

Revue générale

Que retenir des dernières recommandations ESC sur les syncopes ?

RÉSUMÉ : La parution de nouvelles recommandations est toujours un événement important. Ces recommandations sur les syncopes se sont attachées à être pluridisciplinaires, incluant pour la première fois plus de non-cardiologues que de cardiologues. Elles ont cherché à mieux stratifier le risque afin de permettre une prise en charge optimisée en évitant les hospitalisations et les examens inutiles. Une liste des éléments à vérifier rapidement en cas de syncope devrait permettre de faciliter cette sélection.



V. PROBST

Service de Cardiologie,
CHU de NANTES;
Institut du thorax, CHU de NANTES.

La publication de nouvelles recommandations représente toujours un temps fort dans l'adaptation de la prise en charge de nos patients. C'est probablement encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'une pathologie aussi fréquente que les syncopes. Une nouveauté importante de ces recommandations est qu'elles sont très pluridisciplinaires. Pour la première fois, le comité d'experts était composé en majorité de non-cardiologues, ce qui représente en fait la réalité de la prise en charge de ces patients.

Selon la définition proposée dans les recommandations de la Société européenne de cardiologie de 2018, la syncope est une perte de connaissance transitoire (TLOC) de début brutal, de courte durée et avec un rétablissement complet spontané.

La TLOC est un état de perte de conscience réelle ou apparente, caracté-

risé par une amnésie pendant la période d'inconscience, un contrôle moteur anormal, une perte de réactivité et une courte durée.

La TLOC est une syncope lorsqu'on note la présence de caractéristiques spécifiques aux syncopes réflexes, à l'hypotension orthostatique ou à la syncope cardiaque et/ou l'absence de caractéristiques spécifiques à d'autres formes de perte de connaissance.

Avant d'aller plus loin dans le diagnostic ou la prise en charge des syncopes, il convient de rappeler en quelques mots l'épidémiologie de la syncope. Comme cela est montré sur la **figure 1**, il y a un pic de survenue des syncopes vers l'âge de 20 ans, les syncopes à cet âge étant essentiellement en rapport avec des syncopes vagales. On voit ensuite que la fréquence diminue progressivement

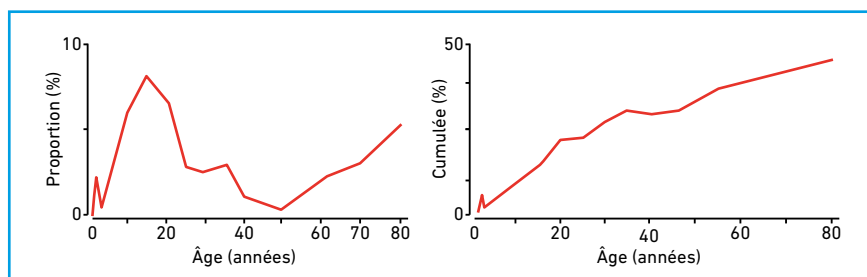


Fig. 1 : Évolution de la fréquence de la survenue de syncope au cours de la vie.

jusqu'à l'âge de 50 ans. Au-delà de cet âge, la fréquence augmente constamment pour atteindre environ 5 % de survenue de syncope par an chez les sujets de 80 ans. Au total, c'est près de 50 % de la population qui aura présenté au moins un épisode de syncope à l'âge de 80 ans, ce qui situe bien l'étendue du problème.

■ Physiopathologie de la syncope

Je ne vais pas faire ici un rappel complet sur la physiopathologie de la syncope, mais il convient tout de même de rappeler que la syncope est liée à une chute

du débit sanguin cérébral qui peut être secondaire à différents mécanismes résumés dans la **figure 2**. Cette représentation me paraît particulièrement utile pour bien comprendre les différents mécanismes, et donc pouvoir mieux diagnostiquer et traiter nos patients. On voit que trois grands mécanismes sont impliqués : la syncope réflexe, l'hypotension et la syncope cardiaque (soit par brady- ou tachycardie, soit par une cardiopathie structurale). Ces différents mécanismes conduiront soit à une baisse du débit cardiaque, soit à une chute des résistances périphériques induisant dans les deux cas une baisse du débit sanguin cérébral.

>>> La syncope réflexe peut être vasovagale (orthostatique, émotionnelle, situationnelle), liée à un syndrome du sinus carotidien ou à des formes non classiques (sans prodromes et/ou sans déclencheurs apparents et/ou présentation atypique).

>>> La syncope par hypotension orthostatique est le plus souvent liée à des traitements (vasodilatateurs, diurétiques, phénothiazine, antidépresseurs), une diminution du volume circulant, une insuffisance autonome primaire (défaillance autonome pure, atrophie de systèmes multiples, mala-

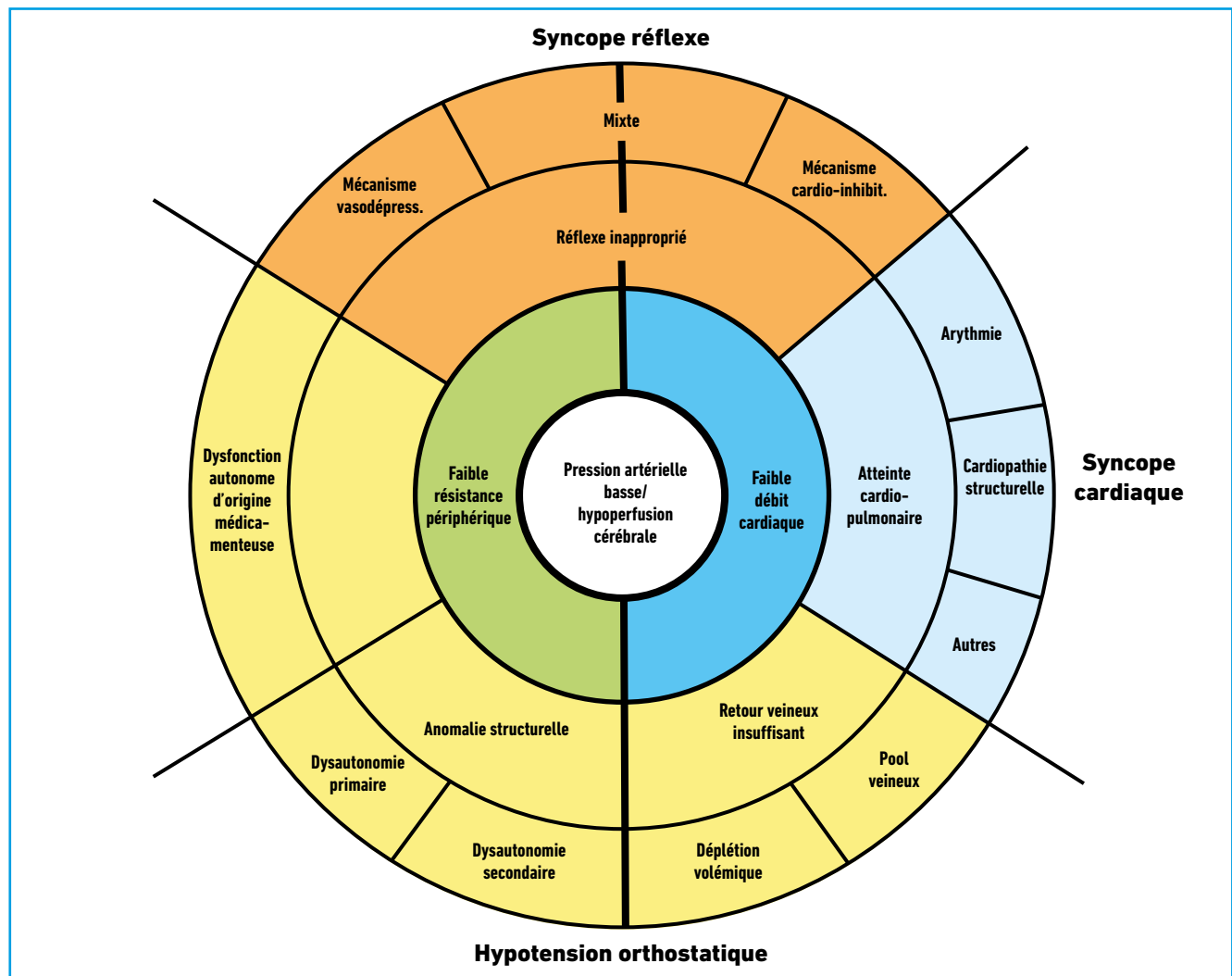


Fig. 2 : Représentation schématique des différents mécanismes physiopathologiques entraînant la survenue de syncope.

Revue générale

die de Parkinson, démence à corps de Lewy) ou secondaire (diabète, amyloïdose, lésions de la moelle épinière, neuropathie autonome auto-immune, neuropathie autonome paranéoplasique, insuffisance rénale).

>>> La syncope d'origine cardiaque peut être liée à une arythmie, par bradycardie (dysfonctionnement du nœud sinusal ou pathologie du système de conduction auriculo-ventriculaire) ou tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire. Elle peut également être liée à une anomalie structurelle cardiaque (sténose aortique, infarctus/ischémie myocardique aiguë), cardiomyopathie hypertrophique, masses cardiaques, maladie/tamponnade péricardique, anomalies congénitales des artères coronaires, dysfonctionnement des valves prothétiques) ou à une atteinte cardiopulmonaire et des grands vaisseaux (embolie pulmonaire, dissection aortique aiguë, hypertension pulmonaire).

Démarche diagnostique et évaluation du risque

Dans ces recommandations, nous avons voulu d'emblée mettre en avant la stratification du risque afin d'éviter des bilans prolongés en hospitalisation qui ne sont pas nécessaires. Devant la survenue d'une TLOC, il faut ainsi se poser quatre questions :

- l'événement concerne-t-il réellement une TLOC ? ;
- la TLOC est-elle d'origine syncopale ?
- quel est le risque ?
- y a-t-il un diagnostic ?

Pour répondre à ces questions, l'interrogatoire reste bien évidemment un temps absolument essentiel. On fera également de façon systématique une évaluation initiale de la syncope avec un examen clinique, un ECG et une mesure de la pression artérielle en position allongée et debout. Au terme de cette première évaluation, il est possible qu'un diagnostic soit déjà porté et, dans ce cas bien sûr, on

prendra en charge la pathologie concernée. En revanche, s'il n'a pas été possible d'identifier un diagnostic, on évaluera tout de suite le risque lié à cette syncope avec trois situations :

- **le risque est jugé élevé** : il faudra alors immédiatement poursuivre les investigations et le patient sera transféré dans l'unité la plus à même de le prendre en charge ;
- **le risque est considéré comme intermédiaire** : les syncopes ne paraissent pas très inquiétantes mais il y a un risque de récurrence et, dans ce cas, on proposera un bilan complémentaire secondairement ; si le patient s'est présenté aux urgences, il sera idéalement évalué dans une unité de prise en charge des syncopes ;
- **le risque est considéré comme faible** : on se contentera de rassurer le patient sans faire de bilan complémentaire ; le patient ne devra pas être gardé s'il s'est présenté aux urgences.

Alors, comment évaluer ce risque ? C'est certainement l'un des éléments les plus importants de ces nouvelles recommandations. Nous nous sommes attachés à proposer une évaluation simple comme décrite dans le **tableau I**. Même si la liste peut paraître longue, cette évaluation peut être faite rapidement avec des moyens simples. Une fois cette première évaluation réalisée, chez les patients pour lesquels une origine rythmique à la syncope est envisagée, il faudra prévoir un enregistrement du rythme cardiaque. Dans cette situation, plusieurs

POINTS FORTS

- Bien connaître la physiopathologie des syncopes pour comprendre les mécanismes.
- Rapidement stratifier le risque de la syncope grâce au drapeau rouge.
- Éviter les hospitalisations et les examens inutiles.
- Ne plus faire de Holter ECG simple.

techniques peuvent être proposées : le monitoring scopé en hospitalisation, le Holter ECG, le Holter ECG prolongé et le Holter implantable.

Traditionnellement, le Holter ECG est largement utilisé dans cette situation. Il est maintenant bien démontré qu'il n'a qu'une très faible rentabilité et ne doit plus être utilisé en dehors des patients qui ont des syncopes ou présyncopes fréquentes (≥ 1 épisode par semaine). Si l'on souhaite faire un enregistrement Holter, il faudra privilégier les Holter de longue durée ou le Holter implantable.

>>> Chez les patients à haut risque, on proposera dans un premier temps un monitoring scopé en hospitalisation et, si celui-ci n'a pas permis d'identifier la cause de la syncope, on proposera alors un Holter implantable.

>>> Chez les patients à faible risque, mais avec des arythmies probables et des épisodes récurrents, on proposera un Holter implantable (indication de classe I).

>>> Chez les patients à faible risque, avec une origine réflexe probable et qui vont nécessiter une thérapie spécifique, on proposera un Holter implantable (indication de classe IIA).

>>> Chez les patients à faible risque et qui ont rarement des épisodes, il n'est pas nécessaire de prévoir de monitoring. On voit donc que le Holter implantable

Faible risque	Haut risque (drapeau rouge)
Événement syncopal	
1. Associé à un prodrome typique de la syncope réflexe (par exemple, étourdissements, sensation de chaleur, transpiration, nausées, vomissements) 2. Après une vue, un son, une odeur ou une douleur désagréable et inattendue 3. Après une station debout prolongée ou dans des endroits chauds et bondés 4. Pendant un repas ou après un repas 5. Déclenché par la toux, la défécation ou la miction 6. Avec une rotation de la tête ou une pression sur le sinus carotidien (par exemple, tumeur, rasage, collets serrés) 7. En position debout à partir de la position couchée/assise	Majeur 1. Nouvelle apparition de gêne thoracique, d'essoufflement, de douleurs abdominales ou de maux de tête 2. Syncope pendant l'effort ou en position couchée 3. Apparition soudaine de palpitations immédiatement suivies d'une syncope Mineur (risque élevé uniquement s'il est associé à une cardiopathie structurale ou à un ECG anormal) : aucun symptôme d'alerte ou prodrome de courte durée (< 10 s), histoire familiale de mort subite chez les jeunes, syncope en position assise
Antécédents médicaux	
1. Longue histoire (années) de syncopes récurrentes avec des caractéristiques à faible risque ayant les mêmes caractéristiques que l'épisode actuel 2. Absence de maladie cardiaque structurale	Majeur 1. Maladie structurale ou coronarienne grave (insuffisance cardiaque, faible FEVG ou infarctus du myocarde antérieur)
Examen physique	
1. Examen normal	Majeur 1. Tension systolique inexpliquée dans la DE < 90 mmHg 2. Suggestion de saignement gastro-intestinal à l'examen rectal 3. Bradycardie persistante (< 40 bpm) en état d'éveil et en l'absence d'entraînement physique 4. Souffle systolique non diagnostiqué
ECG	
1. ECG normal	Majeur 1. Modifications de l'ECG compatibles avec une ischémie aiguë 2. BAV 2 Mobitz II et BAV 3 3. FA lente (< 40 bpm) 4. Bradycardie sinusale persistante (< 40 bpm) 5. Bloc de branche ou troubles de la conduction IV 6. Ondes Q compatibles avec une cardiopathie ischémique ou une cardiomyopathie 7. TV soutenue et non soutenue 8. Dysfonctionnement d'un PM ou d'un DAI 9. ECG de Brugada de type 1 10. Aspect de syndrome du QT long Mineur (uniquement si les antécédents suggèrent une syncope arythmique) : 1. Bloc AV du 2^e degré de Mobitz I et bloc AV du 1^{er} degré avec intervalle PR nettement prolongé 2. Bradycardie sinusale légère inappropriée asymptomatique (40-50 bpm) ou FA lente (40-50 bpm) 3. TSV paroxystique ou FA 4. Complexe QRS préexcité 5. Intervalle QTc court ($\leq$ 340 ms) 6. Aspect atypique de syndrome de Brugada 7. Ondes T négatives suggérant une DAVD

Tableau I : Paramètres à évaluer pour caractériser le risque de la syncope.

■ Revues générales

est largement privilégié avec comme indication :

- la phase précoce d'évaluation chez les patients présentant une syncope récurrente d'origine incertaine, sans critères de risque élevé et une forte probabilité de récurrence pendant la durée de vie de la batterie de l'appareil ;
- les patients présentant une syncope réflexe suspectée ou certaine et présentant des épisodes syncopaux fréquents ou sévères ;
- les patients soupçonnés d'épilepsie mais chez lesquels le traitement s'est révélé inefficace.

L'exploration électrophysiologique garde une place restreinte dans l'évaluation des syncopes chez les patients ayant déjà subi un infarctus du myocarde ou ayant une fibrose cardiaque (classe I), ou chez les patients avec un bloc bifasciculaire (classe IIA) lorsque la syncope reste inexplicée après une évaluation non invasive. Dans ce cas, un stimulateur cardiaque est indiqué en présence soit d'un intervalle H-V de base de ≥ 70 ms, soit d'un bloc His-Purkinje de 2^e ou 3^e degré pendant la stimulation auriculaire progressive, ou lors de test pharmacologique.

Dans cette démarche diagnostique, l'échographie cardiaque garde sa place en cas de suspicion de cardiopathie. L'épreuve d'effort a une place relative

limitée, essentiellement lorsqu'il s'agit d'une syncope survenant à l'effort.

■ Prise en charge thérapeutique

>>> Pour les syncopes réflexes, le traitement est essentiellement basé sur l'éducation thérapeutique visant à éviter les situations à risque. Le patient doit connaître les manœuvres de contraction musculaire intense des bras et des jambes, surtout s'il a le temps de ressentir des prodromes. Chez les patients les plus jeunes, on peut proposer un traitement par fludrocortisone. Chez les patients les plus âgés, si la part cardio-inhibitrice est importante, une stimulation par pacemaker (PM) peut être discutée.

>>> Pour les hypotensions orthostatiques, l'essentiel du traitement sera basé sur l'arrêt des traitements qui favorisent les hypotensions. Si cela est insuffisant, on pourra proposer les manœuvres de contre-pression, les bas de contention, l'inclinaison de la tête en dormant, la midodrine ou la fludrocortisone.

>>> Pour les syncopes d'origine cardiaque en relation avec une dysfonction sinusale, le PM sera indiqué si les symptômes sont concomitants de la bradycardie (classe I). S'il n'y a pas de démonstration de la relation entre les

symptômes et la bradycardie, l'indication peut être discutée (classe IIA). Pour ce qui concerne les blocs de branche bifasciculaires, l'indication de la mise en place d'un PM sera retenue en cas de détection de bloc auriculo-ventriculaire complet sur le Holter de longue durée ou en cas de mesure de la durée de l'intervalle HV > 70 ms lors de l'exploration électrophysiologique.

■ Conclusion

Ces nouvelles recommandations n'apportent pas de bouleversement dans la prise en charge des patients mais elles permettent de préciser différents points importants. Elles se veulent pratiques et ont été accompagnées en ligne de toute une série d'informations et de vidéos permettant de bien comprendre la manière de réaliser les différents tests. L'élément le plus important de ces recommandations, et qui représente à mes yeux un véritable progrès, est la possibilité de stratifier rapidement le risque des patients afin d'éviter des hospitalisations et de nombreux examens inutiles.

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