

Revue générale

Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur le diagnostic et la prise en charge des syncopes

Ces recommandations ont été présentées durant le congrès de l'European Heart Rhythm Association en mars 2018 et durant le congrès de l'ESC en août 2018 et sont désormais publiées [1]. Les précédentes recommandations dataient de 2009.



F. DELAHAYE
Service de Cardiologie,
Hôpital Louis Pradel, BRON.

Abréviations

AIT: accident ischémique transitoire.
BAV: bloc atrioventriculaire.
Bpm: battements par minute.
DAI: défibrillateur automatique implantable.
ECG: électrocardiogramme.
FA: fibrillation atriale.
PC: perte de connaissance.
TA: tension artérielle.
TSV: tachycardie supraventriculaire.
TV: tachycardie ventriculaire.

Messages clés

Ce guide fournit des recommandations sur la façon de prévenir les syncopes et inclut l'utilisation d'un enregistreur implantable pour le diagnostic des sujets présentant des chutes inexplicables, une suspicion d'épilepsie ou des syncopes récidivantes inexplicables et un risque de mort subite cardiaque bas.

Le nouveau chemin évite les hospitalisations coûteuses tout en faisant en sorte que le sujet soit soigneusement diagnostiqué et traité. Une nouvelle section a été ajoutée, en *addendum*, avec des instructions pratiques pour les médecins sur la façon de réaliser et d'interpréter les tests diagnostiques [2].

Le groupe de travail qui a préparé ce guide était multidisciplinaire. Une minorité de cardiologues a été rejointe par des experts en médecine d'urgence, médecine interne, physiologie, neurologie, maladies autonomes, gériatrie et soins infirmiers.

Le groupe de travail a sélectionné 19 règles simples pour guider le dia-

gnostic et la prise en charge de sujets qui présentent une syncope avec PC passagère.

>>> Diagnostic : évaluation initiale

1. Lors de l'évaluation initiale, répondre aux 4 questions clés suivantes :

- l'événement était-il une PC passagère ?
- en cas de PC passagère, était-elle d'origine syncopale ou non syncopale ?
- en cas de suspicion de syncope, y a-t-il un diagnostic étiologique clair ?
- y a-t-il des arguments suggérant un haut risque d'événements cardiovasculaires ou de décès ?

2. Lors de l'évaluation d'une PC passagère dans le service d'urgence, répondre aux 3 questions clés suivantes :

- y a-t-il une cause sous-jacente sévère qui peut être identifiée ?
- si la cause n'est pas certaine, quel est le risque d'une évolution sévère ?
- le sujet doit-il être hospitalisé ?

3. Chez tous les sujets, faire un interrogatoire complet, un examen clinique (dont la prise de la TA en position debout) et un ECG standard.

I Revues générales

4. Faire immédiatement une surveillance ECG (au lit ou par télémétrie) chez les sujets à haut risque lorsqu'il y a une suspicion de syncope arythmique.

5. Faire une échocardiographie en cas d'antécédent connu de maladie cardiaque ou de données en faveur d'une maladie cardiaque structurale ou en cas de syncope secondaire à une cause cardiovasculaire.

6. Faire un massage du sinus carotidien chez les sujets âgés de plus de 40 ans qui ont une syncope d'origine inconnue, compatible avec un mécanisme réflexe.

7. Réaliser un test d'inclinaison (*tilt test*) s'il y a une suspicion de syncope due à une cause réflexe ou orthostatique.

8. Effectuer des tests sanguins lorsque c'est indiqué cliniquement, par exemple, l'hématocrite et la numération globulaire en cas de suspicion d'hémorragie, la saturation en oxygène et l'analyse des gaz du sang en cas de suspicion de syndrome hypoxique, la troponine en cas de suspicion de syncope liée à une ischémie cardiaque, les D-dimères en cas de suspicion d'embolie pulmonaire, etc.

>>> Diagnostic: investigations suivantes

9. Faire une surveillance ECG (externe ou implantable) chez le sujet qui présente une syncope grave récidivante et inexpliquée et ayant les 3 caractéristiques suivantes :

- manifestations cliniques ou caractéristiques ECG évoquant une syncope arythmique ;
- forte probabilité de récurrence de syncope dans un délai raisonnable ;
- possibilité de bénéficier d'un traitement spécifique si la cause de la syncope est identifiée.

10. Faire une étude électrophysiologique chez le sujet qui présente une syncope inexpliquée et un bloc de branche bifasciculaire (BAV de haut degré imminent) ou une suspicion de tachycardie.

11. Faire une épreuve d'effort chez le sujet qui présente une syncope pendant ou immédiatement après un effort.

12. Envisager des tests de base d'exploration du système nerveux autonome (manœuvre de Valsalva et test de respiration profonde) et une surveillance ambulatoire de la TA pour l'évaluation de la fonction neurovégétative chez le sujet qui présente une suspicion d'hypotension orthostatique neurogène.

13. Envisager un enregistrement vidéo (à domicile ou à l'hôpital) en cas de PC passagère semblant de nature non syncopale.

>>> Traitement

14. Expliquer le diagnostic, rassurer, informer du risque de récurrence et conseiller sur la façon d'éviter les facteurs déclencheurs et les situations pour tous les sujets qui présentent une syncope réflexe et de l'hypotension orthostatique. Ces mesures constituent la pierre angulaire du traitement et ont un effet significatif sur la diminution des récurrences de syncope.

15. Pour le sujet qui présente une forme grave de syncope réflexe, choisir un ou plusieurs traitements spécifiques complémentaires, parmi les suivants, en fonction des caractéristiques cliniques :

- midodrine ou fludrocortisone chez le sujet jeune présentant le phénotype TA basse ;
- manœuvres de contre-pression, dont le test d'inclinaison si nécessaire, chez le sujet jeune ayant des prodromes ;
- stratégie de prise en charge à l'aide d'un moniteur ECG implantable chez certains sujets avec ou sans prodromes brefs ;
- arrêt/diminution du traitement hypotenseur en vue d'obtenir une TA systolique à 140 mmHg chez le sujet âgé hypertendu ;
- implantation d'un stimulateur chez le sujet âgé présentant une forme cardio-inhibitrice dominante.

16. Chez les sujets qui ont une hypotension orthostatique, sélectionner au moins un des traitements spécifiques additionnels suivants, selon la sévérité clinique :

- éducation en termes de mode de vie ;
- hydratation et consommation de sel adéquates ;
- arrêt/réduction d'un traitement hypotenseur ;
- manœuvres de contre-pression ;
- ceinture abdominale et/ou contention élastique des membres inférieurs ;
- sommeil avec inclinaison de la tête en haut ;
- midodrine ou hydrocortisone.

17. Veiller à ce que tous les sujets qui présentent une syncope cardiaque reçoivent le traitement spécifique de l'arythmie responsable et/ou de la maladie sous-jacente.

18. Peser le bénéfice et le préjudice de l'implantation d'un DAI chez les sujets qui ont une syncope inexpliquée à haut risque de mort cardiaque subite (par exemple, ceux qui ont une dysfonction ventriculaire gauche systolique, une cardiomyopathie hypertrophique, une cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit ou une maladie rythmique héréditaire). Dans cette situation, une syncope inexpliquée est définie comme une syncope qui n'a aucun critère diagnostique de classe I et est considérée comme une suspicion de syncope arythmique.

19. Réévaluer le processus diagnostique et envisager des traitements actifs si les règles ci-dessus échouent ou ne sont pas applicables à un sujet donné. Garder en mémoire que les présentes recommandations sont seulement des conseils. Même si elles sont basées sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, le traitement doit être ciblé sur le besoin du sujet individuel.

Les nouveautés et les changements par rapport aux recommandations précédentes sont présentés dans la **figure 1**.

I Revues générales

Les concepts nouveaux ou révisés sont résumés dans la **figure 2**.

La **figure 3** présente les causes de PC, le **tableau I** les principales causes de syncope, le **tableau II** les maladies pouvant à tort être diagnostiquées comme syncopes. L'évaluation initiale et la stratification du risque des sujets qui présentent une syncope sont détaillées dans la **figure 4**. Dans le **tableau III** sont listées les caractéristiques cliniques pouvant faire évoquer un diagnostic lors de l'évaluation initiale; dans le **tableau IV**, les caractéristiques de haut risque et de bas risque chez un sujet qui présente une syncope, lors de l'évaluation initiale dans le service d'urgence. Le risque doit être stratifié dans le service d'urgence (**fig. 5**). En cas de syncope à haut risque,

il y a des critères en faveur d'un séjour dans une unité d'observation dans le service d'urgence et/ou d'un processus accéléré vers une unité de syncope et des critères en faveur d'une hospitalisation (**tableau V**). Les différences entre syncope et crise d'épilepsie figurent dans le **tableau VI**.

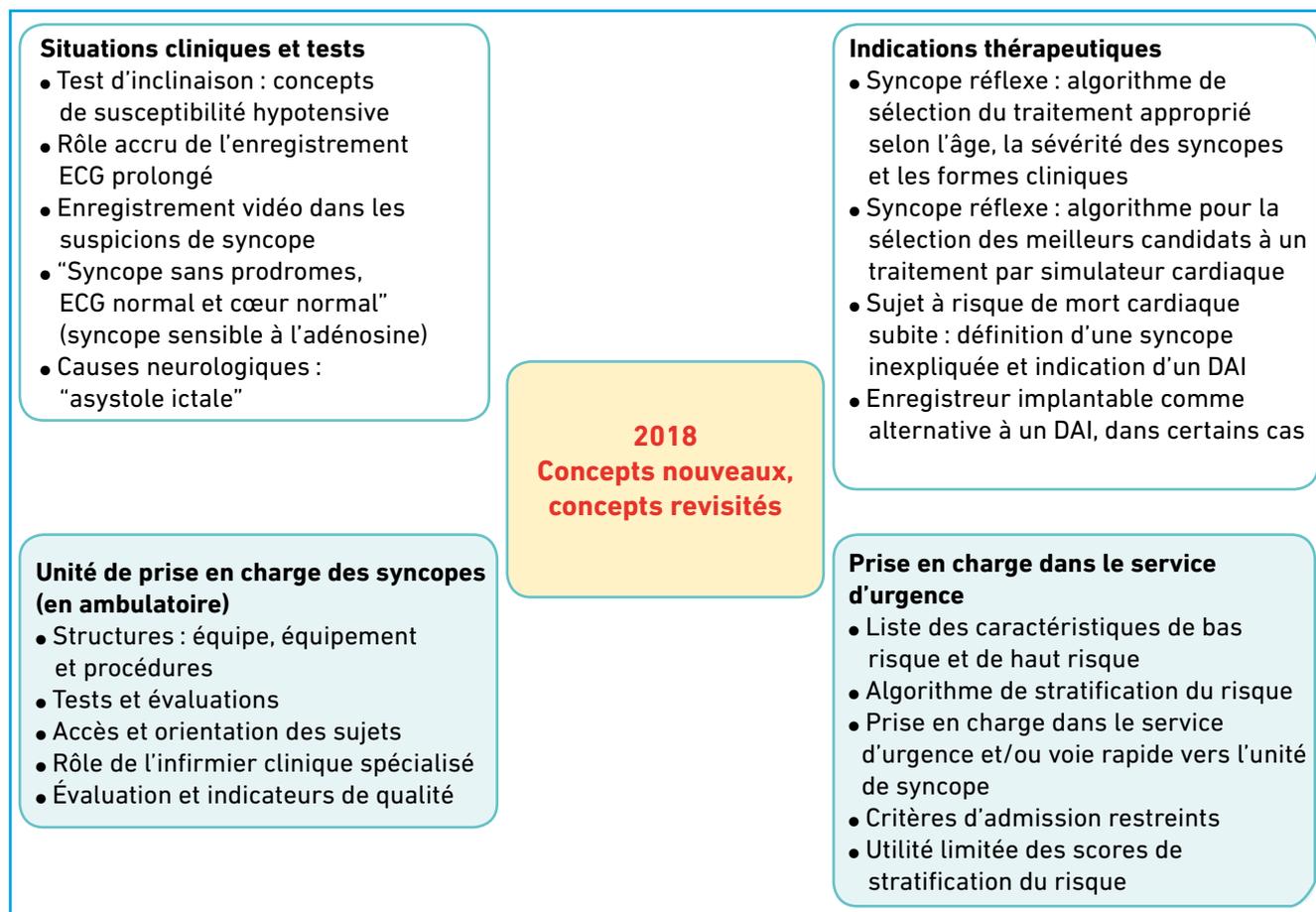


Fig. 2 : Concepts nouveaux, concepts révisés.

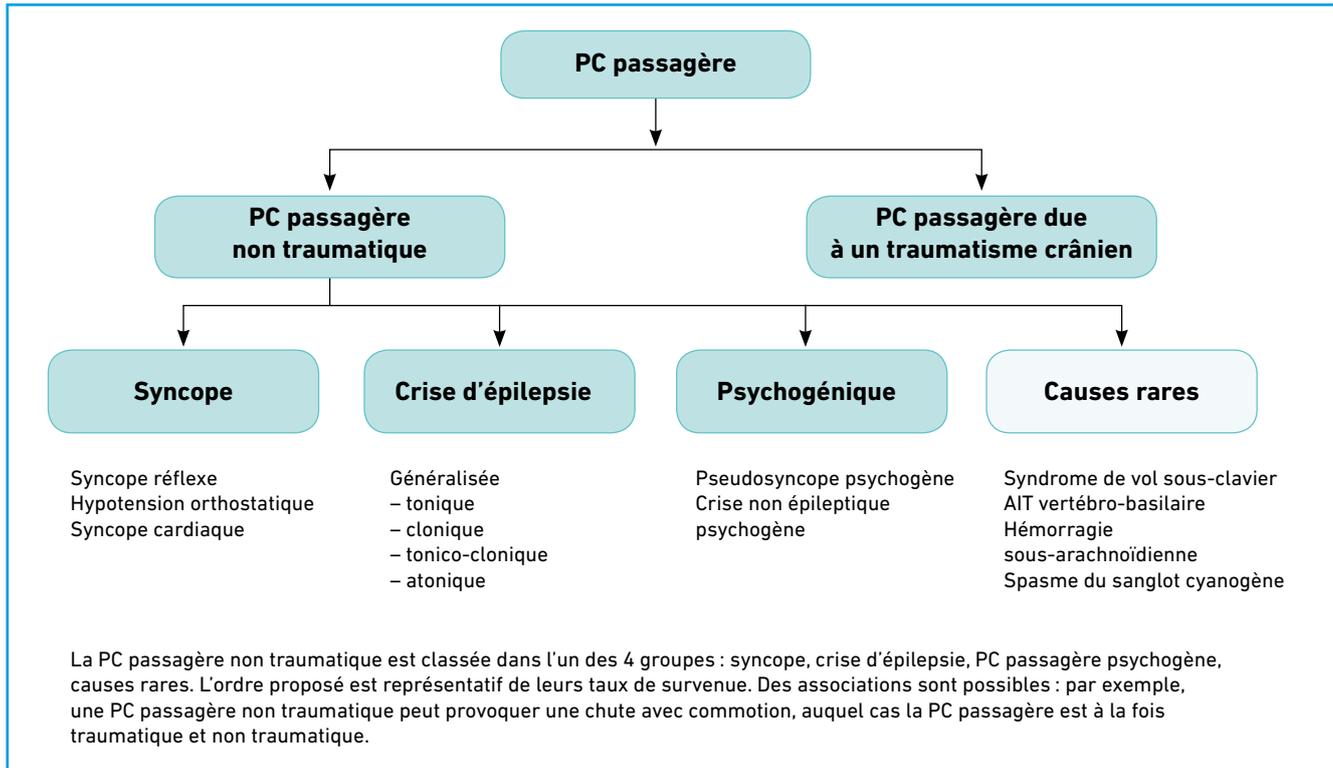


Fig. 3 : Syncope dans le contexte d'une perte de connaissance passagère.

Syncopes réflexes (d'origine nerveuse)	Syncopes dues à l'hypotension orthostatique	Syncopes cardiaques
<ul style="list-style-type: none"> ● Vasovagale <ul style="list-style-type: none"> – syncope vasovagale orthostatique : en position debout ou, moins fréquemment, en position assise – syncope émotionnelle : peur, douleur (somatique ou viscérale), équipement médical, hémophobie ● Situationnelle <ul style="list-style-type: none"> – miction – stimulation gastro-intestinale (déglutition, défécation) – toux, éternuement – après un effort – autres (ex. : rire, jouer d'un instrument à vent) ● Hypersensibilité du sinus carotidien ● Formes non classiques (sans prodromes et/ou sans facteur déclencheur et/ou présentation atypique) 	<p>À noter : l'hypotension peut être exacerbée par la stase veineuse au cours d'un effort (induite par l'effort), après le repas (hypotension postprandiale) et après un alitement prolongé (déconditionnement).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hypotension orthostatique médicamenteuse (la cause la plus fréquente d'hypotension orthostatique) <ul style="list-style-type: none"> – ex. : vasodilatateurs, diurétiques, phénothiazine, antidépresseurs ● Déplétion volémique <ul style="list-style-type: none"> – hémorragie, diarrhée, vomissements, etc. ● Dysfonction primaire du système nerveux autonome (hypotension orthostatique neurogène) <ul style="list-style-type: none"> – dysfonction pure du système nerveux autonome, atrophie multisystémique, maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy ● Dysfonction secondaire du système nerveux autonome (hypotension orthostatique neurogène) <ul style="list-style-type: none"> – diabète, amylose, lésions de la colonne vertébrale, neuropathie autonome auto-immune, neuropathie autonome paranéoplasique, insuffisance rénale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Arythmie comme cause principale <ul style="list-style-type: none"> – bradycardie <ul style="list-style-type: none"> ■ dysfonction sinusale (dont le syndrome bradycardie/tachycardie) ■ troubles de la conduction atrioventriculaire – tachycardie <ul style="list-style-type: none"> ■ supraventriculaire ■ ventriculaire ● Maladie cardiaque structurale : sténose aortique, infarctus du myocarde aigu ou ischémie myocardique aiguë, cardiomyopathie hypertrophique, masse cardiaque (myxome atrial, tumeur, etc.), péricardite ou tamponnade, anomalies congénitales des artères coronaires, dysfonction de prothèse valvulaire ● Maladie cardiopulmonaire, atteinte des gros vaisseaux : embolie pulmonaire, dissection aortique aiguë, hypertension pulmonaire

Tableau I : Classification des syncopes.

Revue générale

Maladie	Caractéristiques la distinguant d'une syncope
Crise d'épilepsie généralisée	Voir le tableau VI
Crise partielle complexe, absence épileptique	Absence de chute mais non-réponse et amnésie ultérieure
Pseudosyncope psychogène ou "pseudocoma"	Durée de la PC présumée entre plusieurs minutes et plusieurs heures ; fréquence élevée, jusqu'à plusieurs fois par jour
Chute sans PC passagère	Absence de non-réponse ou d'amnésie
Cataplexie	Chutes avec paralysie flasque et non-réponse mais sans amnésie ultérieure
Hémorragie cérébrale ou sous-arachnoïdienne	Une diminution progressive de conscience peut être observée plutôt qu'une PC immédiate ; des céphalées intenses ou d'autres signes neurologiques sont associés
AIT vertébro-basilaire	Présence systématique de symptômes et de signes neurologiques en foyer, habituellement sans PC passagère ; si une PC a lieu, elle dure plus longtemps que la PC passagère
AIT carotidien	Pas de PC lors d'un AIT carotidien, dans la pratique, mais présence de symptômes et de signes neurologiques en foyer marqués
Syndrome de vol sous-clavier	En association avec des signes neurologiques en foyer
Troubles du métabolisme dont l'hypoglycémie, l'hypoxie et l'hyperventilation avec hypocapnie	Durée nettement plus longue que la PC passagère ; une altération de la conscience est possible plutôt qu'une PC
Intoxication	Durée nettement plus longue que la PC passagère ; une altération de la conscience est possible plutôt qu'une PC
Arrêt cardiaque	PC passagère mais sans guérison spontanée
Coma	Durée nettement plus longue que la PC passagère

Tableau II : Maladies pouvant à tort être diagnostiquées comme des syncopes.

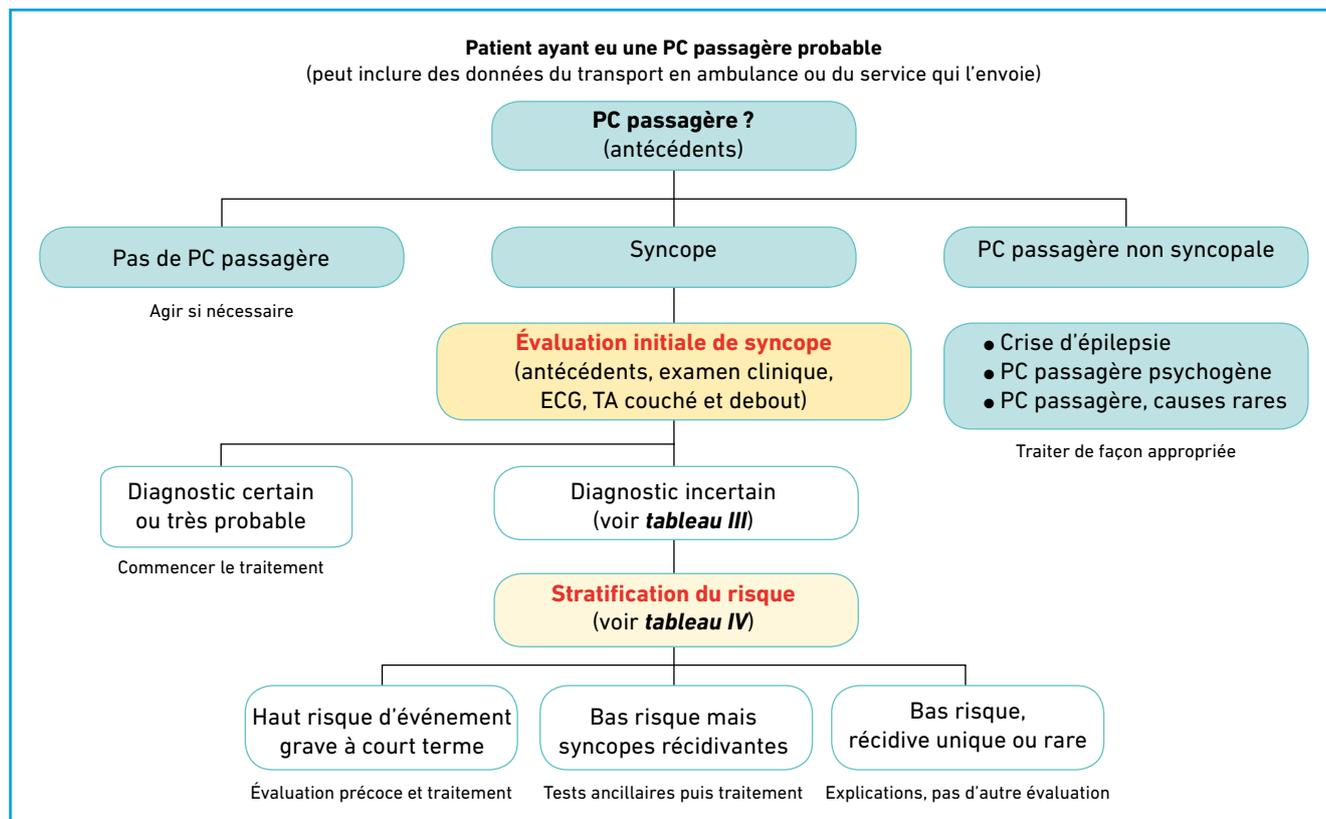


Fig. 4 : Évaluation initiale et stratification du risque des sujets qui présentent une syncope.

Syncope réflexe	Syncope due à une hypotension orthostatique	Syncope cardiaque
<ul style="list-style-type: none"> ● Long passé de syncopes récidivantes, survenant notamment avant l'âge de 40 ans ● Provoquée par une vision, un son, une odeur ou une douleur désagréables ● Station debout prolongée ● Pendant un repas ● Dans un lieu bondé et/ou dans la chaleur ● Activation du système neurovégétatif avant la syncope : pâleur, sueurs et/ou nausées/vomissements ● Rotation de la tête ou pression sur le sinus carotidien (comme lors d'une tumeur, du rasage ou avec un col étroit) ● Absence de maladie cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pendant ou après le passage en position debout ● Station debout prolongée ● Position debout après un effort physique ● Hypotension postprandiale ● Lien temporel avec le changement de posologie ou l'introduction de médicaments vasodépresseurs ou de diurétiques provoquant une hypotension ● Présence d'une neuropathie autonome ou d'un parkinsonisme 	<ul style="list-style-type: none"> ● Au cours d'un effort physique ou en position couchée ● Survenue soudaine de palpitations suivies immédiatement d'une syncope ● Antécédent familial de mort subite inexpliquée à un âge jeune ● Présence d'une maladie cardiaque structurale ou d'une maladie coronaire ● ECG évoquant une syncope arythmique <ul style="list-style-type: none"> – bloc bifasciculaire (défini comme un bloc de branche gauche ou droite associé à un bloc fasciculaire antérieur gauche ou postérieur gauche) – autres anomalies de conduction intraventriculaire (durée de QRS \geq 0,12 s) – BAV du 2^e degré de type Mobitz I et BAV du 1^{er} degré avec un intervalle PR prolongé de façon marquée – bradycardie sinusale inappropriée, légère, asymptomatique (40-50 bpm) ou FA lente (40-50 bpm) en l'absence de médicaments chronotropes négatifs – TV non soutenue – complexes QRS de pré-excitation – intervalles QT longs ou courts – repolarisation précoce – sus-décalage du segment ST avec une morphologie de type 1 dans les dérives V1-V3 (aspect de Brugada) – ondes T négatives dans les dérives précordiales droites, ondes epsilon évoquant une cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit – hypertrophie ventriculaire gauche évoquant une cardiomyopathie hypertrophique

Tableau III : Caractéristiques cliniques pouvant faire évoquer un diagnostic lors de l'évaluation initiale.

Revue générale

ÉVÉNEMENT SYNCOPAL	
À bas risque	À haut risque
<ul style="list-style-type: none"> ● Associé à des prodromes typiques de la syncope réflexe (ex. : étourdissement, sensation de chaleur, sueurs, nausées, vomissements) ● Provoqué par une vision, un son, une odeur désagréables ou une douleur, de façon soudaine et inattendue ● Après une station debout prolongée ou dans la chaleur d'un lieu bondé ● Au cours ou après un repas ● Déclenché par la toux, la défécation ou la miction ● Lors d'une rotation de la tête ou d'une pression sur le sinus carotidien (tumeur, rasage, col étroit) ● En se relevant d'une position assise ou allongée sur le dos 	<p>Majeures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Survenue nouvelle d'une maladie pulmonaire, d'une dyspnée, d'une douleur abdominale ou de céphalées ● Syncope au cours d'un effort ou en position couchée ● Survenue soudaine de palpitations immédiatement suivies d'une syncope <p>Mineures (à haut risque uniquement s'il y a une maladie cardiaque structurelle ou un ECG anormal)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Absence de symptômes avant-coureurs ou prodromes courts (< 10 s) ● Antécédent familial de mort subite cardiaque à un âge jeune ● Syncope en position assise
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
À bas risque	À haut risque
<ul style="list-style-type: none"> ● Antécédent ancien (plusieurs années) de syncopes récidivantes avec des caractéristiques de bas risque et ayant les mêmes caractéristiques que l'épisode en cours ● Absence de maladie cardiaque structurelle 	<p>Majeures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Maladie coronaire ou structurelle grave (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection du ventricule gauche basse ou infarctus du myocarde)
EXAMEN CLINIQUE	
À bas risque	À haut risque
<ul style="list-style-type: none"> ● Examen normal 	<p>Majeures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● TA systolique dans le service d'urgence < 90 mmHg inexpliquée ● Possibilité de saignement gastro-intestinal à l'examen rectal ● Bradycardie persistante (< 40 bpm) à l'état d'éveil et en l'absence d'exercice physique ● Souffle systolique non diagnostiqué
ECG (CERTAINS CRITÈRES ECG SONT PER SE DIAGNOSTIQUES DE LA CAUSE DE LA SYNCOPE)	
À bas risque	À haut risque
<ul style="list-style-type: none"> ● ECG normal 	<p>Majeures</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Modifications ECG en faveur d'une ischémie aiguë ● BAV du 2^e degré et du 3^e degré de type Mobitz II ● FA lente (< 40 bpm) ● Bradycardie sinusale persistante (< 40 bpm) ou bloc sino-atrial répété ou pauses sinusales > 3 s en état d'éveil et en l'absence d'exercice physique ● Bloc de branche, trouble de conduction intraventriculaire, hypertrophie ventriculaire ou ondes Q évoquant une cardiopathie ischémique ou une cardiomyopathie ● TV soutenue et non soutenue ● Dysfonctionnement d'un dispositif cardiaque implantable (stimulateur cardiaque ou DAI) ● Syndrome de Brugada de type 1 ● Sus-décalage du segment ST avec une morphologie de type 1 dans les dérivations V1-V3 (syndrome de Brugada) ● QTc > 460 ms lors d'ECG à 12 dérivations répétés indiquant un syndrome du QT long <p>Mineures (à haut risque uniquement en cas d'antécédent compatible avec une syncope arythmique)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● BAV du 2^e degré de type Mobitz I et BAV du 1^{er} degré avec un intervalle PR sensiblement prolongé ● Bradycardie sinusale légère, asymptomatique et inappropriée (40-50 bpm) ou FA lente (40-50 bpm) ● FA ou TSV paroxystique ● Complexes QRS de pré-excitation ● Intervalle QTc court (≤ 340 ms) ● Syndromes de Brugada atypiques ● Ondes T négatives dans les dérivations précordiales droites, ondes epsilon évoquant une cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit

Tableau IV : Caractéristiques de haut risque (évoquant une maladie grave) et caractéristiques de bas risque (évoquant une maladie bénigne) chez un sujet qui présente une syncope, lors de l'évaluation initiale dans le service d'urgence.

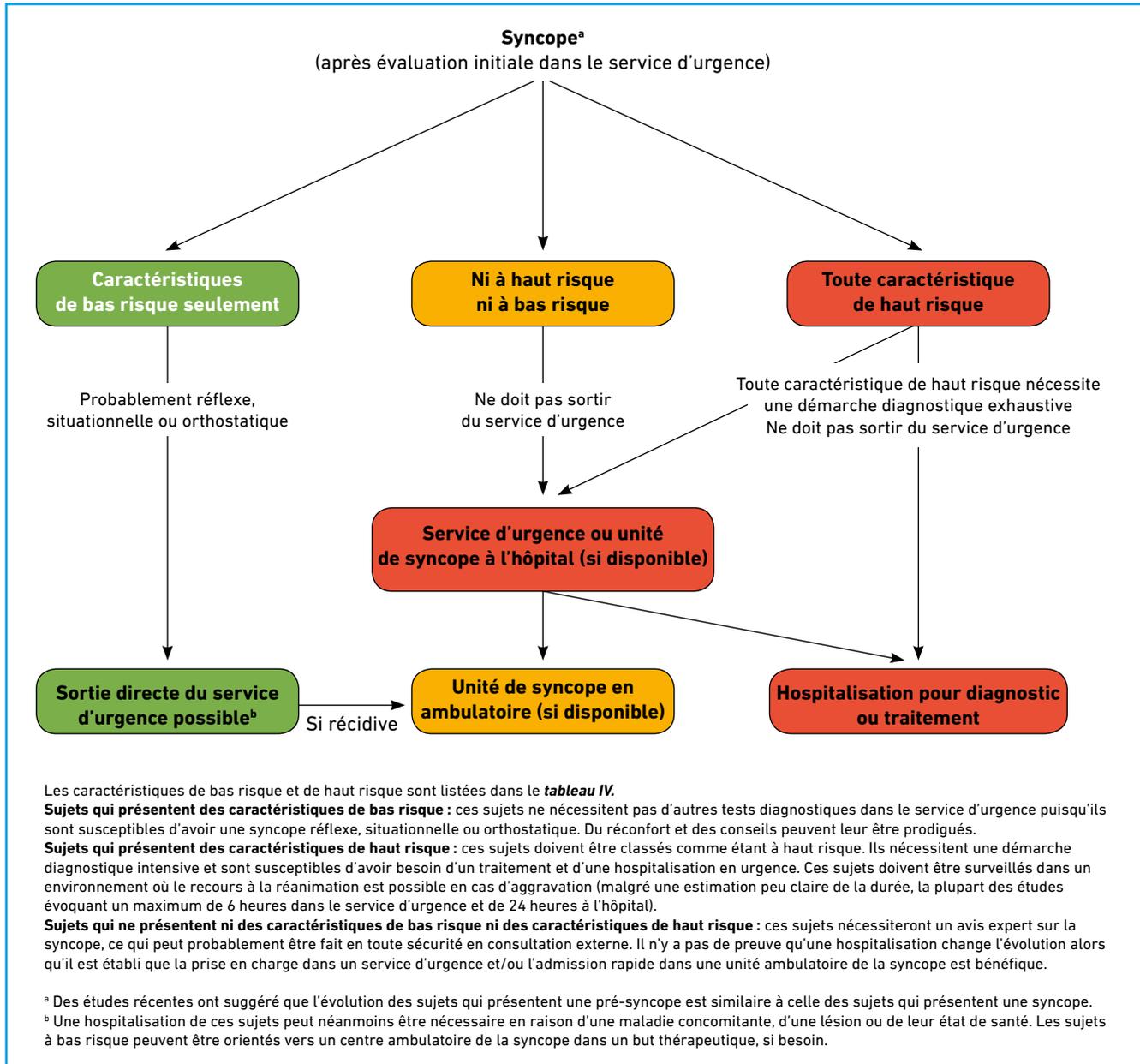


Fig. 5 : Stratification du risque dans le service d'urgence.

Revue générale

En faveur de la prise en charge initiale dans une unité d'observation dans le service d'urgence et/ou d'un processus accéléré vers une unité de syncope	En faveur de l'hospitalisation
<p>Caractéristiques de haut risque ET</p> <ul style="list-style-type: none"> maladie cardiaque structurale stable et connue maladie chronique grave syncope lors d'un effort syncope en position allongée sur le dos ou assise syncope sans prodromes palpitations au moment de la syncope bradycardie sinusale ou bloc sino-atrial inapproprié suspicion de dysfonctionnement du dispositif ou d'intervention inappropriée complexe QRS de pré-excitation TSV ou FA paroxystique ECG évocateur de troubles du rythme héréditaires ECG évocateur d'une cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit 	<p>Caractéristiques de haut risque ET</p> <ul style="list-style-type: none"> toute maladie potentiellement grave coexistante nécessitant une hospitalisation lésion provoquée par la syncope besoin en urgence d'une évaluation complémentaire et d'un traitement s'il n'est pas possible de l'obtenir autrement (dans l'unité d'observation), par exemple : enregistrement ECG, échocardiographie, épreuve d'effort, étude électrophysiologique, angiographie, dysfonctionnement du dispositif, etc. nécessité de traitement de la syncope

Tableau V : Syncopes à haut risque : critères en faveur d'un séjour dans une unité d'observation dans le service d'urgence et/ou d'un processus accéléré vers une unité de syncope *versus* nécessité d'une hospitalisation.

Caractéristiques cliniques	Syncope	Crise d'épilepsie
Caractéristiques utiles		
Présence d'un facteur déclencheur	Très fréquente	Rare
Nature du facteur déclencheur	Diffère entre les types : douleur, station debout, émotions pour la syncope vasovagale ; facteur déclencheur spécifique pour la syncope situationnelle ; station debout pour l'hypotension orthostatique	La lumière clignotante est la plus connue ; divers facteurs déclencheurs rares
Prodromes	Pré-syncope fréquente (activation du système neurovégétatif dans la syncope réflexe, étourdissement dans l'hypotension orthostatique, palpitations dans la syncope cardiaque)	Aura épileptique : répétitive, spécifique pour chaque sujet. Comprend l'impression de "déjà-vu". Sensation ascendante au niveau de l'abdomen (aura épigastrique) et/ou odeur déplaisante inhabituelle
Caractéristiques détaillées de la myoclonie	<ul style="list-style-type: none"> < 10, irrégulier en amplitude, asynchrone, asymétrique Débute après la survenue de la PC 	<ul style="list-style-type: none"> 20-100, synchrone, symétrique, hémilatérale Le début coïncide généralement avec la PC Automatismes durables et évidents comme la mastication ou l'hypersalivation
Morsure de la langue	Rare (le bout de la langue)	Un côté de la langue (rarement bilatérale)
Durée de la reprise de conscience	10-30 s	Peut durer de nombreuses minutes
Confusion après la crise	Aucune compréhension de la situation pendant < 10 s la plupart du temps ; ensuite, récupération complète de la vigilance et de la conscience	Troubles de la mémoire, c'est-à-dire non-assimilation de questions répétées pendant de nombreuses minutes
Caractéristiques d'utilité limitée		
Incontinence	Non rare	Commune
Présence d'une myoclonie (voir ci-dessous pour la nature de la myoclonie)	Très fréquente	Environ 60 %, dépend de la précision de l'observation
Yeux ouverts pendant la PC	Fréquent	Presque toujours
Fatigue et endormissement postérieurs	Communs, surtout chez les enfants	Très communs
Cyanose du visage	Rare	Assez fréquente

Tableau VI : Différences entre syncope et crise d'épilepsie.

Recommandations concernant le test d'inclinaison

1. Indications

Le test d'inclinaison doit être envisagé chez un sujet qui présente une suspicion de syncope réflexe, d'hypotension orthostatique, de syndrome de tachycardie orthostatique posturale ou de pseudosyncope psychogène (IIa, B).

Le test d'inclinaison peut être envisagé pour éduquer un sujet à reconnaître les symptômes et à apprendre les manœuvres physiques (IIb, B).

2. Critères diagnostiques

La syncope réflexe, l'hypotension orthostatique, le syndrome de tachycardie orthostatique posturale ou la pseudosyncope psychogène doivent être envisagés comme probables si le test d'inclinaison reproduit les symptômes ainsi que le modèle circulatoire caractéristique de ces maladies (IIa, B).

Le plan thérapeutique général est basé sur la stratification du risque et sur

l'identification de mécanismes spécifiques si possible (*fig. 6*).

Le processus décisionnel pratique pour la prise en charge d'une syncope réflexe en première intention (basée sur les antécédents du sujet et les tests) selon l'âge, la gravité de la syncope et les formes cliniques est présenté dans la *figure 7*. Pour les sujets qui ont des syncopes réflexes, les indications de stimulation cardiaque sont présentées dans la *figure 8* et le processus décisionnel pour la stimulation cardiaque dans la *figure 9*.

Un guide pratique du traitement de l'hypotension orthostatique est détaillé dans la *figure 10*. Les indications de stimulation cardiaque chez les patients dont les syncopes sont dues à une bradycardie intrinsèque sont résumées dans la *figure 11*. L'algorithme thérapeutique chez les sujets qui ont des syncopes inexplicées et un bloc de branche est présenté dans la *figure 12*, les choix thérapeutiques chez les patients présentant des syncopes dues à une tachyarythmie dans la *figure 13*, l'identification des chutes inexplicées dans la *figure 14*.

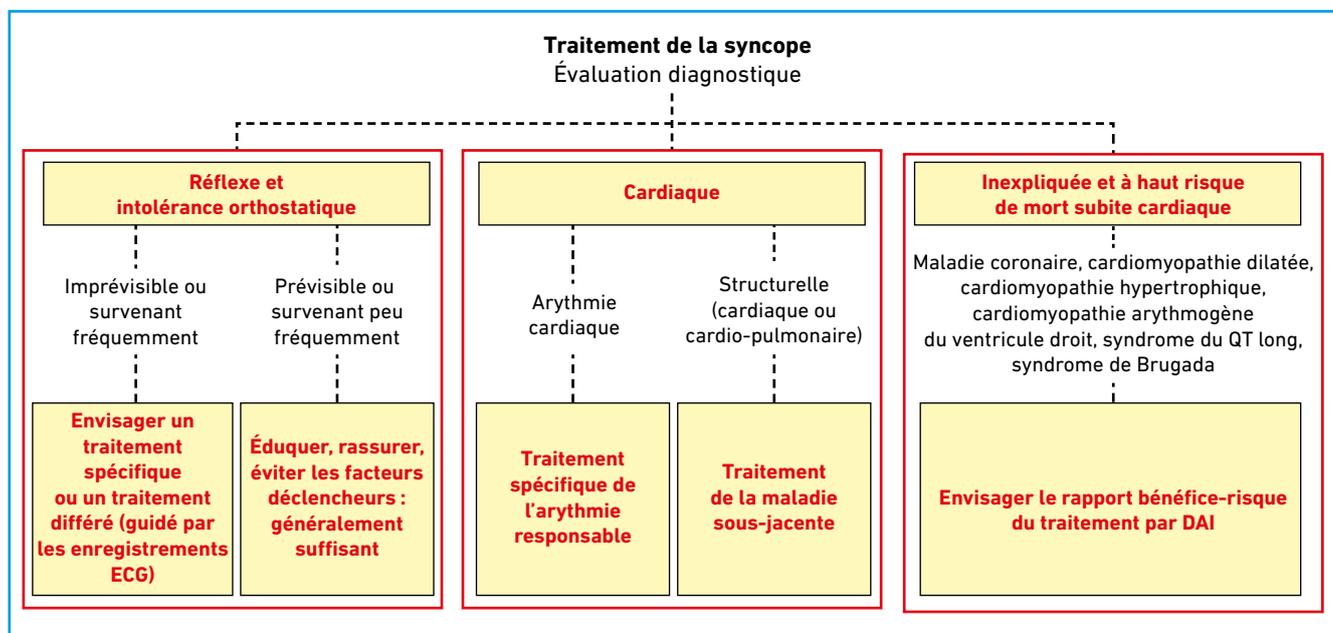


Fig. 6 : Plan thérapeutique général basé sur la stratification du risque et l'identification de mécanismes spécifiques si possible.

Revue générale

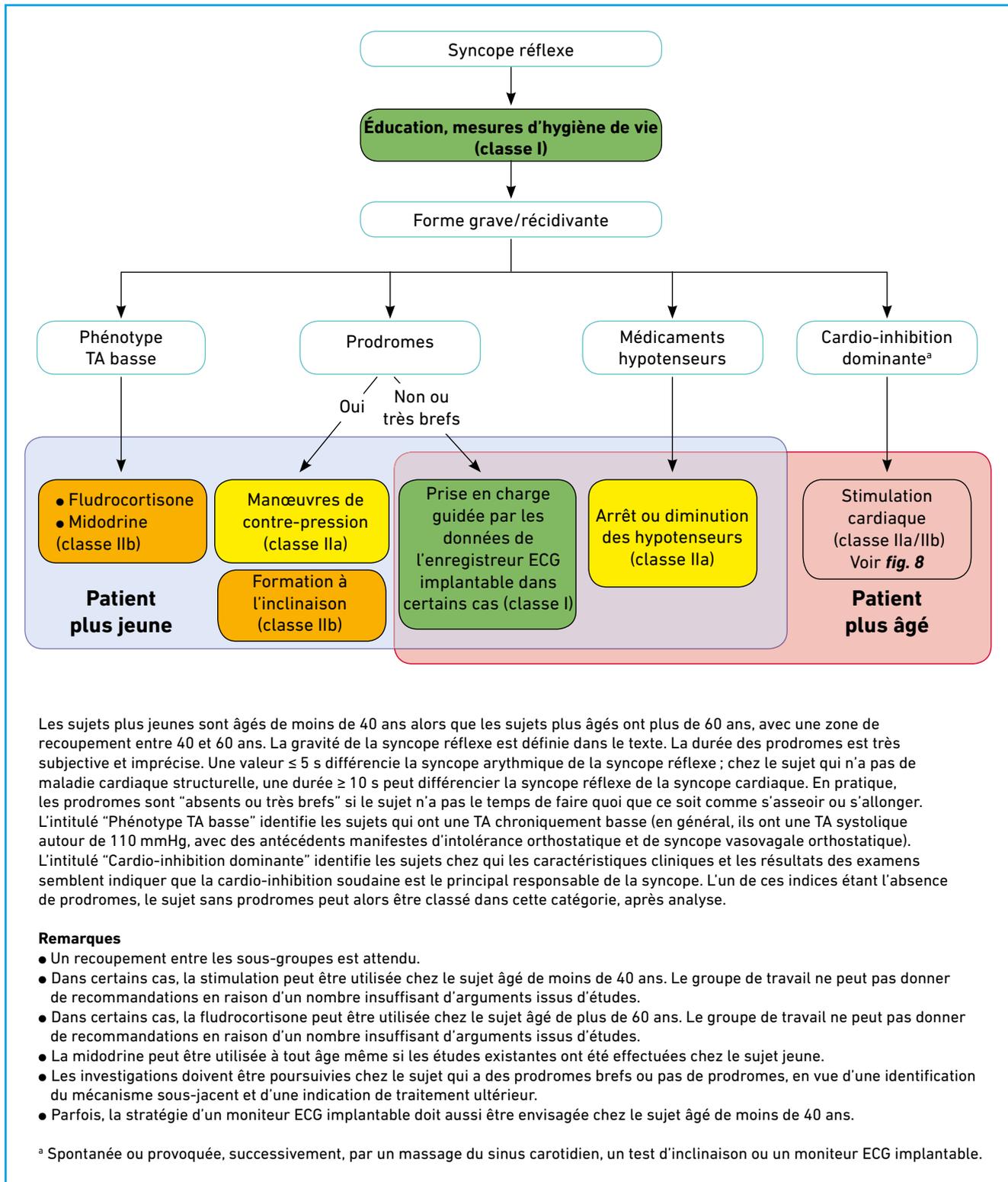


Fig. 7 : Processus décisionnel pratique pour la prise en charge d'une syncope réflexe en première intention (basée sur les antécédents du sujet et les tests) selon l'âge, la gravité de la syncope et les formes cliniques.

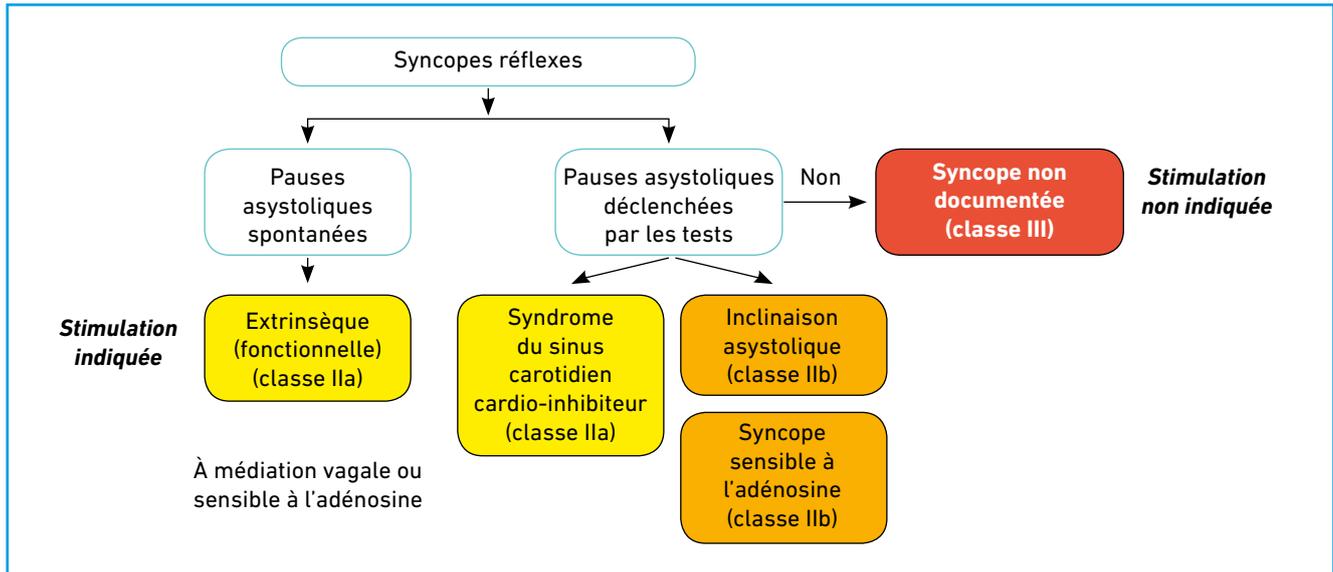


Fig. 8 : Indications de stimulation cardiaque chez les sujets ayant des syncopes réflexes.

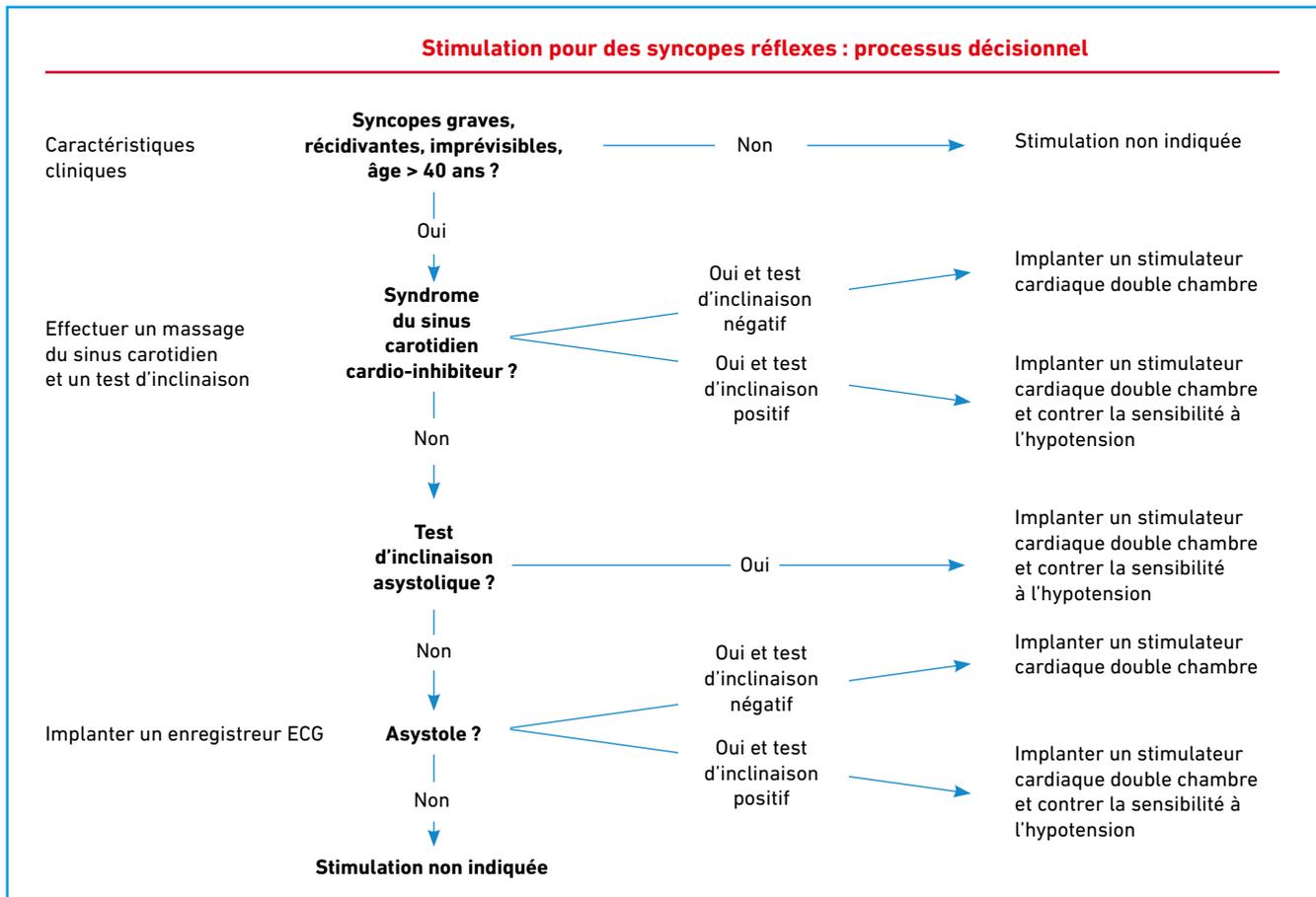


Fig. 9 : Processus décisionnel pour la stimulation cardiaque des sujets ayant des syncopes réflexes.

Revue générale

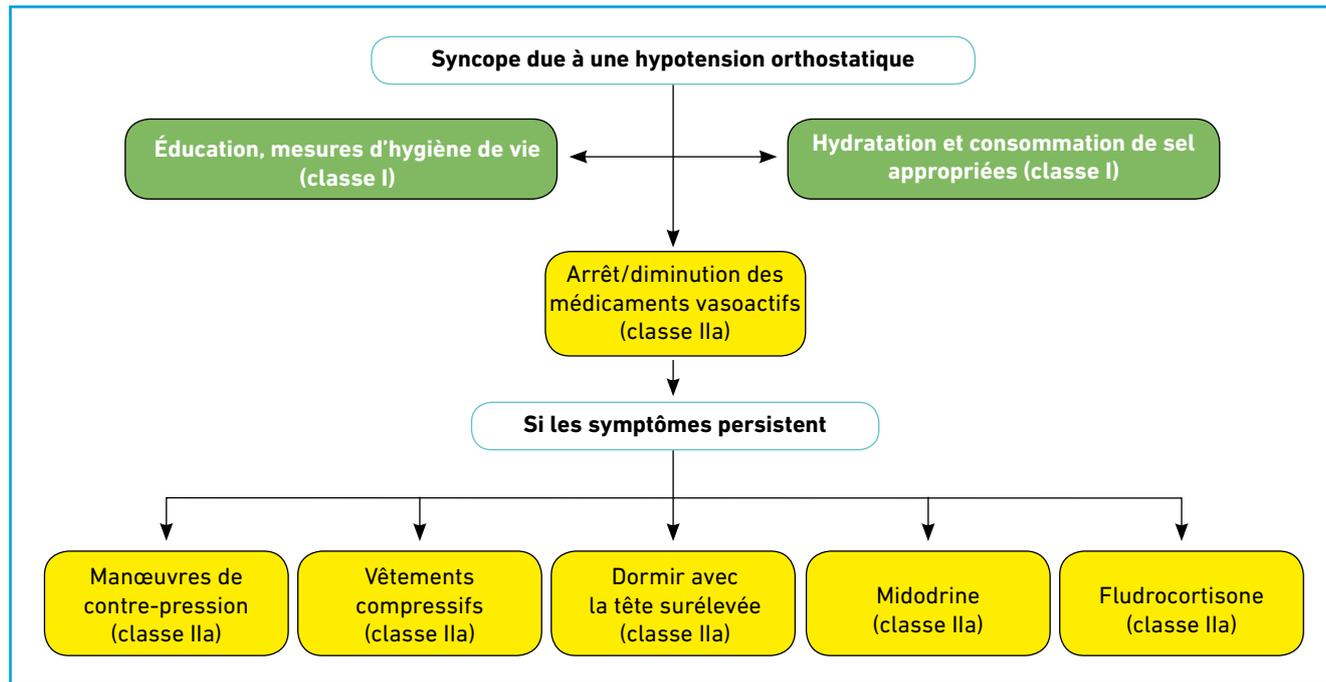


Fig. 10 : Guide pratique du traitement de l'hypotension orthostatique.

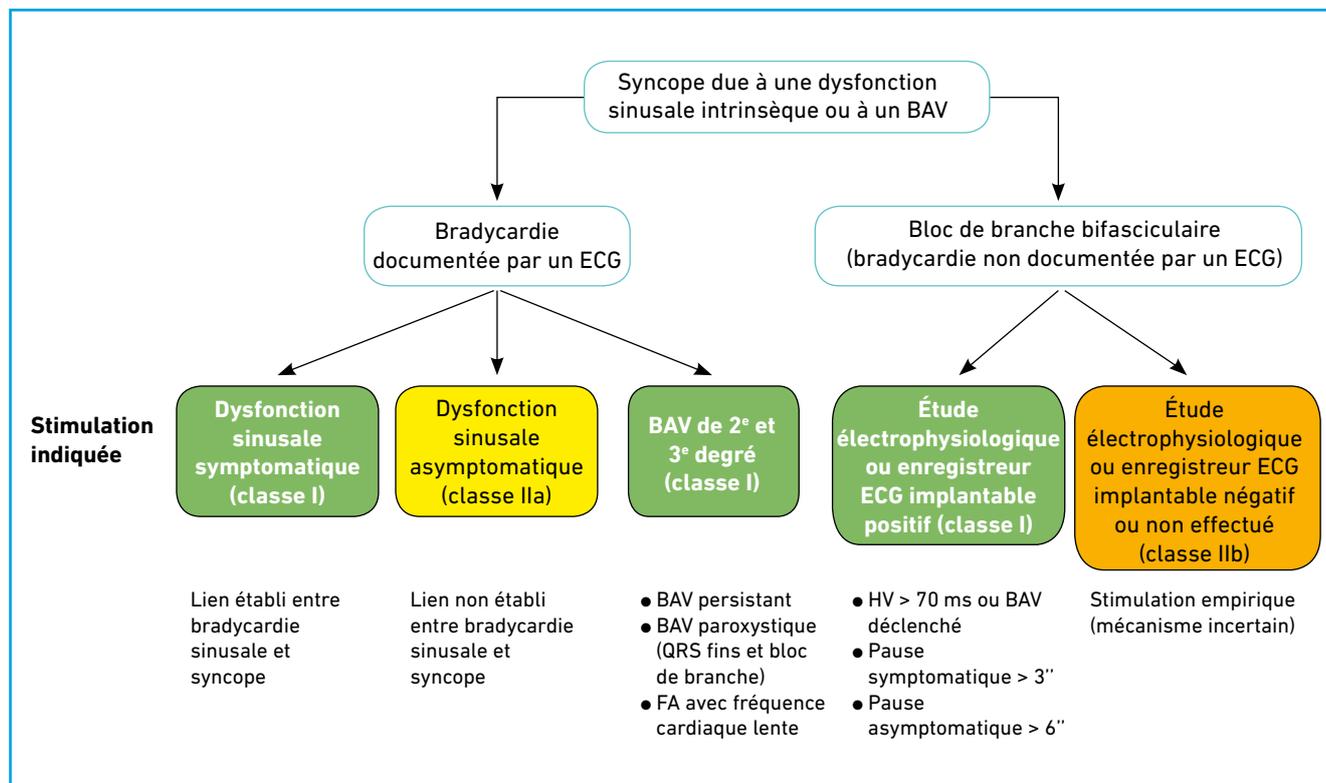


Fig. 11 : Indications de stimulation cardiaque chez les patients dont les syncopes sont dues à une bradycardie intrinsèque.

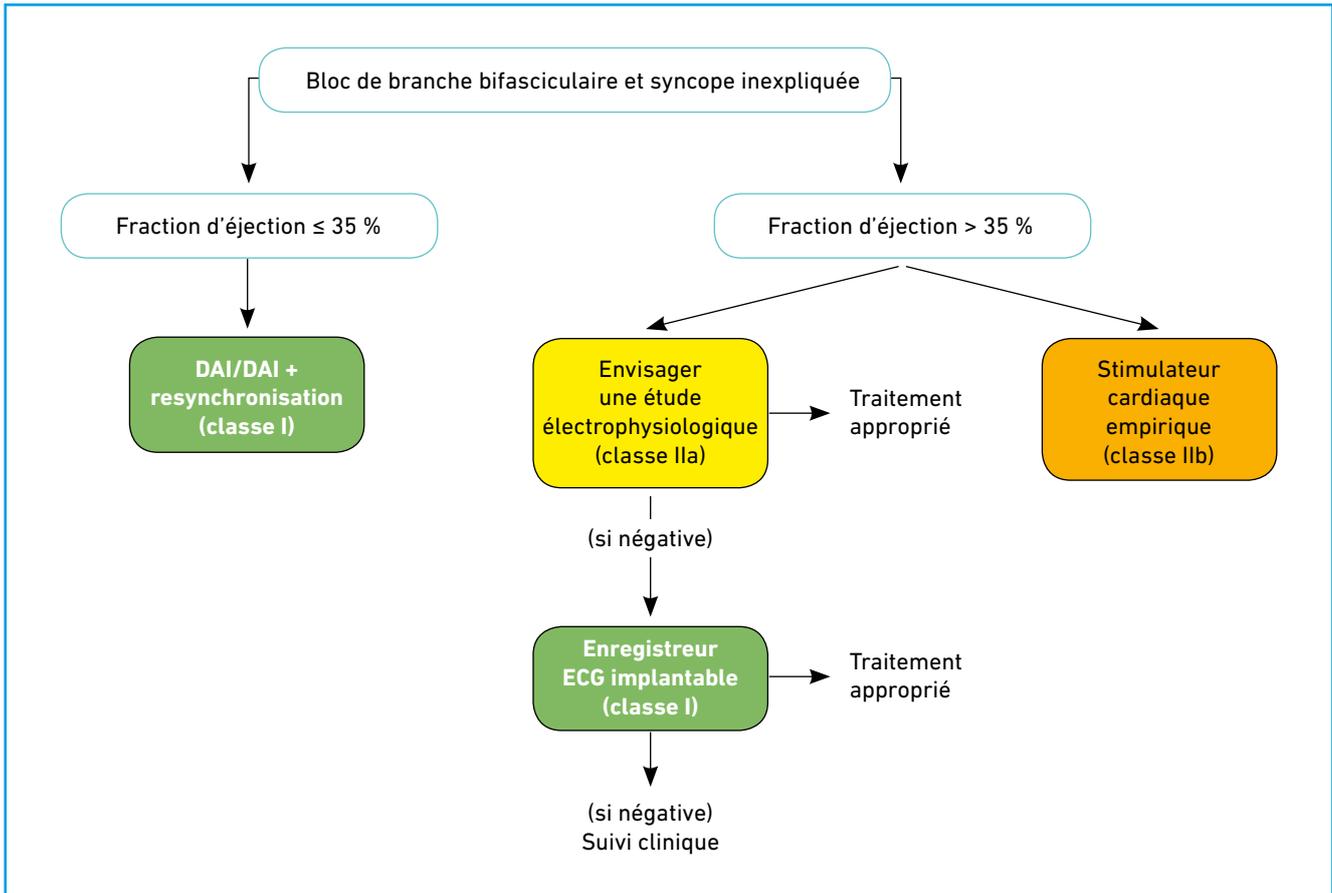


Fig. 12: Algorithme thérapeutique chez les sujets qui présentent des syncopes inexplicées et un bloc de branche.

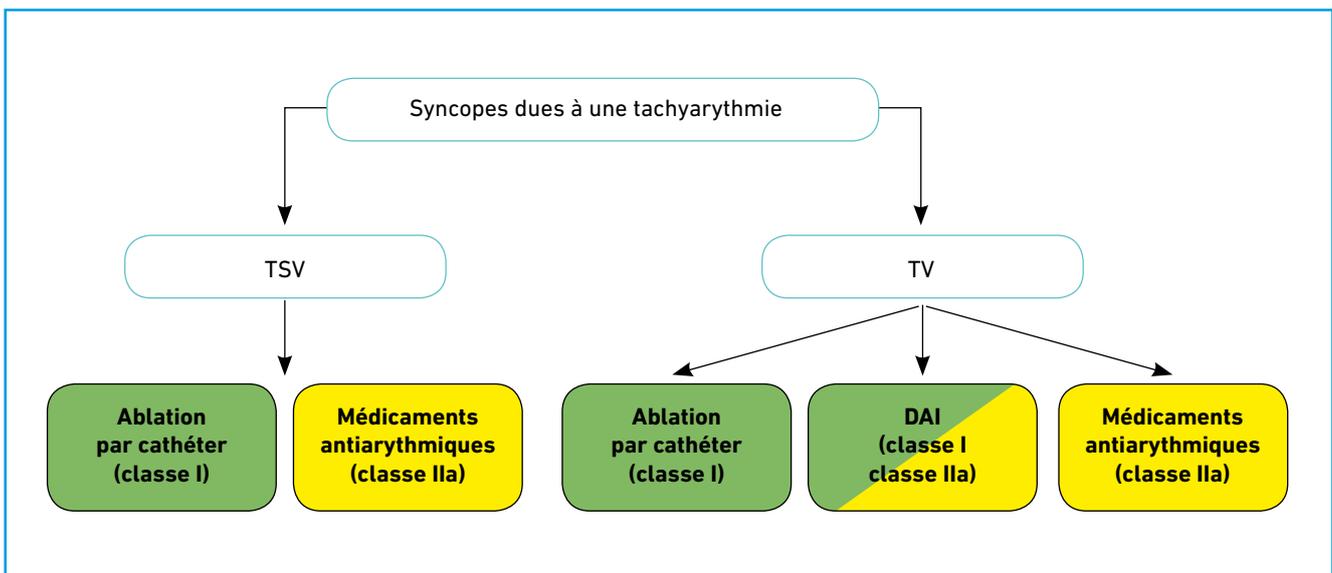


Fig. 13: Choix thérapeutiques chez les patients présentant des syncopes dues à une tachyarythmie.

Revue générale

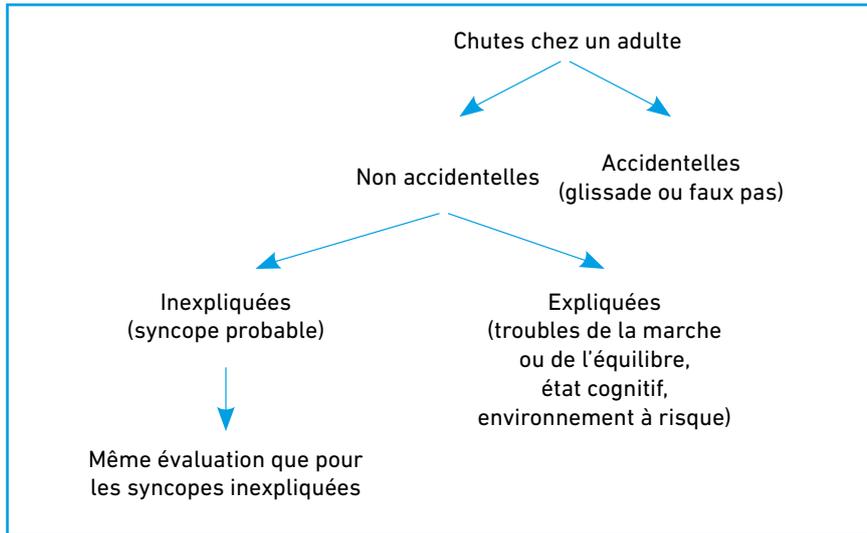


Fig. 14 : Identification des chutes inexpliquées.

“Ce qui est à faire” et “ce qui est à ne pas faire”

>>> Critères de diagnostic avec évaluation initiale

Une syncope vasovagale est très probable si la syncope est précipitée par la douleur, la peur ou la position debout et est associée à des prodromes progressifs typiques (pâleur, sueur et/ou nausée) (I, C).

Une syncope réflexe situationnelle est très probable si la syncope survient pendant ou immédiatement après des facteurs déclencheurs spécifiques listés dans le **tableau I** (I, C).

Une syncope due à l'hypotension orthostatique est confirmée lorsque la syncope survient en position debout et qu'une hypotension orthostatique est concomitante (I, C).

Une syncope arythmique est très probable lorsque l'ECG montre :

- une bradycardie sinusale persistante < 40 bpm ou des pauses sinusales > 3 s en état d'éveil et en l'absence d'exercice physique ;
- un BAV du 2^e ou du 3^e degré de type Mobitz II ;
- un bloc de branche gauche et droite en alternance ;
- une TV ou une TSV paroxystique rapide ;
- des épisodes non soutenus de TV polymorphe et un intervalle QT long ou court ;
- un dysfonctionnement du stimulateur ou du DAI avec des pauses cardiaques (I, C).

>>> Prise en charge de la syncope dans le service d'urgence

Il est recommandé de laisser sortir du service d'urgence le sujet qui présente des caractéristiques de bas risque, susceptible d'avoir une syncope réflexe ou situationnelle ou due à une hypotension orthostatique (I, B).

Chez le sujet qui présente des caractéristiques de haut risque, il est recommandé de procéder à une évaluation initiale rapide et exhaustive dans une unité de syncope ou une unité d'observation du service d'urgence (si disponible) ou de l'hospitaliser (I, B).

Il est recommandé que le sujet qui n'a pas de caractéristiques de haut risque ni de bas risque soit mis en observation dans le service d'urgence ou dans une unité de syncope au lieu d'être hospitalisé (I, B).

>>> Massage du sinus carotidien

Le massage du sinus carotidien est indiqué chez le sujet âgé de plus de 40 ans qui a fait une syncope d'origine inconnue évoquant un mécanisme réflexe (I, B).

Le syndrome d'hypersensibilité du sinus carotidien est confirmé lorsque le massage du sinus carotidien provoque une bradycardie (asystole) et/ou une hypotension qui reproduit les symptômes spontanés et si le sujet présente des caractéristiques cliniques compatibles avec un mécanisme réflexe de syncope (I, B).

>>> Position debout active

Lors de l'évaluation initiale de la syncope, il est indiqué de mesurer la TA et la fréquence cardiaque par sphygmomanomètre, de façon intermittente, quand le sujet est en position couchée et en position debout active pendant 3 minutes (I, C).

La syncope due à l'hypotension orthostatique est confirmée en cas de chute de la TA systolique depuis la valeur de base ≥ 20 mmHg, de la TA diastolique ≥ 10 mmHg ou de baisse de la TA systolique au-dessous de 90 mmHg reproduisant les symptômes spontanés (I, C).

>>> Surveillance ECG

Une surveillance immédiate au sein de l'hôpital (sur place ou par télémetrie) est indiquée chez le sujet à haut risque (défini dans le **tableau IV**) (I, C).

Un moniteur ECG implantable est indiqué lors de l'évaluation initiale chez le sujet qui présente une syncope récidivante d'origine incertaine, une absence de critères de haut risque (listés dans le **tableau IV**) et une forte probabilité de récurrence durant la durée de vie du dispositif (I, A). Des données complémentaires sont listées dans le **tableau III**.

Un moniteur ECG implantable est indiqué chez le sujet à haut risque (critères listés dans le **tableau IV**) pour qui une évaluation complète n'a pas identifié la cause de la syncope ni engendré un traitement particulier et qui n'a pas d'indications conventionnelles pour un DAI en prévention primaire ni pour un stimulateur (I, A). Des données complémentaires sont indiquées dans les **tableaux III et IV**.

La syncope arythmique est confirmée en cas de détection d'une corrélation entre syncope et arythmie (bradyarythmie ou tachyarythmie) (I, B).

>>> Étude électrophysiologique

Chez le sujet qui présente une syncope et un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'autres maladies liées à la zone de cicatrisation, une étude électrophysiologique est indiquée lorsque la syncope reste inexpliquée après une évaluation non invasive (I, B).

Chez le sujet qui présente une syncope inexpliquée et un bloc de branche bifasciculaire, un stimulateur est indiqué soit en présence d'un intervalle HV de base ≥ 70 ms, d'un bloc de His-Purkinje du 2^e ou du 3^e degré pendant la stimulation atriale croissante, soit lors d'une stimulation pharmacologique (I, B).

Chez le sujet qui présente une syncope inexpliquée et un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'autres maladies liées à la zone de cicatrisation, il est recommandé que le déclenchement d'une TV monomorphe soutenue soit pris en charge selon les recommandations de l'ESC sur les arythmies ventriculaires (I, B).

I Revues générales

Chez le sujet qui présente une syncope précédée de palpitations soudaines et brèves, sans maladie cardiaque structurale concomitante, il est recommandé que le déclenchement d'une TV rapide ou d'une TSV rapide, reproduisant les symptômes hypotensifs ou spontanés, soit traité selon les recommandations de l'ESC (I, C).

>>> Échocardiographie

L'échocardiographie est indiquée pour le diagnostic et la stratification du risque en cas de suspicion de maladie cardiaque structurelle (I, B).

>>> Épreuve d'effort

L'épreuve d'effort est indiquée chez le sujet qui présente une syncope pendant l'effort ou immédiatement après (I, C).

Une syncope due à un BAV du 2^e ou du 3^e degré est confirmée lorsque le BAV est présent au cours de l'effort, même sans syncope (I, C).

Une syncope réflexe est confirmée lorsque la syncope est reproduite immédiatement après l'effort en présence d'une hypotension sévère (I, C).

>>> Traitement de la syncope réflexe

L'explication du diagnostic, le fait de rassurer et l'apport d'informations sur le risque de récurrence et sur les facteurs déclencheurs et situations à éviter sont indiqués chez tous les sujets (I, B). Des données complémentaires sont disponibles dans le **tableau VI**.

Les bêtabloquants ne sont pas indiqués (III, A).

La stimulation cardiaque n'est pas indiquée en l'absence de réflexe cardio-inhibiteur documenté (III, B).

>>> Traitement de l'hypotension orthostatique

L'explication du diagnostic, le fait de rassurer et l'apport d'informations sur le risque de récurrence et sur les facteurs déclencheurs et situations à éviter sont indiqués chez tous les sujets (I, C).

Une hydratation et une consommation de sel appropriées sont indiquées (I, C).

>>> Traitement de la syncope due à une arythmie cardiaque

La stimulation cardiaque est indiquée lorsqu'une relation est établie entre la syncope et la bradycardie symptomatique (I, B).

La stimulation cardiaque est indiquée chez le sujet qui présente un BAV du 2^e ou du 3^e degré intrinsèque intermittent/paroxystique (dont la FA avec conduction ventriculaire lente) même si la corrélation entre les symptômes et l'ECG n'est pas documentée (I, C).

La stimulation cardiaque n'est pas indiquée chez le sujet en cas de cause réversible de bradycardie (III, C). Elle est indiquée chez le sujet qui présente une syncope, un bloc de branche et une étude électrophysiologique positive ou un BAV documenté par moniteur ECG implantable (I, B).

L'ablation de cathéter est indiquée chez le sujet qui présente une syncope due à une TSV ou une TV afin de prévenir une récurrence de la syncope (I, C).

Un DAI est indiqué chez le sujet qui présente une syncope due à une TV et à une fraction d'éjection du ventricule gauche $\leq 35\%$ (I, A).

Un DAI est indiqué chez le sujet qui présente une syncope et un antécédent d'infarctus du myocarde et chez lequel une TV est déclenchée pendant l'étude électrophysiologique (I, C).

>>> Indications de DAI chez le sujet qui présente une syncope inexplicée et une dysfonction systolique du ventricule gauche

Un traitement par DAI est recommandé pour diminuer le risque de mort subite chez le sujet qui présente une insuffisance cardiaque symptomatique (classes II-III de la New York Heart Association) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 35\%$ après au moins 3 mois de traitement médical optimal et une espérance de survie ≥ 1 an avec un statut fonctionnel correct (I, A).

>>> Syncope chez le sujet ayant une comorbidité et une vulnérabilité

Une évaluation multifactorielle et une intervention sont recommandées chez le sujet plus âgé en raison de la présence de plusieurs causes possibles de syncope et de chute inexplicées (I, B).

>>> Évaluation neurologique

Une évaluation neurologique est indiquée lorsque la syncope est une suspicion d'épilepsie ou qu'elle est due à un échec du système autonome à évaluer la maladie sous-jacente (I, C).

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of>; 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*, 2018;39:1883-1948.
2. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/21/e43/4939242>

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