

Les particularités de la syncope chez les patients âgés

RÉSUMÉ : L'incidence de la syncope augmente avec l'âge. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique peuvent s'avérer complexes, notamment chez les patients âgés présentant de nombreuses comorbidités ou une altération des fonctions cognitives.

Une approche standardisée peut permettre l'obtention d'un diagnostic définitif chez plus de 90 % des patients âgés souffrant de syncopes, et ainsi diminuer les moyens diagnostiques et les durées d'hospitalisation.

Même s'il n'existe pas d'importantes différences entre le traitement de la syncope chez les patients jeunes et âgés, une approche spécifique s'avère cependant nécessaire pour l'hypotension orthostatique, les thérapeutiques médicamenteuses et l'implantation de stimulateurs cardiaques.



→ **A. UNGAR, M. RAFANELLI,
A. MORRIONE,
V.M. CHISCIOTTI,
M.A. BRUNETTI, E. RUFFOLO,
A. CECCOFILIO**

Syncope Unit, Unit of Gerontology and Geriatric Medicine, Department of Critical Care Medicine and Surgery, University of Florence and Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, FLORENCE.

La syncope est une perte de conscience brutale, de courte durée, due à une diminution de la perfusion cérébrale [1]. Plusieurs facteurs exposent les patients âgés aux syncopes : troubles de compliance ventriculaire gauche, hypovolémie et diminution de sensibilité des barorécepteurs. Le risque d'hypoperfusion cérébrale est encore accru par de nombreuses maladies, comme l'insuffisance cardiaque, le diabète ou les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Enfin, l'augmentation des résistances périphériques [2] peut également expliquer le rôle que jouent certains médicaments vasoactifs dans le déclenchement des syncopes chez les sujets âgés [3]. Avec l'âge, la perfusion cérébrale est globalement diminuée, mais les processus d'autorégulation sont relativement conservés pour autoriser le maintien des flux cérébraux en position allongée au repos et au cours du *tilt test* [4]. De façon générale, si, chez un individu jeune en bonne santé, l'âge et la pression artérielle n'ont que très peu d'influence sur le seuil minimum de pres-

sion nécessaire au maintien de la conscience, chez les patients âgés, un niveau de pression de base légèrement élevé offre une "réserve" de pression sanguine permettant le maintien de la conscience dans des situations cliniques plus critiques [5].

Les syncopes sont plus fréquentes chez les patients âgés que chez les sujets plus jeunes. Environ 3 % des admissions en services d'urgences et 2 % à 6 % de la totalité des admissions hospitalières sont liés à des syncopes ou à des traumatismes subis à la suite d'une syncope, et 80 % des patients hospitalisés pour des syncopes ou leurs conséquences ont 65 ans ou plus [6]. Dans une étude réalisée en service d'urgence, l'âge moyen des patients hospitalisés pour syncope est de 71 ans et les sujets de plus de 65 ans représentent 60 % de la population admise pour ce diagnostic [7].

La véritable incidence des syncopes du sujet âgé est vraisemblablement sous-estimée. En effet, on observe souvent chez ces patients une amnésie rétrograde et il est alors difficile de

LE DOSSIER

Syncope : actualités

différencier une véritable syncope d'une simple chute sans perte de connaissance.

La morbidité et la mortalité des syncopes sont plus élevées chez les patients âgés que chez les sujets plus jeunes. Lorsque les conséquences des chutes qu'elles entraînent sont graves, les syncopes peuvent provoquer une certaine invalidité et altérer la qualité de vie des patients par la peur de chuter, la perte de confiance dans ses capacités aboutissant à une perte d'autonomie et parfois à de véritables états anxieux, voire dépressifs [8]. La reconnaissance des pathologies à l'origine des syncopes est donc une étape essentielle de la prise en charge. Dans l'étude de suivi EGSYS 2 publiée récemment [9], l'âge en soi n'est pas un facteur prédictif indépendant de la récurrence des épisodes syncopaux et de la mortalité, cette dernière étant étroitement liée aux pathologies cardiovasculaires à l'origine de la syncope.

Etiologies

La prévalence de l'hypotension orthostatique est d'environ 30 % chez les sujets âgés vivant à leur domicile et de 33 % chez les patients âgés hospitalisés ou vivant en institutions. La comparaison des étiologies des syncopes retrouvées dans la population générale (EGSYS 2, *Evaluation of Guidelines in SYNcope Study 2*) et chez les sujets âgés (GIS, *Group for the Study of Syncope in the elderly*) [10] est présentée dans le **tableau I**. On notera que la syncope de type neuro-réflexe est l'étiologie la plus fréquente dans les deux populations, que les causes cardiaques représentent 16 % des étiologies dans l'étude EGSYS 2 et chez les patients de plus de 75 ans dans l'étude GIS. Dans une étude publiée par Rhebergen *et al.* en 2005 [11], la prévalence de l'hypotension post-prandiale est comprise

Causes des syncopes	EGSYS 2 Tous n = 465	GIS		p
		65-75 ans n = 71	> 75 ans n = 160	
Cardiaques (n, %)	74 (16)	8 (11,3)	26 (16,3)	ns
Neuro-réflexes (n, %)	309 (66)	44 (62)	58 (36,3)	0,001
Orthostatiques (n, %)	46 (10)	3 (4,2)	49 (30,5)	0,001
Cérébrovasculaire (n, %)	0 (0)	0	0	/
Introgéniques (n, %)	2 (0)	3 (4,2)	8 (5)	ns
Causes inexplicables (n, %)	11 (2)	10 (14,1)	14 (8,8)	ns

* < 75 ans vs > 75 ans GIS

TABLEAU I : Comparaison entre les causes de syncope dans la population générale et chez les sujets âgés.

entre 34 et 65 % chez les sujets âgés et peut être à l'origine de syncopes. L'intensité de ce phénomène dépend de la composition des repas. Les hydrates de carbone, et plus spécialement encore le glucose, y jouent un rôle déterminant. Une étude récente [12] a démontré que l'acarbose, un inhibiteur de l'alpha-glucosidase qui diminue le taux d'absorption du glucose dans l'intestin grêle, constitue un moyen efficace et fiable de traiter les patients âgés souffrant d'hypotension post-prandiale.

Plus de 50 % des patients souffrant d'hypotension orthostatique ont une hypertension en position couchée, ce qui limite l'utilisation des traitements vasoactifs.

Diagnostic

Le GIS (*Group for the Study of Syncope in the elderly*) a montré qu'un protocole diagnostique standardisé – tel que par exemple celui recommandé par la Société Européenne de Cardiologie (**fig. 1**) – est également applicable chez les sujets âgés et permet de réduire de façon significative le taux d'épisodes syncopaux non expliqués. L'évaluation initiale se fonde sur l'histoire clinique, un exa-

men physique complet et un ECG 12 dériviés.

1. Evaluation initiale

L'**interrogatoire** doit tenir compte des éventuels traitements en cours et tenter de définir si nécessaire la durée séparant la prise médicamenteuse de la syncope. Il convient également de déterminer les éventuelles associations avec des repas ou des mictions nocturnes. Il est aussi essentiel d'évaluer la fragilité physique et le cas échéant le degré d'invalidité locomotrice de pathologies telles que la maladie de Parkinson, la présence d'atteintes articulaires, l'existence d'atteintes cérébrales ou cérébrovasculaires, et de suivre le plus efficacement possible les épisodes syncopaux, notamment lorsque des phénomènes d'amnésie sont suspectés. Un bilan du statut cognitif du patient est indispensable de même que l'évaluation du retentissement des épisodes syncopaux sur différents paramètres : confiance en soi, autonomie quotidienne... [1].

La syncope vaso-vagale se présente de façon atypique chez les sujets âgés, c'est-à-dire apparemment sans facteurs déclenchants. Une étude récente a montré les limites de l'anamnèse

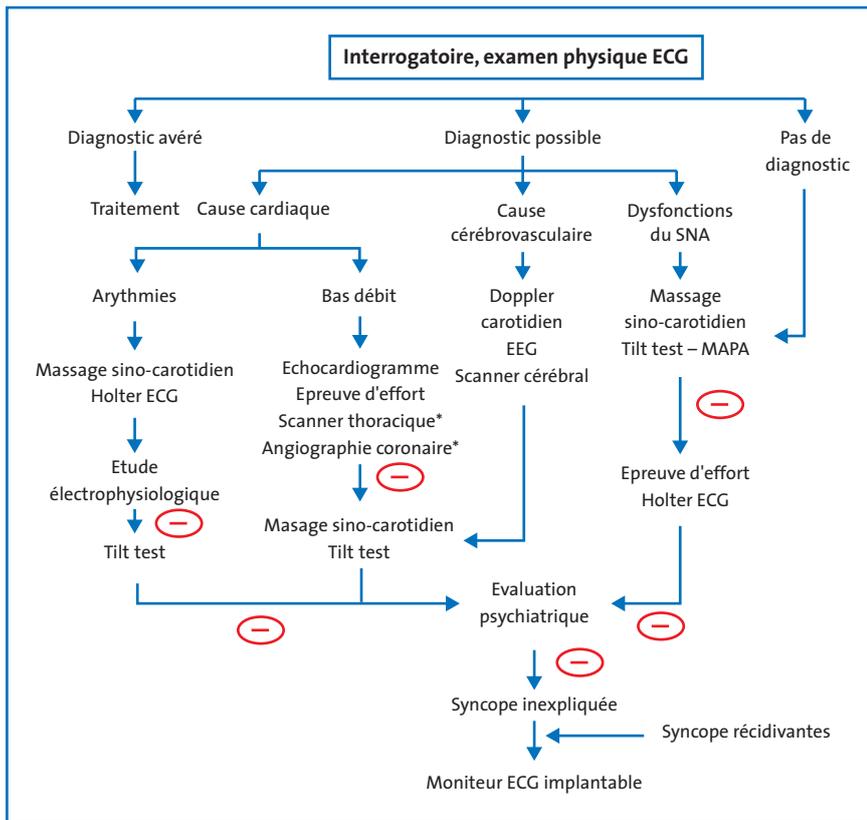


Fig. 1: Algorithme pour le diagnostic des pertes de connaissance transitoires [10].

dans le diagnostic de la syncope vagale chez le patient âgé. C'est dire l'importance d'un examen minutieux, en particulier neurologique, pour retenir l'origine neurologique d'un épisode syncopal [13]. Les prodromes, considérés comme rares chez les sujets âgés, sont en réalité très fréquents dans la population de l'étude GIS avec 72,9 % des patients ayant perçu au moins un symptôme prodromique, notamment de type neurologique. Cette étude n'a mis en évidence aucune différence substantielle quant à l'absence ou à la présence de prodromes selon les types de syncopes. A titre d'exemple, des prodromes neurologiques étaient présents chez 76,3 % des patients atteints de syncopes "neurologiques" et chez 60,6 % des patients souffrant d'autres types de syncopes [10].

Les prodromes sont en réalité également fréquents chez les sujets âgés, mais ils ne permettent pas de reconnaître les différents types de syncopes. Une étude récente a d'ailleurs démontré que des symptômes tels que des nausées, une vision trouble et des sueurs peuvent précéder des syncopes non cardiaques et seule la dyspnée est prédictive des syncopes cardiaques chez les patients âgés [14]. En pratique clinique, il est cependant très important d'identifier ces symptômes afin d'en informer correctement le patient et, par là-même, de réduire le taux de récurrences de la syncope.

L'examen physique devra comprendre une évaluation neurologique, de l'appareil locomoteur, du degré d'équilibre en position debout et à la

marche, ainsi qu'un mini-mental test (MMSE) en cas de suspicion de troubles cognitifs [1]. La recherche d'une hypotension orthostatique constitue un élément important de l'évaluation clinique chez les sujets âgés. Lorsque le patient éprouve des difficultés à maintenir la position debout de façon autonome, il est possible de recourir à un *tilt test* afin d'établir définitivement la réalité d'une hypotension orthostatique.

Lorsque des protocoles diagnostiques invasifs et des hospitalisations répétées sont considérés comme inappropriés, il peut s'avérer nécessaire d'instaurer un traitement "en aveugle", à partir de résultats d'études cliniques certes limitées, en supprimant par exemple des médicaments connus pour favoriser des syncopes, en prescrivant des anti-arythmiques et/ou en recourant à la stimulation cardiaque.

Comme le montre le **tableau I**, l'hypotension orthostatique est très fréquente chez les patients de plus de 75 ans (30,5 %) [10]. C'est pourquoi la prise de la pression artérielle en position couchée et debout est un geste essentiel conformément aux dernières recommandations [1]. L'hypotension orthostatique n'est pas toujours reproductible, notamment lorsqu'elle est due à un traitement ou seulement reliée à l'âge. Il est donc recommandé de répéter les prises de PA en position debout, de préférence le matin, ou le plus "rapidement" possible après un épisode syncopal [1]. Malheureusement, cette démarche diagnostique est assez rare en pratique, notamment en service d'urgence. Dans l'étude EGSYS, les facteurs prédictifs indépendants de survenue d'une hypotension orthostatique chez les patients admis en soins d'urgence sont la maladie de Parkinson, la prise de diurétiques et de nitrates (**tableau II**) [15].

LE DOSSIER

Syncope : actualités

	Rapport	Intervalles de confiance		p
		Seuil mini.	Plafond	
Maladie de Parkinson	10,91	2,64	45,05	0,001
Diurétiques	3,73	1,23	11,28	0,020
Nitrates	5,20	1,99	13,61	0,001

TABLEAU II : Facteurs de prédiction indépendants de la syncope [15].

2. Evaluation cardiologique et du système nerveux autonome

Le *tilt test* établi selon le protocole italien (400 mg de nitroglycérine en sublingual) [16] a été validé sur des cohortes de patients âgés, avec une sensibilité et une spécificité comparables à celles des patients plus jeunes. Sa tolérance est très satisfaisante même chez les patients très âgés.

Les dernières *guidelines* de la Société Européenne de Cardiologie [1] insistent sur l'intérêt du massage du sinus carotidien lors de l'évaluation initiale du fait de la forte prévalence du syndrome du sinus carotidien dans l'étiologie des syncopes et des chutes inexplicables chez les sujets âgés. Chez les patients de plus de 80 ans, le massage du sinus carotidien est "positif" dans près de 41 % des cas et il est très bien toléré. Une étude récente réalisée chez des patients présentant des syncopes répétitives a, d'une part, démontré qu'une réponse cardio-inhibitrice positive lors du massage du sinus carotidien était un facteur prédictif d'asystolie au cours d'une syncope spontanée et, d'autre part, suggéré l'intérêt d'un stimulateur pour éviter les récurrences syncopales [1].

L'évaluation cardiaque est comparable chez les patients jeunes et chez les sujets âgés. La pose d'un moniteur ECG implantable est indiquée chez les patients à risque élevé, dont l'évaluation clinique complète n'a pas révélé l'étiologie de la syncope, ni suggéré de

traitement [1], ou encore chez les sujets souffrant de syncopes neurocardiogéniques ou suspectées comme telles, avant de recourir à la stimulation cardiaque. Chez les sujets âgés, ce type de moniteurs implantables possède une valeur diagnostique très élevée et autorise une thérapie sûre, spécifique et efficace.

Confusions entre syncopes et chutes

Une chute accidentelle peut être attribuée à une syncope et inversement, notamment lorsque les circonstances dans lesquelles l'événement s'est produit ne sont pas claires. Chez les sujets âgés, il est difficile d'obtenir une description précise de l'épisode syncopal afin de bien le différencier des autres causes potentielles de chute. Très souvent, les patients souffrent d'une amnésie rétrograde, celle-ci serait même présente chez 90 % des patients dont les

chutes seraient dues à un syndrome du sinus carotidien.

Erreurs de diagnostic

Si l'étiologie de la syncope reste inconnue au terme d'une évaluation clinique complète ou si des récurrences interviennent en dépit d'un traitement spécifique, le patient doit bénéficier d'une nouvelle évaluation. Dans ces cas, la perte de conscience momentanée peut avoir une origine non-syncopale [1]. Certaines situations cliniques ressemblent en effet à des syncopes et provoquent une perte momentanée de connaissance, sans avoir pour origine une hypoperfusion cérébrale. Il peut s'agir de troubles métaboliques, de crises d'épilepsie [17] ou d'intoxications. Le **tableau III** énumère les pathologies les plus fréquemment confondues avec des syncopes [1]. Inversement, dans certaines pertes de connaissance, le diagnostic est porté par défaut. Une étude, effectuée chez 74 patients considérés comme épileptiques à partir de critères non précis et présentant des récurrences avec une apparente résistance aux traitements, a retrouvé de véritables épisodes syncopaux chez 41 % des patients inclus. Un moniteur ECG implantable a permis, dans cette étude, de mettre en évidence une syncope liée à une bradycardie.

Troubles associés à une perte partielle ou complète de la connaissance

- Epilepsie
- Troubles métaboliques, y compris hypoglycémie, hypoxie
- Intoxications

Troubles mimant une altération de la conscience

- Chutes
- Catalepsie
- Drop Attacks
- Pseudo-syncope psychogénique
- AIT d'origine carotidienne
- Hyperventilation avec hypocapnie

TABLEAU III : Maladies communément diagnostiquées à tort comme syncopes [1].

Organigramme pour la prise en charge de la syncope : les Unités de syncopes

La syncope et les autres types de pertes provisoires de connaissance sont des pathologies complexes en termes de diagnostic et de prise en charge. Souvent, les patients subissent des examens diagnostiques inutiles et coûteux qui prolongent la durée d'hospitalisation et alourdissent les budgets de prise en charge sans cependant aboutir à un diagnostic fiable. Une approche multidisciplinaire est donc essentielle chez les patients souffrant de pertes de connaissance transitoires [1].

Un modèle de prise en charge des syncopes a été proposé dans les recommandations 2004 de la Société Européenne de Cardiologie et adopté par l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmologia (AIAC). Les Unités de syncopes sont dotées de compétences spécifiques, elles ont pour mission d'évaluer les patients qui présentent des syncopes dont les causes n'ont pas pu être déterminées dans le cadre d'une évaluation de base, ou qui connaissent un taux de récurrences important, avec des conséquences traumatiques. Les compétences nécessaires imposent la présence de praticiens spécifiquement formés, ainsi que la disponibilité d'outils diagnostiques et de procédures thérapeutiques afin de réduire le taux d'hospitalisations pour cause de syncope, d'éviter les examens diagnostiques inutiles, et de limiter les dépenses de santé [18]. En Italie, 21 services de prise en charge des syncopes ont été certifiés en 2009 par une commission multidisciplinaire, mise en place par les Sociétés Italiennes de Rythmologie, de Médecine Interne, d'Urgence et de Gériatrie [19].

Une étude prospective [20] conduite récemment auprès de 9 Unités de syncopes italiennes a documenté la pratique actuelle de ces centres spécialisés, qui ont adopté le modèle ESC et

démonstré qu'un diagnostic précis et correct était réalisable dès l'évaluation initiale chez 21 % des patients. Les patients souffrant de syncopes inexplicables étaient des sujets plus âgés, porteurs de maladies cardiaques structurales, dont les ECG étaient anormaux ; les syncopes n'étaient pas précédées de prodromes, et les scores OESIL et EGSYS étaient plus élevés chez ces patients comparativement aux autres. Les patients dirigés vers les Unités de syncopes sont par définition les plus complexes. C'est pourquoi la notion d'expertise devient pertinente et élargit la prise en charge des patients, la stratification des risques au diagnostic, en passant par la thérapeutique et le suivi ciblé en particulier des patients âgés, au profil anormalement complexe.

Bibliographie

1. MOYA A, SUTTON R, AMMIRATI F *et al.* Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2009; 30: 2631-71.
2. SERRADOR JM, SOROND FA, VYAS M *et al.* Cerebral pressure-flow relations in hypertensive elderly humans: transfer gain in different frequency domains. *J Appl Physiol*, 2005; 98: 151-9.
3. KENNY RA *et al.* Syncope in the elderly: diagnosis, evaluation, and treatment. *J Cardiovasc Electrophysiol*, 2003; 14: S74-S77.
4. CAREY BJ, PANERAI RB, POTTER JF *et al.* Effect of aging on dynamic cerebral autoregulation during head-up tilt. *Stroke*, 2003; 34: 1871-5.
5. GIESE AE, LI V, MCKNITE S *et al.* Impact of age and blood pressure on the lower arterial pressure limit for maintenance of consciousness during passive upright posture in healthy vasovagal fainters: preliminary observations. *Europace*, 2004; 6: 457-62.
6. KAPOOR WN *et al.* Syncope in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 1994; 42: 426-36.
7. BRIGNOLE M, MENOZZI C, BARTOLETTI A *et al.* A new management of syncope: prospective systematic guideline-based evaluation of patient referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J*, 2006; 27: 76-82.
8. TINETTI ME, MENDES DE LEON CF, DOUCETTE JT *et al.* Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol*, 1994; 49: M140-M147.
9. UNGAR A, DEL ROSSO A, GIADA F *et al.* For the Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2 (EGSYS 2) Group. *Eur Heart J*, 2010 in press.
10. UNGAR A, MUSSI C, DEL ROSSO A *et al.* Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments. *J Am Geriatr Soc*, 2006; 54: 1531-6.
11. RHEBERGEN GA, SCHOLZEL-DORENBOS CJ *et al.* Orthostatic and postprandial hypotension in patients aged 70 years or older admitted to a medical ward. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2005; 60: 1271-7.
12. JIAN ZJ, ZHOU BY *et al.* Efficacy and safety of acarbose in the treatment of elderly patient with postprandial hypotension. *Clin Med J (Engl)*, 2008; 20: 2054-9.
13. DEL ROSSO A, ALBONI P, BRIGNOLE M *et al.* Relation of Clinical Presentation of Syncope to the Age of Patients. *Am J Cardiol*, 2006; 96: 1431-5.
14. GALIZIA G, ABETE P, MUSSI C *et al.* Role of early symptoms in assessment of syncope in elderly people: results from the Italian group for the study of syncope in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 2009; 57: 18-23.
15. MUSSI C, UNGAR A, SALVIOLI G *et al.* Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2 Group. Orthostatic hypotension as cause of syncope in patients older than 65 years admitted to emergency departments for transient loss of consciousness. *J Gerontol*, 2009; 64: 801-6;
16. DEL ROSSO A, UNGAR A, BARTOLI P *et al.* Usefulness and safety of shortened head-up tilt testing potentiated with sublingual glyceryl trinitrate in older patients with recurrent unexplained syncope. *J Am Geriatr Soc*, 2002; 50: 1324-8;
17. ZAIDI A, CLOUGH P, COOPER P *et al.* Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause. *J Am Coll Cardiol*, 2000; 36: 181-4.
18. BRIGNOLE M, UNGAR A, BARTOLETTI A *et al.* Standardized-care pathway vs. usual management of syncope patients presenting as emergencies at general hospitals. *Europace*, 2006; 8: 644-50.
19. Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope (GIMSI)/Area Syncope Unit/Syncope Unit certificate GIMSI. www.gimsi.it
20. BRIGNOLE M, UNGAR A, CASAGRANDA I *et al.* Prospective multicenter systematic guideline-based management of patients referred to the Syncope Unit of general hospitals. *Europace*, 2009; 370: 1-10.

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