

I Revues générales

Comment identifier une syncope dangereuse ?

RÉSUMÉ : Le diagnostic d'une syncope est basé sur un bilan initial précis comportant un interrogatoire, un examen clinique, un ECG et éventuellement un bilan biologique. Ce bilan permet de déterminer le niveau de risque du patient et la nécessité d'une hospitalisation pour permettre une prise en charge rapide et adéquate en cas de risque élevé. En l'absence de diagnostic, l'implantation d'un moniteur ECG avec télésurveillance permet d'obtenir un complément d'information.



J. MANSOURATI
Département de Cardiologie,
CHU de BREST.

Même chez des sujets en bonne santé apparente, la syncope peut être le premier symptôme d'une pathologie cardiaque grave pouvant se compliquer d'une mort subite. Il est donc crucial d'identifier, parmi les sujets se présentant pour une syncope, aux urgences ou en consultation, ceux qui sont à haut risque, afin d'organiser rapidement un bilan étiologique de leur syncope et de mettre en route le traitement adéquat. Le bon sens clinique à l'accueil du patient est souvent bien plus performant pour identifier les sujets à haut risque que l'évaluation d'un score de stratification du risque dans cette pathologie [1].

Les recommandations 2017 de l'American College of Cardiology [2] et 2018 de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) [3] ont apporté de nouvelles mises à jour de la prise en charge de la syncope. L'accent est particulièrement mis sur l'évaluation du risque du patient à son arrivée aux urgences ou en consultation et sur le mode de prise en charge ultérieure en fonction de l'estimation de ce risque. Aux différentes étapes de l'interrogatoire et de l'examen clinique, certains éléments permettront de suspecter une syncope "dangereuse" ou à haut risque. Devant cette situation, une

hospitalisation est recommandée afin de compléter le bilan étiologique et traiter le patient au plus vite.

À l'interrogatoire du patient et de son entourage témoin de la syncope

>>> Dans les antécédents du patient :

- une histoire ancienne de syncopes récidivantes est plutôt en faveur de syncopes réflexes bénignes. L'absence de cardiopathie sous-jacente (y compris l'absence d'anomalie ECG) est plutôt de bon pronostic ;
- la présence d'une cardiopathie connue ou d'une coronaropathie par contre est un facteur de risque majeur qui nécessitera d'aller plus loin dans les investigations qui seront orientées par la pathologie suspectée.

>>> La description de la syncope est aussi un élément primordial dans l'évaluation du risque du patient. Si le patient ne peut décrire les circonstances de survenue, l'entourage ou les témoins présents permettront d'avoir des indications utiles pour en évaluer éventuellement le risque. Parmi les éléments considérés à haut risque à l'interrogatoire, on peut donc retenir :

Revue générale

● Éléments majeurs :

- l'apparition récente d'une gêne thoracique pouvant faire suspecter une coronaropathie, de dyspnée pouvant annoncer une cardiomyopathie, un trouble du rythme ou de la conduction, de douleur abdominale ou de céphalée...;
- une syncope survenant à l'effort, faisant suspecter une pathologie cardiaque obstructive, une coronaropathie ou un trouble du rythme catécholergique, ou en position allongée écartant une pathologie réflexe positionnelle;
- la survenue brutale de palpitations immédiatement suivies de la syncope évoque un trouble du rythme mal toléré hémodynamiquement.

● Éléments mineurs (ou majeurs en présence d'une cardiopathie ou d'un ECG pathologique) :

- les symptômes survenant sans prodromes, témoignant de la brutalité de l'événement;
- un antécédent familial de mort subite à un âge précoce évoquant une anomalie héréditaire : cardiomyopathie dilatée ou hypertrophique ou trouble du rythme héréditaire;
- une syncope survenant en position assise plutôt en rapport avec un trouble du rythme ou de la conduction qu'une syncope réflexe (sauf en période post-prandiale chez un sujet âgé).

■ À l'examen clinique et à l'ECG

>>> L'examen clinique doit comporter une auscultation cardiaque, la recherche de signes d'athérosclérose périphérique, des signes d'insuffisance cardiaque, tout signe physique pouvant accompagner une cardiopathie congénitale ou héréditaire, une asymétrie tensionnelle, une hypotension orthostatique et une hypersensibilité sino-carotidienne.

>>> À l'ECG, toute anomalie doit être considérée et évaluée en fonction de l'âge et de l'ethnie du patient. Le tracé doit être analysé minutieusement. Les modifications suspectes de la repolarisation en

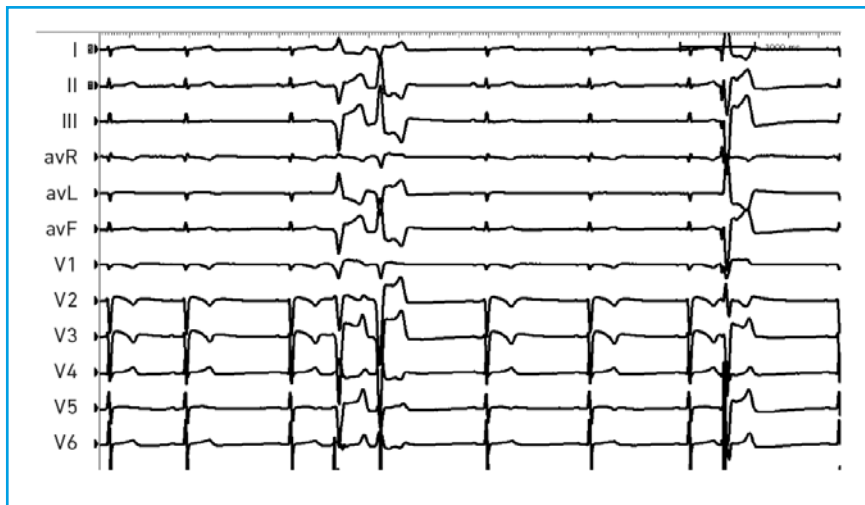


Fig. 1 : Dysplasie arythmogène du ventricule droit (DAVD) avec une onde T négative en V2, V3 et des extrasystoles de type retard gauche avec deux morphologies différentes chez un jeune footballeur de 21 ans présentant des syncopes.

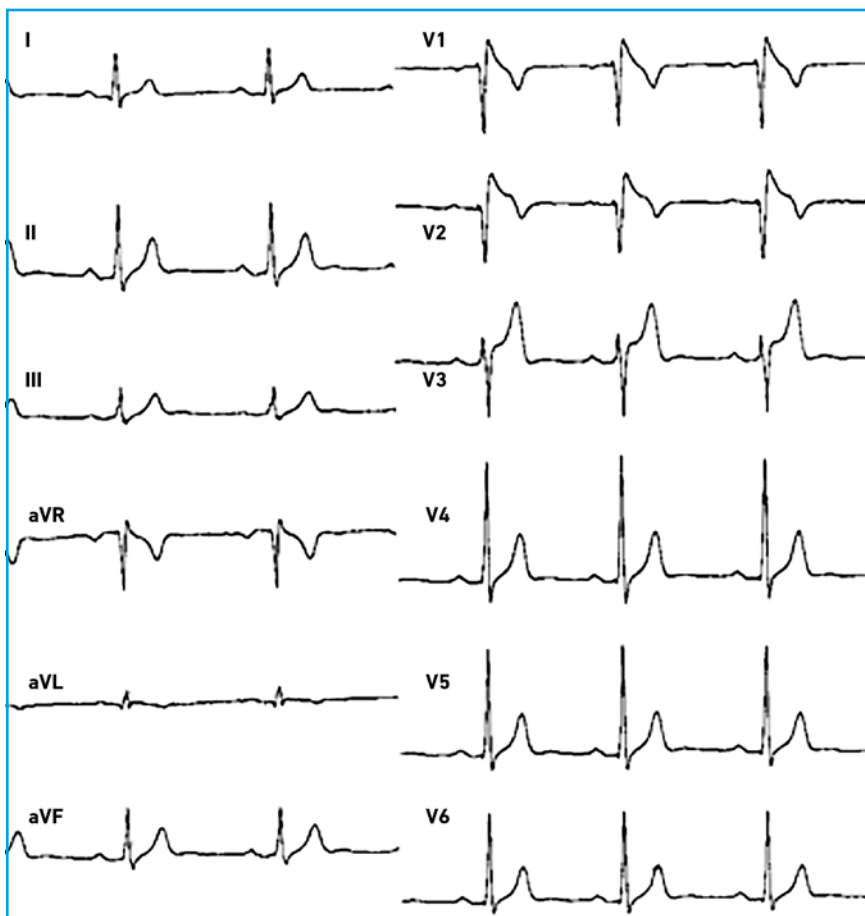


Fig. 2 : Syndrome de Brugada découvert après une syncope responsable d'un accident de la voie publique chez un patient de 34 ans.

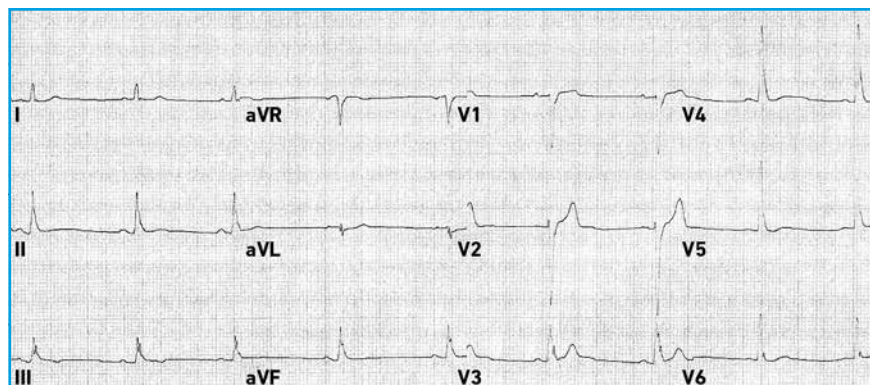


Fig. 3 : Repolarisation précoce chez un jeune de 20 ans qui a présenté une mort subite quelques mois plus tard.

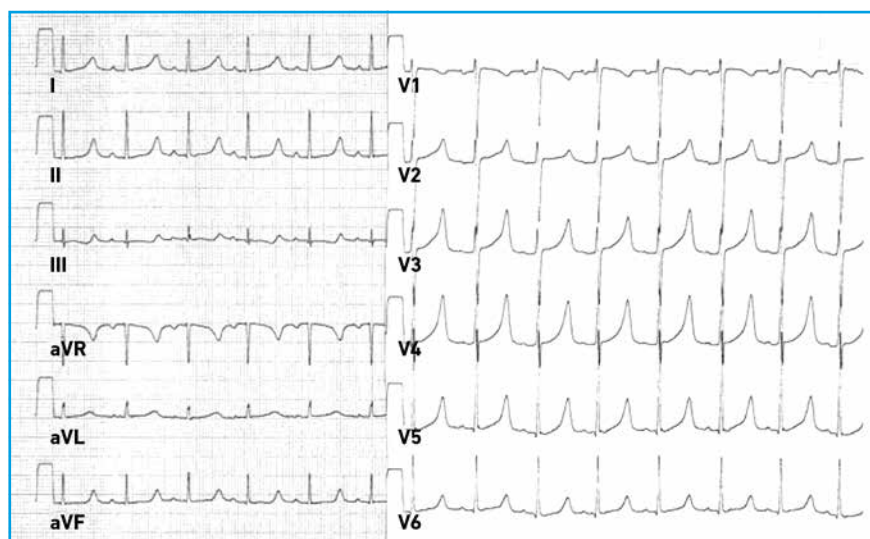


Fig. 4 : QT long nécessitant un traitement bêtabloqueur et une enquête familiale.

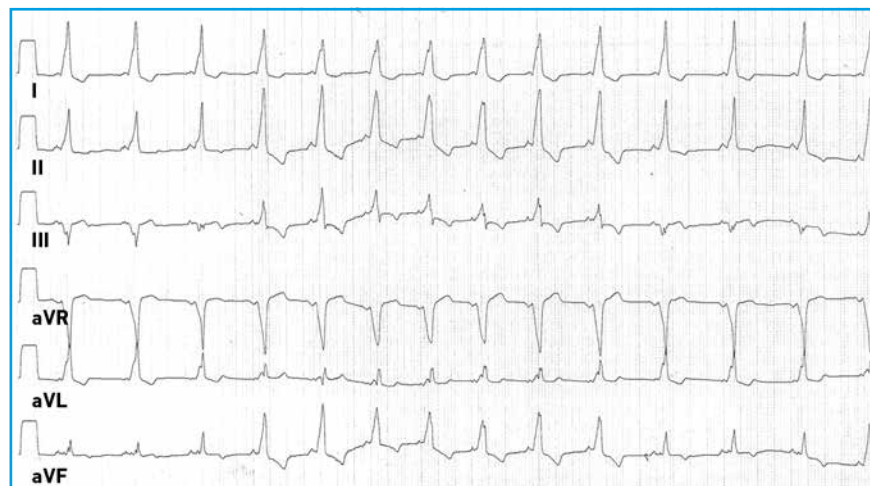


Fig. 5 : Dérivations périphériques d'un ECG montrant deux voies accessoires en fonction de la fréquence. Cette anomalie nécessite une exploration et, le cas échéant, une ablation par radiofréquence.

faveur d'une ischémie myocardique, les troubles de la repolarisation dans les précordiales droites en faveur d'une dysplasie arythmogène du ventricule droit (**fig. 1**), les bradycardies inexpliquées, les pauses sinusales de plus de 3 secondes, les blocs auriculo-ventriculaires, les blocs de branche et autres troubles conductifs intraventriculaires, les troubles du rythme supraventriculaires ou ventriculaires, les signes d'hypertrophie ventriculaire, les dysfonctionnements de stimulateurs ou de défibrillateurs cardiaques, le syndrome de Brugada (**fig. 2**), la repolarisation précoce (**fig. 3**), les QT longs (**fig. 4**) et les QT courts, la présence d'une voie accessoire (**fig. 5**) sont tous des signes qui nécessitent soit d'aller directement au traitement, soit de réaliser des examens complémentaires évaluant la gravité du terrain. Dans certains cas, une enquête familiale peut s'avérer nécessaire comme dans le cas d'une cardiomyopathie hypertrophique ou dilatée ou d'une canalopathie héréditaire (syndrome de Brugada, repolarisation précoce, QT long...).

■ Un bilan biologique

En dehors d'un bilan minimum d'anémie (NFS), de dyskaliémie (ionogramme sanguin) ou de dysthyroïdie (TSH), les D-dimères peuvent être demandés en cas de suspicion d'embolie pulmonaire.

Les biomarqueurs témoins d'une souffrance myocardique ou d'une insuffisance cardiaque comme la troponine ou le BNP pourraient être utiles dans le diagnostic d'une syncope d'origine cardiaque mais leur place précise dans le diagnostic d'une syncope n'est pas encore bien établie. Deux scores [4, 5], en particulier chez le sujet âgé, semblent apporter une aide dans la stratification du risque mais il n'y a pas de recommandation précise pour le moment sur l'utilisation de ces marqueurs en routine. Des études à grande échelle permettront de préciser leur place dans le diagnostic d'une syncope d'origine cardiaque et dans la stratification du risque du patient.

Revue générale

POINTS FORTS

Éléments orientant un patient à haut risque vers une hospitalisation ou vers un centre spécialisé dans la prise en charge des syncopes :

- Cardiopathie connue.
- Pathologie chronique sévère.
- Syncope à l'effort.
- Syncope en position couchée ou assise.
- Syncope sans prodrome.
- Palpitations au moment de la syncope.
- Bradycardie sinusale ou bloc sino-atrial inappropriés.
- Suspicion d'un dysfonctionnement ou d'un traitement inapproprié d'un dispositif implantable.
- Préexcitation à l'ECG.
- Tachycardie supraventriculaire ou fibrillation atriale.
- ECG suggérant une canalopathie.
- ECG évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit.

Une fois le bilan initial réalisé, trois situations seront alors possibles :

– **patient à risque faible** : dans cette situation, l'hypothèse la plus probable est celle de la syncope réflexe ou orthostatique. L'hospitalisation n'est pas nécessaire dans ce cas. S'il s'agit d'une première syncope, le bilan peut s'arrêter là. Si le patient est anxieux ou s'il s'agit d'une récurrence, le patient peut être adressé, le cas échéant, vers une unité de syncope ou une consultation spécialisée ;

– **patient à risque intermédiaire** : une hospitalisation est préférable ou un monitoring de 24 heures aux urgences avant son orientation vers une unité de syncope ou une consultation spécialisée. Des examens complémentaires pourront être réalisés en fonction de la première évaluation et des éléments d'orientation ;

– **patient à haut risque** : l'hospitalisation s'impose dans ce cas pour la suite des examens ou le traitement, en particulier l'implantation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur cardiaque, la réalisation d'une coronarographie ou d'autres examens cardiologiques permettant de

préciser le diagnostic et d'évaluer le risque vital.

L'hospitalisation

L'hospitalisation avec au minimum un monitoring du rythme cardiaque et de la pression artérielle pendant 24 heures seront nécessaires pour rechercher un trouble du rythme ou de la conduction qui pourraient récidiver et pour la réalisation d'examens complémentaires qui seront orientés en fonction du diagnostic suspecté : du test d'effort à l'échographie cardiaque, de l'IRM à la coronarographie ou l'exploration électrophysiologique. Tous ces examens ne seront pas réalisés systématiquement mais décidés en fonction de chaque patient. Si, malgré le bilan réalisé, le diagnostic reste négatif, l'implantation d'un moniteur ECG sous-cutané de longue durée pourrait apporter une aide supplémentaire dans l'établissement du diagnostic [6]. La simplification de l'implantation, la qualité des tracés et la possibilité de suivre le patient par télésurveillance rendent son utilisation

plus large. Cela implique tout de même une réactivité rapide à toute alerte reçue lors de la télésurveillance du patient par le centre implantateur pour appliquer le traitement adéquat en temps nécessaire.

Conclusion

Le bilan initial précis d'un patient qui consulte suite à une syncope permettra une première évaluation de son risque. Si celui-ci est élevé, il nécessitera une hospitalisation et un bilan orienté. Si ce bilan reste négatif et que le doute persiste, l'implantation d'un moniteur ECG implantable permettra de poursuivre une télésurveillance du patient pendant plusieurs mois.

BIBLIOGRAPHIE

1. MANSOURATI J. *Conduite diagnostique devant un patient suspect de syncope*. EMC - AKOS (Traité de Médecine), 2017;12:1-9.
2. BRIGNOLE M, MOYA A, DE LANGE FJ *et al*. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*, 2018;39:1883-1948.
3. SHEN WK, SHELDON RS, BENDITT DG *et al*. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*, 2017;70:620-663.
4. DU FAY DE LAVALLAZ J, BADERTSCHER P, NESTELBERGER T *et al*. B-Type Natriuretic Peptides and Cardiac Troponins for Diagnosis and Risk-Stratification of Syncope. *Circulation*, 2019;139:2403-2418.
5. PROBST MA, GIBSON T, WEISS RE *et al*. Risk Stratification of Older Adults Who Present to the Emergency Department With Syncope: The FAINT Score. *Ann Emerg Med*, 2020;75:147-158.
6. SOLBIATI M, CASAZZA G, DIPOLA F *et al*. The diagnostic yield of implantable loop recorders in unexplained syncope: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*, 2017;231:170-176.

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