selon les recommandations de l'ESC [1, 8, 9] afin d'éviter, dans la plupart des cas, une hospitalisation injustifiée. Plusieurs

modèles d'unités de syncope existent dans différents systèmes de soins hors de France. Il s'agit d'unités virtuelles essentiellement structurées en réseau de personnes de compétence impliquées dans

le domaine de la syncope, l'unité de lieu n'étant pas indispensable. Le modèle le plus facilement transposable au système hospitalier français est celui d'une unité localisée en service de cardiologie, placée sous la responsabilité d'un membre de l'équipe de rythmologie, en relation étroite avec les autres services, principalement le Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Les unités de syncope permettent d'atteindre principalement deux objectifs :

- une meilleure rentabilité diagnostique (réduction de 75 % des syncopes inexpliquées), qui se traduit par une amélioration de la qualité de vie des patients ;
- une diminution du nombre d'hospitalisations (de 15 à 20 %) et des examens complémentaires (réduction de près de 25 %).

Ces unités sont la clé de voûte de la stratégie de prise en charge des syncopes à partir du SAU, notamment pour décider l'hospitalisation (**fig. 9**).

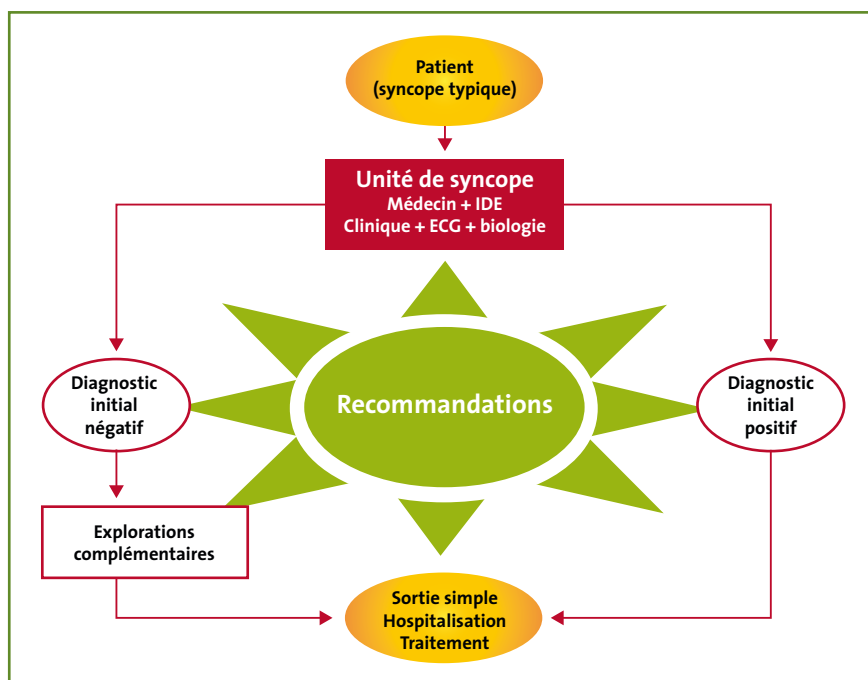


Fig. 9 : Principe d'organisation d'une unité de syncope.

Conclusion

Face à une syncope, après confirmation du diagnostic, l'étape la plus importante est la stratification du risque. C'est un enjeu primordial pour définir les patients nécessitant une hospitalisation. Les scores de risque permettent de simplifier cette démarche, notamment au niveau des urgences, dans le but essentiel d'identifier les syncopes d'origine cardiovasculaire de pronostic péjoratif.

L'interrogatoire, les antécédents, l'ECG et l'échographie cardiaque sont en général suffisants pour identifier les patients à haut risque. L'utilisation des enregistreurs implantables de longue durée est de plus en plus précoce et permet d'aboutir facilement à un diagnostic fiable :

- pour les patients n'ayant pas de facteurs de haut risque de mort subite et avec une forte probabilité de récurrence pendant la durée de vie de l'appareil ;
- pour les patients à haut risque quand le bilan n'a pas permis de faire un diagnostic approprié ni d'initier un traitement ;
- enfin, dans le cadre des syncopes vasovagales avec épisodes fréquents et traumatiques, quand on discute la mise en place d'un stimulateur cardiaque.

Bibliographie

1. MOYA A, SUTTON R, AMMIRATI F *et al.* Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*, 2009, 30:2631-2671.
2. SOTIRIADES ES, EVANS JC, LARSON MG *et al.* Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med*, 2002;347:878-885.
3. ALBONI P, BRIGNOLE M, MENOZZI C *et al.* Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol*, 2001;37: 1921-1928.

POINTS FORTS

- ➞ Trois questions clés doivent être posées :
 - est-ce vraiment une syncope ?
 - peut-on d'emblée faire le diagnostic de la syncope ?
 - y a-t-il ou non une cardiopathie ?
- ➞ L'interrogatoire précis, un examen clinique avec recherche d'hypotension orthostatique, un ECG et une échographie cardiaque permettent d'éliminer une cause grave nécessitant une hospitalisation.
- ➞ Les enregistreurs implantables de longue durée de type Reveal® sont indiqués :
 - pour les patients n'ayant pas de facteurs de haut risque de mort subite et avec une forte probabilité de récurrence pendant la durée de vie de l'appareil ;
 - pour les patients à haut risque quand le bilan n'a pas permis de faire un diagnostic approprié ni d'initier un traitement ;
 - dans le cadre des syncopes vasovagales avec épisodes fréquents et traumatiques quand on discute la mise en place d'un stimulateur cardiaque.

4. DEL ROSSO A, UNGAR A, MAGGI R *et al.* Clinical predictors of cardiac syncope at initial evaluation in patients referred urgently to a general hospital: the EGSYS score. *Heart*, 2008;94:1620-1626.
5. COLIVICCHI F, AMMIRATI F, MELINA D *et al.* OESIL (Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nel Lazio) Study Investigators. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. *Eur Heart J*, 2003;24:811-819.
6. BRIGNOLE M, MENOZZI C, MOYA A *et al.* Pacemaker therapy in patients with neurally mediated syncope and documented asystole third international study on syncope of uncertain etiology (ISSUE-3): a randomized trial. *Circulation*, 2012;125:2566-2571.
7. EDVARDSSON N, FRYKMAN V, VAN MECHELEN R *et al.* Use of an implantable loop recorder to increase the diagnostic yield in unexplained syncope: results from the PICTURE registry. *Europace*, 2011;13: 262-269.

8. KENNY RA, BRIGNOLE M, DAN GA *et al.* Syncope Unit: rationale and requirement -- the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society. *Europace*, 2015;17:1325-1340.
9. COSTANTINO G, SUN BC, BARBIC F *et al.* Syncope clinical management in the emergency department: a consensus from the first international workshop on syncope risk stratification in the emergency department. *Eur Heart J*, 2015. pii: ehv378. [Epub ahead of print]

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.