# Mesures thérapeutiques des syncopes vasovagales

**RÉSUMÉ : La syncope vasovagale est une affection fréquente. Du fait de sa bénignité, elle ne nécessite pas de traitement spécifique dans la majorité des cas. Elle peut, toutefois, altérer la qualité de vie de certains patients lorsque les accès syncopaux sont fréquents ou surviennent sans prodromes, ou elle peut être menaçante chez ceux qui pratiquent des activités à haut risque.**
**La base du traitement de la syncope vasovagale est le respect des mesures hygiéno-diététiques consistant à éviter les facteurs déclenchants. L'entraînement à l'orthostatisme pourrait avoir un certain bénéfice, mais son intérêt est limité du fait de la faible observance des patients. En cas de récidives de syncopes précédées de prodromes, les manœuvres de contraction musculaire isométrique ont fait la preuve de leur efficacité pour atténuer les symptômes. Le traitement pharmacologique s'est révélé plutôt inefficace.**
**L'indication de la stimulation cardiaque est très controversée pour le traitement des syncopes vasovagales à composante cardio-inhibitrice majeure.**

→ **M. FATEMI, J.J. BLANC**
Département de Cardiologie
CHU, BREST.

La syncope vasovagale ne mettant pas en jeu le pronostic vital, l'objectif principal du traitement est la prévention des récidives et des traumatismes associés, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie. Dans la majorité des cas, la stratégie thérapeutique peut se limiter à rassurer les patients sur la bénignité de leur condition et à leur prodiguer des conseils hygiéno-diététiques (***tableau I***).

## Mesures hygiéno-diététiques

La première étape dans la prise en charge de la syncope vasovagale est l'éducation [1]. Le patient doit être rassuré de la bénignité de sa pathologie et détecter les conditions favorisant la survenue des épisodes syncopaux : éviter la station debout prolongée, les ambiances chaudes et confinées, la déshydratation. Le port de bas de contention pourrait être suggéré dans certains cas, afin d'éviter la stase veineuse périphérique. Occasionnellement, un régime hypersodé peut être proposé pour réduire le risque d'hypovolémie.

Les patients doivent apprendre à reconnaître les prodromes qui précèdent la survenue de syncope afin de réaliser les manœuvres nécessaires réduisant les symptômes (passage à la position allongée, manœuvres de contraction musculaire isométrique). Les épisodes syncopaux peuvent être favorisés par la prise d'agents hypotenseurs (comprenant les alphabloquants, les diurétiques et l'alcool) qui devrait être évitée dans la mesure du possible.

Lorsque les conseils hygiéno-diététiques ne suffisent pas, d'autres mesures peuvent se révéler nécessaires dans les situations suivantes :
– syncopes fréquentes altérant la qualité de vie,
– syncopes récidivantes avec peu ou pas de prodrome exposant le patient à un risque de traumatismes,
– syncopes survenant lors d'activités à haut risque (ex. conduite automobile, manipulation de machine, sport de compétition…).

| Recommandations | Classe | Niveau de preuve |
|---|---|---|
| Rassurer, expliquer le diagnostic et les risques de récidives | I | C |
| Manœuvres de contraction musculaire isométrique en cas de prodromes | I | B |
| Stimulation cardiaque chez les patients > 40 ans avec syncopes réflexes et bradycardie documentée lors d'épisodes spontanés | IIa | B |
| La midodrine peut être envisagée en cas de syncopes vasovagales réfractaires | IIb | B |
| L'entraînement à l'orthostatisme peut être bénéfique mais dépend de la compliance du patient | IIb | B |
| La stimulation cardiaque peut être indiquée chez les patients > 40 ans avec réponse cardio-inhibitrice documentée lors du test d'inclinaison, quand d'autres mesures ont échoué | IIb | C |
| La stimulation cardiaque n'est pas indiquée si le réflexe cardio-inhibiteur n'a pas été documenté | III | C |
| Les bêtabloquants ne sont pas indiqués | III | A |

**Tableau I :** Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie pour le traitement de la syncope vasovagale.

## D'autres options thérapeutiques

### 1. Manœuvres de contraction musculaire isométrique

Récemment, les manoeuvres de contraction musculaire isométrique (CMI) ont fait la preuve de leur efficacité pour le traitement de la syncope vasovagale. La CMI provoquée par le croisement des jambes ou le serrage des poings s'est révélée efficace pour augmenter le niveau de la pression artérielle au début de l'épisode. Cette mesure permettrait au patient d'éviter ou de retarder la perte de connaissance dans la majorité des cas.

L'efficacité de cette approche a été validée par une étude multicentrique randomisée [2] incluant 223 patients avec syncopes récidivantes précédées de prodromes décelables par les sujets. Les CMI entraînaient une réduction significative de la charge syncopale annuelle : le taux de récidives de syncopes était de 51 % dans le groupe contrôle contre 32 % dans le groupe bénéficiant des CMI. La réduction de risque dans le groupe traité était de 39 % et hautement significative (p = 0,018).

### 2. Entraînement à l'orthostatisme

Une autre approche non pharmacologique proposée comme traitement des syncopes vasovagales récidivantes est l'entraînement à l'orthostatisme. Cette technique consiste à pratiquer une station debout contre un mur d'une durée progressivement croissante, allant jusqu'à 30 minutes, à raison de 6 à 7 jours par semaine, pendant au moins 4 semaines. Une étude randomisée réalisée chez 125 patients avec syncopes vasovagales récidivantes a montré que le taux de récidives à 1 an dans le groupe pratiquant l'entraînement n'était que de 27 % contre 70 % dans le groupe contrôle [3]. Toutefois, l'inconvénient majeur de cette technique est la faible compliance observée dans le groupe traité.

### 3. Traitement pharmacologique

De nombreux agents pharmacologiques ont été évalués pour le traitement de la syncope vasovagale. Malheureusement, dans la plupart des cas, les résultats sont décevants. Ces agents comprennent entre autres, les bêtabloquants, la disopyramide, la scopolamine, la théophylline, l'éphédrine, l'étiléfrine, la midodrine, la clonidine et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine. Les études non contrôlées ou se déroulant sur de courtes périodes ont mis en évidence un certain bénéfice des traitements pharmacologiques qui n'a pas été confirmé par des études contrôlées contre placebo et comportant des suivis de longue durée.

>>> **Les alphabloquants** (étiléfrine et midodrine) on été utilisés pour pallier à l'insuffisance de la vasoconstriction réflexe dans la syncope vasovagale. L'étiléfrine s'est révélée inefficace aussi bien pour prévenir la syncope observée lors du test d'inclinaison que pour réduire la fréquence de récidives à long terme [4]. En ce qui concerne la midodrine, son administration en dose unique 1 heure avant le test d'inclinaison a été associée à une réduction significative de récidives de syncopes induites lors du test [5]. Son administration pendant 1 mois s'est également révélée supérieure au placebo pour réduire la fréquence des syncopes et allonger la durée avant la récidive des symptômes chez les patients présentant des syncopes hypotensives fréquentes [6]. L'inconvénient de ces études est que de nombreux patients avec syncope hypotensive ont été inclus. Dès lors, l'extrapolation des résultats à tous les patients présentant des syncopes vasovagales doit se faire avec la plus grande prudence. Par ailleurs, la midodrine comporte plusieurs inconvénients : la courte durée de vie du médicament nécessitant plusieurs

prises journalières et les effets secondaires (notamment de type urinaire chez le patient âgé) limitent son utilisation à long terme.

>>> **La fludrocortisone** est largement utilisée chez les patients adultes présentant des syncopes réflexes, mais aucune étude n'a confirmé son efficacité. Une seule étude randomisée en double aveugle a été réalisée dans la population pédiatrique, mais n'a pas conclu à l'efficacité de la fludrocortisone [7].

>>> **Les bêtabloquants :** le mécanisme d'action présumé des bêtabloquants pour la prévention des récidives syncopales est la diminution (par leur effet inotrope négatif) de l'activation des mécano-récepteurs ventriculaires à l'origine du réflexe syncopal. Toutefois, cette hypothèse n'a pas été confirmée par les études cliniques et les bêtabloquants ont été inefficaces pour la prévention des récidives syncopales dans la majorité des études à longue durée de suivi, en particulier lorsqu'elles étaient randomisées. Dès lors, leur utilisation comme traitement de la syncope vasovagale n'est pas recommandée [1].

>>> **La paroxétine** (un inhibiteur de recapture de la sérotonine) a été évaluée dans une étude monocentrique randomisée chez les patients avec syncopes récidivantes après échecs d'autres traitements [8]. Comparée au placebo, son utilisation était associée à une diminution de survenue de syncopes lors des tests d'inclinaison (17,6 % *vs* 52,9 %, $p < 0,0001$). Toutefois, ces résultats n'ont pas été confirmés par d'autres études. Le mécanisme d'action de la paroxétine est probablement la réduction de l'anxiété qui chez certains patients pourrait constituer le facteur déclenchant de la syncope. Son utilisation chez les patients n'ayant pas de troubles psychiatriques significatifs devrait être sujette à caution.

**4. Stimulation cardiaque**

La stimulation cardiaque avait été initialement proposée comme approche thérapeutique de la syncope vasovagale réflexe à réponse cardio-inhibitrice prédominante au cours du test d'inclinaison. L'intérêt de cette méthode dans le traitement de la syncope vasovagale a fait l'objet de 5 études multicentriques randomisées [9-13]. Les 3 études initiales [9-11] comparaient des patients implantés à un groupe contrôle n'ayant pas bénéficié de l'implantation d'un stimulateur [9, 10] ou étant traité par des bêtabloquants [11].

Ces trois études ont conclu à un bénéfice significatif de la stimulation cardiaque. Les études plus récentes [12, 13] ont également évalué l'efficacité de la stimulation, mais d'une manière aveugle : en effet, tous les patients étaient implantés, mais dans un groupe, la stimulation était activée et dans le groupe contrôle le stimulateur était inhibé. Le résultat était un bénéfice non significatif de la stimulation cardiaque.

Ces résultats suggèrent que l'effet placebo lié à l'implantation d'un stimulateur est certainement non négligeable. Par ailleurs, la sélection des patients était basée sur le test d'inclinaison pour le recrutement de ceux dont la réponse cardio-inhibitrice au cours du test était prédominante. Or, au cours d'une syncope vagale spontanée, la réponse vasomotrice peut être tout aussi importante, voire prédominante, ce qui explique l'efficacité médiocre du stimulateur sur la prévention des récidives.

Toutefois, la stimulation peut être proposée comme traitement de la syncope vasovagale chez les patients à réponse cardio-inhibitrice prédominante documentée non pas par un test d'inclinaison, mais lors d'une syncope spontanée par un holter implantable. Ainsi, l'étude ISSUE 2 [14] a montré que l'implantation d'un stimulateur guidée par la documentation d'asystolie lors des épisodes de syncopes spontanées entraînait une réduction significative des récidives syncopales.

## Conclusion

La prise en charge de la syncope vasovagale comporte, dans un premier temps, les mesures hygiéno-diététiques. Les manœuvres de CMI permettent d'atténuer les symptômes chez les patients dont la syncope est précédée de prodromes. L'entraînement à l'orthostatisme peut être proposé, mais son efficacité est fortement dépendante de l'observance des patients.

Les agents pharmacologiques se sont révélés décevants à l'exception de la midodrine qui peut être utilisée en cas de syncopes fréquentes à composante vasodilatatrice prédominante.

L'intérêt de la stimulation cardiaque est assez limité, mais cette approche peut être envisagée en cas de syncope avec asystolie prolongée documentée lors d'épisodes spontanés, chez le sujet âgé.

### 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 : 2 631-71.
2. Van Dijk N, Quartieri F, Blanc JJ *et al.* PC-Trial Investigators. Effectiveness of physical counterpressure maneuvers in preventing vasovagal syncope : The Physical Counterpressure Maneuvers Trial. *J Am Coll Cardiol,* 2006 ; 48 : 1 652-7.
3. Zheng H, Kanyi GE, Zhang W *et al.* The effect of orthostatic training in the prevention of vasovagal syncope and its influencing factors. *Int Heart J,* 2008 ; 49 : 707-12.

4. Moya A, Permanyer-Miralada G, Sagrista-Sauleda J *et al.* Limitations of head-up tilt test for evaluating the efficacy of therapeutic interventions in patients with vasovagal syncope: results of a controlled study of etilefrine versus placebo. *J Am Coll Cardiol,* 1995; 25: 65-9.
5. Kaufman H, Saadia D, Voustianiouk A. Midodrine in neurally mediated syncope: a double-blind randomized cross-over study. *Ann Neurol,* 2002; 52: 342-5.
6. Ward CR, Gray JC, Gilroy JJ *et al.* Midodrine: a role in the management of neurocardiogenic syncope. *Heart,* 1998; 79: 45-9.
7. Salim MA, Di Sessa TG. Effectiveness of fludrocortisone and salt in preventing syncope recurrence in children: a double blind, placebo-controlled, randomized trial. *J Am Coll Cardiol,* 2005; 45: 484-8.
8. Di Girolamo E, Di Irio C, Sabatini P *et al.* Effects of Paroxetine Hydrochloride, a selective Serotonin reuptake inhibitor, on refractory vasovagal syncope: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Coll Cardiol,* 1999; 33: 1227-30.
9. Connolly SJ, Sheldon R, Roberts RS *et al.* The North American Vasovagal Pacemaker Study (VPS). A randomized trial of permanent cardiac pacing for the prevention of vasovagal syncope. *J Am Coll Cardiol,* 1999; 33: 16-20.
10. Sutton R, Brignole M, Menozzzi C *et al.* Dual chamber pacing in the treatment of neurally mediated tilt-positive cardioinhibitory syncope: pacemaker versus no therapy: a multicenter randomized study. The Vasovagal Syncope International Study (VASIS) Investigators. *Circulation,* 2000; 102: 294-9.
11. Ammirati F, Colvicchi F, Santini M. Permanent cardiac pacing versus medical treatment for the prevention of recurrent vasovagal syncope: a multicenter, randomized, controlled trial. *Circulation*, 2001; 104: 52-7.
12. Connolly SJ, Sheldon R, Thorpe KE *et al.* VPS II Investigators. Pacemaker therapy for prevention of syncope in patients with recurrent severe vasovagal syncope: Second Vasovagal Pacemaker Study (VPS II): a randomized trial. *JAMA*, 2003; 289: 2224-9.
13. Raviele A, Giada F, Menozzi C *et al.* Vasovagal Syncope and Pacing Trial Investigators. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of permanent cardiac pacing for the treatment of recurrent tilt-induced vasovagal syncope. The vasovagal syncope and pacing trial (SYNPACE). *Eur Heart J,* 2004; 25: 1741-8.
14. Brignole M, Sutton R, Menozzi C *et al.* International Study on Syncope of Uncertain Etiology 2 (ISSUE 2) Group. Early application of an implantable loop recorder allows effective specific therapy in patients with recurrent suspected neurally mediated syncope. *Eur Heart J,* 2006; 27: 1085-92.

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