

I Revues générales

Syncopes : quand et qui hospitaliser ?

RÉSUMÉ : Les recommandations européennes de 2018 sur la prise en charge des syncopes permettent de mieux préciser qui et quand hospitaliser après le bilan clinique initial réalisé dans le service des urgences. Les patients à faible risque (syncope d'origine réflexe, vasovagale ou hypotension orthostatique) ont le plus souvent un excellent pronostic. Il est conseillé de ne pas les hospitaliser, de réaliser une éducation thérapeutique de réassurance et de prévoir un bilan ambulatoire si des examens complémentaires sont nécessaires (test d'inclinaison par exemple). Les patients classés à haut risque sur les données de l'interrogatoire, des antécédents (ATCD), de l'examen physique et de l'ECG, doivent bénéficier d'un bilan immédiat en secteur de surveillance des urgences et/ou d'unité de syncope, voire en hospitalisation en cas de pathologies associées sévères, de blessures liées à la syncope, de la nécessité d'un traitement ou d'un bilan spécifique complémentaire.



S. PHILIBERT-LAURENT¹, G. LAURENT²

¹ Hôpital Européen Georges Pompidou, département de Cardiologie, PARIS.

² Service de Cardiologie, CHU DIJON.

La rédaction de cet article a été largement inspirée des données, tableaux et figures publiés en 2018 dans les recommandations européennes sur les syncopes [1].

■ Définition

La syncope est définie comme une perte transitoire de l'état de conscience (PTC) due à une hypoperfusion cérébrale, caractérisée par un début rapide, de courte durée avec une récupération complète spontanée. Les étiologies sont nombreuses et leurs définitions dépendent de la physiopathologie qui peut être d'origine psychogène, neurologique, ou cardiovasculaire (CV).

Le terme de présyncope est parfois utilisé pour définir les symptômes qui se produisent avant la PTC (les prodromes).

■ Évaluation diagnostique et stratification du risque

1. Évaluation initiale

Lorsqu'un patient se présente aux urgences pour suspicion de syncope,

son histoire, comme le témoignage des personnes sur place, doit permettre d'affirmer ou non la réalité de la PTC ainsi que ses caractéristiques. Le recueil de ces informations précieuses permet d'orienter vers un des principaux groupes diagnostics. La **fig. 1** représente le diagramme de l'évaluation initiale et de la stratification du risque.

2. Diagnostic de la syncope

L'évaluation initiale de la syncope consiste à analyser méticuleusement :

- les ATCD personnels et familiaux, le déroulement de l'incident en ayant recours aux témoignages ;
- l'examen physique, y compris la TA en position couchée et debout, l'ECG.

Des examens supplémentaires peuvent être effectués si nécessaire :

- une surveillance ECG (scope, télémétrie) en cas de suspicion d'arythmie ;
- un échocardiogramme en cas d'ATCD cardiaque connu, d'éléments suggérant une cardiopathie structurale ou une syncope secondaire à une cause CV ;
- un massage sinocarotidien chez les patients > 40 ans ;
- un test d'inclinaison en cas de suspicion de syncope réflexe ;

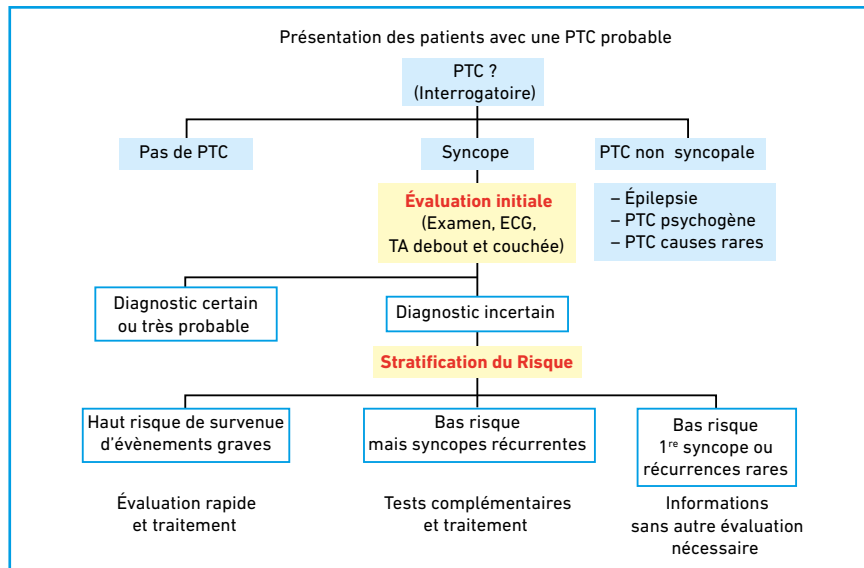


Fig. 1 : Diagramme pour l'évaluation initiale et la stratification du risque des patients admis aux urgences pour PTC. TA = tension artérielle; ECG = électrocardiogramme.

Syncope réflexe

- Histoire de syncopes récurrentes, en particulier < l'âge de 40 ans
- Après un bruit, une odeur ou une douleur désagréable
- Station debout prolongée
- Pendant le repas
- Endroits bondés et/ou chauds
- Activation du système autonome avant la syncope : pâleur, transpiration et/ ou nausées/vomissements
- Avec rotation de la tête ou pression sur le sinus carotidien (rasage, cols serrés)
- Absence de cardiopathie

Syncope due à une hypotension orthostatique (HO)

- Pendant ou après être resté debout
- Station debout prolongée
- Debout après l'effort
- Hypotension post-prandiale
- Relation temporelle avec le début ou les changements de dosage de médicaments vasodépresseurs ou diurétiques entraînant une hypotension
- Présence d'une neuropathie autonome ou d'une maladie de Parkinson

Syncope cardiaque

- Pendant l'effort ou en décubitus dorsal
- Palpitations d'apparition soudaine immédiatement suivies d'une syncope
- Antécédents familiaux de mort subite inexpliquée à un âge jeune
- Présence d'une maladie cardiaque structurale ou d'une coronaropathie
- ECG avec les anomalies suivantes :
 - bloc bifasciculaire (défini comme BBD ou BBD combiné avec bloc fasciculaire antérieur gauche ou postérieur gauche);
 - autres anomalies de la conduction intraventriculaire (durée du QRS $\geq 0,12$ s);
 - bloc AV II Mobitz I et BAV I avec un intervalle PR nettement allongé;
 - bradycardie sinusale asymptomatique inappropriée (40-50 bpm.) ou fibrillation atriale lente (40-50 bpm.) en l'absence de médicaments chronotropes négatifs;
 - TV non soutenue;
 - complexes QRS pré-excités;
 - intervalles QT longs ou courts;
 - repolarisation précoce;
 - sus-décalage du segment ST avec morphologie de type 1 dans les dérivation V1-V3;
 - ondes T négatives dans les dérivation droites, ondes Epsilon évocatrices de Cardiopathie arythmogène du ventricule droit (CAVD);
 - HVG évoquant une CMH.

Tableau I : Caractéristiques cliniques pouvant suggérer un diagnostic sur l'évaluation initiale.

– des tests sanguins lorsqu'ils sont cliniquement indiqués. Par exemple : hémoglobine en cas de suspicion d'hémorragie; saturation en oxygène et analyse des gaz du sang en cas de suspicion d'hypoxie; troponine en cas de syncope si une ischémie coronaire est suspectée; D-dimères lorsqu'une embolie pulmonaire est suspectée.

À l'issue de ce bilan, lorsqu'un diagnostic est presque certain ou hautement probable, aucune autre évaluation n'est nécessaire et un traitement, le cas échéant, peut être planifié.

Le **tableau I** répertorie toutes les caractéristiques cliniques pouvant suggérer un diagnostic lors de l'évaluation initiale.

■ Qui hospitaliser ?

La question découle d'autres questions que le praticien doit se poser à l'issue de l'évaluation initiale : quel est le risque d'une issue grave pour le patient ? Est-ce qu'une hospitalisation avec bilan intensif immédiat peut prévenir un événement grave ?

Hormis la recherche d'un diagnostic, c'est surtout la stratification du risque qui est importante à ce stade car elle permet de reconnaître les patients à faible risque (susceptibles de sortir directement des urgences), de ceux présentant une affection CV à haut risque nécessitant une admission directe. Il est évident que pour réduire le taux d'admission inapproprié, il faut identifier les patients porteurs de prothèses cardiaques ou d'un holter implantable pour interroger rapidement les mémoires des EGMs.

Environ 10 % des patients qui viennent aux urgences pour syncope risquent de présenter un événement grave dans les 7 à 30 jours suivant leur passage, le taux de décès dans cette période est de 0,8 % (13 séries rapportées totalisant 3 259 patients) [1]. Environ 50 % de ces patients sont hospitalisés (ce taux varie,

Revue générale

SYNCOPE	
Risque faible	
● Prodromes typiques de syncope réflexe (flou visuel, sueurs, nausées, vomissements) ● Après la survenue brutale d'un son, d'une odeur, ou d'une douleur désagréable et/ou inattendue ● Après une position debout prolongée ou dans une pièce bondée ou surchauffée ● Durant le repas ou en post-prandial ● Déclenchée par un effort de toux, défécation ou miction ● Après une rotation de la tête ou pression cervicale des sinus carotidiens ● Au passage à l'orthostatisme	
Risque élevé	
Majeur	
Apparition d'une douleur thoracique, dyspnée, douleur abdominale ou céphalées Syncope à l'effort ou en décubitus dorsal Syncope précédée de palpitations	
Mineur (risque élevé uniquement si associé à une cardiopathie ou un ECG anormal) :	
● Légers prodromes ou absence ● Histoire familiale de MSC à un âge jeune ● Syncope en position allongée	
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
Risque faible	
● Syncopes récurrentes depuis plusieurs mois (voire années) avec la même présentation et les caractéristiques d'un risque faible ● Absence de cardiopathie structurée	
Risque élevé	
● Cardiopathie sévère ou coronaropathie (insuffisance cardiaque, FEVG altérée ou antécédent d'IDM)	
EXAMEN PHYSIQUE	
Risque faible	
● Examen physique normal	
Risque élevé	
Majeur	
● TAS < 90 mmHg sans étiologie évidente ● Suspicion de saignement gastrointestinal au toucher rectal ● Bradycardie persistante (< 40 bpm) en état d'éveil et en absence d'activité sportive intensive ● Souffle systolique non connu	
ECG	
Risque faible	
● ECG normal	
Risque élevé	
Majeur	Mineur (risque élevé uniquement si ATCD de syncope d'origine rythmique)
● Signes ECG d'ischémie aiguë ● BAV II Mobitz II et BAV III ● FA lente (< 40 bpm) ou BSA récurrent ou pauses sinusales > 3s en état d'éveil et en l'absence d'entraînement sportif intensif ● Bloc de branche, trouble de conduction intraventriculaire, HVG, ou ondes Q évoquant une CMI ou CMD ● TVS et TVNS ● Dysfonction de PM ou DAI ● Aspect de Brugada type I ● Surélévation du segment ST dans les dérivation V1-V3 évoquant un aspect de Brugada type I ● QTc > 460 ms sur plusieurs ECG-12D évoquant un syndrome du QTL	● BAV II Mobitz I et BAV I avec PR très long ● Bradycardie sinusal inappropriée (40-50 bpm) ou FA lente (40-50 bpm) ● TSV paroxystique ou FA ● Présence d'une pré-excitation ● Intervalle QT court (QTc ≤ 340 ms) ● Aspect de Brugada "atypique" ● Ondes T négatives dans le précordial droit, onde Epsilon évoquant une CAVD

Tableau II : Caractéristiques des patients à haut risque et à faible risque lors de l'évaluation initiale aux urgences. FA = fibrillation atriale ; CAVD = cardiopathie arythmogène du ventricule droit ; BAV = bloc atrioventriculaire ; TA = tension artérielle ; DAI = défibrillateur automatique implantable ; QTL = syndrome du QT long ; FEVG = fraction d'éjection ventriculaire gauche ; MSC = mort subite cardiaque ; TSV = tachycardie supraventriculaire ; TV = tachycardie ventriculaire ; CMI = cardiopathie ischémique ; CMD = cardiomyopathie dilatée.

POINT FORT

- La stratification du risque obtenue à partir de l'examen clinique, de l'interrogatoire, des ATCD et de l'analyse de l'ECG permet l'orientation du patient : retour à domicile, surveillance aux urgences/unité de syncope, hospitalisation.

selon les centres, de 12 à 86 % [2-4]). À ce jour, l'utilisation de protocoles standardisés n'a pas permis de réduire ce taux de manière significative. C'est peut-être parce que les scores de stratification de risque ne sont pas plus performants que l'appréciation clinique subjective, si bien qu'il est conseillé de combiner l'ensemble des données avant de prendre une décision.

Le **tableau II** présente les caractéristiques définissant les patients à risque élevé (qui vont nécessiter une surveillance hospitalière), de ceux à faible risque (qui pourront sortir directement) lors de l'évaluation initiale aux urgences.

Les patients à faible risque sont plus susceptibles d'avoir une syncope d'origine réflexe et un excellent pronostic [5]. Il ne faut cependant pas négliger le rôle de l'éducation thérapeutique et les modifications de mode de vie dans la prise en charge avant sortie. On sait par exemple qu'un patient sur deux seulement réci-

dive dans l'année qui suit la prise en charge appropriée de syncopes réflexes ou inexpliquées (syncopes dont la fréquence en moyenne était de 2-3/an avant la confirmation du diagnostic), et que, parmi les récidivistes, on constate une réduction d'environ 70 % du nombre des épisodes. Le phénomène de réassurance joue certainement un rôle important. Ces patients vont donc être pris en charge en ambulatoire si un complément de bilan est nécessaire (holter ECG, test d'inclinaison, par exemple).

En revanche, la présence d'une cardiopathie structurale ou d'une canalopathie (6-7) est un facteur de risque majeur de mortalité dans les suites d'une syncope. Plusieurs études ont analysé l'impact d'un score clinique sur le suivi à long terme (études OESIL, EGSIS, Rose, Canadian) [1]. Pour résumer, plusieurs éléments évidents sont associés à un plus mauvais pronostic à un an : un âge avancé, des données évoquant une pathologie cardiaque (ATCD CV, douleur thoracique,

syncope en position couchée ou d'effort), un ECG anormal. Pour ces patients à risque élevé, le **tableau III** fait état des critères cliniques qui permettent de définir le lieu de prise en charge (secteur des urgences et/ou une unité dédiée à la syncope vs hospitalisation immédiate).

■ Quand hospitaliser ?

Au terme de l'évaluation du risque, certains patients doivent être hospitalisés pour un bilan complémentaire, la question est de savoir si celui-ci doit être immédiat ou peut être différé au cours d'un séjour en ambulatoire, par exemple. La mise en œuvre de nouveaux parcours de soins et d'approches organisationnelles, comme la mise en observation aux urgences dans une unité dédiée à la syncope, ou une prise en charge optimisée en ambulatoire (**fig. 2**), pourraient être des alternatives sûres et efficaces notamment pour les patients à risque intermédiaire (pas de critère de malignité ni de bénignité, **tableau II**).

Seuls les patients à risque élevé devraient être hospitalisés immédiatement.

Les patients à faible risque qui présentent le plus souvent des syncopes d'origine vaso-vagale, réflexe, situationnelle ou orthostatique, ne nécessitent pas de bilan complémentaire dans la foulée de leur prise en charge aux urgences. Un bilan

En faveur d'un bilan aux urgences et/ou en unité de syncope	En faveur d'une admission à l'hôpital
Caractéristiques de risque élevé ET : ● Cardiopathie structurale connue et stable ● Pathologie chronique sévère ● Syncope à l'exercice ● Syncope en position assise ou debout ● Syncope sans prodrome ● Palpitations au moment de la syncope ● Bradycardie sinusale inappropriée ou bloc sino-atrial ● Suspicion de dysfonction de prothèse ou de thérapie inappropriée ● Complexes QRS pré excités ● TSV ou FA paroxystique ● ECG suggérant une arythmie cardiaque héréditaire ● ECG suggérant une CAVD	Caractéristiques de risque élevé ET : ● Toute potentielle pathologie sévère coexistant qui nécessite une hospitalisation ● Blessures causées par la syncope ● Toute nécessité d'un bilan complémentaire non réalisable dans une autre unité (télémétrie ECG, échocardiographie, test d'effort et de stress, exploration électrophysiologique, angiographie, dysfonction de prothèse) ● Nécessité d'un traitement de la syncope

Tableau III : Patients à risque élevé : critères en faveur d'une prise en charge dans le secteur des urgences et/ou dans une unité dédiée à la syncope vs hospitalisation immédiate.

Revue générale

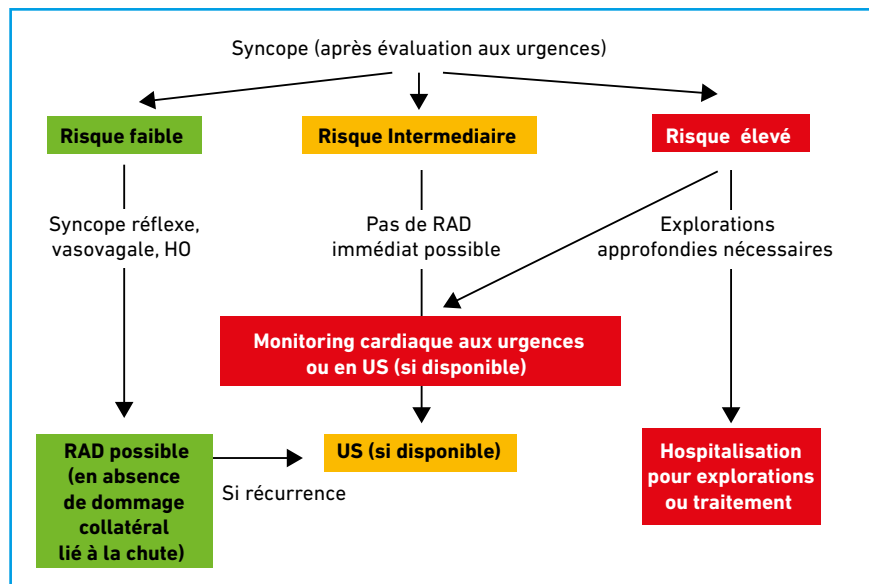


Fig. 2 : Algorithme de stratification et d'orientation des patients admis aux urgences pour syncope en fonction des critères de gravité définis dans le tableau II (présence de critères de gravité en rouge, absence en vert ou risque indéterminé en jaune). US = unité syncope, RAD = retour à domicile.

Recommandations	Classe	Niveau de preuve
Il est recommandé que les patients présentant un risque faible, dans le cadre d'une syncope situationnelle, réflexe ou par hypotension orthostatique ne soient pas hospitalisés.	I	B
Il est recommandé que les patients présentant un risque élevé bénéficient d'un bilan intensif immédiat dans une unité de syncope ou en secteur de surveillance des urgences (si disponible), ou en hospitalisation.	I	B
Il est recommandé pour les patients qui n'ont ni un risque faible, ni un risque élevé qu'ils soient surveillés en secteur des urgences ou en unité de syncope sans être hospitalisés.	I	B

Tableau IV : Recommandations européennes concernant l'orientation des patients à partir du secteur des urgences.

complémentaire ambulatoire peut être programmé secondairement.

Les patients à risque élevé doivent bénéficier d'un bilan complémentaire intensif immédiat en hospitalisation. Ils doivent être monitorés sur le plan rythmique (bien que l'on ne sache pas précisément pour combien de temps mais certainement au moins 6 heures), dans un secteur qui peut pratiquer une réanimation cardiocirculatoire si la situation se détériore.

Les patients qui ne présentent ni les critères de malignité ni les critères de bénignité (risque intermédiaire) nécessitent

un avis d'expert qui peut le plus souvent être réalisé en secteur de surveillance des urgences ou en unité de syncope sans hospitalisation.

Une expérimentation monocentrique [8], a évalué la création d'un court séjour aux urgences avec une observation de ≤ 48 h couplée à une prise en charge spécialisée vers une unité de syncope, ce qui a permis de réduire le taux d'hospitalisation à 29 %. Parmi les patients non admis en secteur d'hospitalisation, 20 % ont pu rentrer directement à domicile après une brève surveillance, 20 % ont été admis dans l'unité de syncope, et 31 % sont

sortis directement des urgences [9]. Le **tableau IV** fait état des recommandations européennes concernant l'orientation des patients à partir du secteur des urgences.

On voit bien que l'unité de syncope permet une surveillance adaptée au niveau de risque et pourrait être la pierre angulaire de la prise en charge des syncopes.

BIBLIOGRAPHIE

- BRIGNOLE M, MOYA A, DE LANGE FJ *et al.* ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*, 2018;39:1883-1948.
- BRIGNOLE M, MENOZZI C, BARTOLETTI A *et al.* A new management of syncope: prospective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J*, 2006; 27:76-82.
- DACCARETT M, JETTER TL, WASMUND SL *et al.* Syncope in the emergency department: comparison of standardized admission criteria with clinical practice. *Europace*, 2011; 13:1632-1638.
- THIRUGANASAMBANDAMOORTHY V, TALJAARD M, STIELL IG *et al.* Emergency department management of syncope: need for standardization and improved risk stratification. *Intern Emerg Med*, 2015; 10:619-627.
- SOTERIADES ES, EVANS JC, LARSON MG *et al.* Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med*, 2002; 347:878-885.
- QUINN J, McDERMOTT D, STIELL I *et al.* Prospective validation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with serious outcomes. *Ann Emerg Med*, 2006;47:448-454.
- OLSHANSKY B, POOLE JE, JOHNSON G *et al.* SCD-HeFT Investigators. Syncope predicts the outcome of cardiomyopathy patients: analysis of the SCD-HeFT study. *J Am Coll Cardiol*, 2008;51:1277-1282.
- CASAGRADA I, BRIGNOLE M, CENCETTI S *et al.* Management of transient loss of consciousness of suspected syncopal cause, after the initial evaluation in the Emergency Department. *Emergency Care J*, 2016;12:25-27.
- UNGAR A, TESI F, CHISCIOTTI VM *et al.* Assessment of a structured management pathway for patients referred to the Emergency Department for syncope: results in a tertiary hospital. *Europace*, 2016;18:457-462.

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