

# LA SYNCOPÉ

F. MATHIEU (1), P. MÉLON (2), A. WALEFFE (3), L. PIÉRARD (4)

**RÉSUMÉ :** La syncope représente un défi pour le clinicien en raison de son caractère paroxystique et de la diversité de ses étiologies. L'anamnèse rigoureuse, l'examen clinique et l'electrocardiogramme sont les piliers de la démarche diagnostique. L'agressivité de l'exploration dépend essentiellement de la présence d'une cardiopathie sous-jacente qui signe un pronostic défavorable. En cas de syncope récidivante chez le sujet indemne d'atteinte cardiaque, le test d'inclinaison et les enregistrements du rythme cardiaque de longue durée seront envisagés.

## INTRODUCTION

La syncope se définit comme une perte de connaissance brutale et complète secondaire à une chute transitoire du débit sanguin cérébral (1). Elle est généralement de courte durée avec une récupération spontanée, complète et rapide. Elle est donc paroxystique et souvent récidivante. Si l'on se souvient que le débit sanguin peut s'exprimer sous la forme du produit de la fréquence cardiaque et du volume éjecté systolique ou, selon la loi de Poiseuille, du rapport d'un gradient de pression et des résistances vasculaires, on comprend qu'une syncope peut se produire en cas d'altération de chacun des paramètres de ces équations.

La syncope décrit un symptôme dont l'étiologie est variable et parfois difficilement identifiable. Cette dernière conditionne le pronostic ainsi que le traitement.

Dans cet article, nous nous limiterons au problème du diagnostic et du pronostic de la syncope chez l'adulte. Nous insisterons sur l'indication et l'apport des différents examens paracliniques disponibles pour la mise au point diagnostique.

## ÉTILOGIE DES SYNCOPES

Les syncopes peuvent être regroupées en quatre grandes catégories. Par ordre de prévalence, on distingue les syncopes dites neurogéniques, liées à l'orthostatisme, celles secondaires aux arythmies, à la présence d'une maladie cardio-vasculaire et enfin, cérébro-vasculaires (2) (tableau I).

Les syncopes neurocardiogéniques sont provoquées par une vasodilatation et/ou une bradycardie réflexes inappropriées. Les syncopes

### SYNCOPE

**SUMMARY :** Syncope remains a clinical challenge. Accurate history taking, physical examination and EKG are mainstays of the diagnosis work up. The most important parameter for prognosis and requiring aggressive management is a structural heart disease. Patient without cardiopathy presenting multiple episodes may be candidate for tilt testing and loop EKG recorder.

**KEYWORDS :** *Syncope - Diagnosis - Prognosis*

liées à l'orthostatisme résultent d'une atteinte du système nerveux autonome ( primaire ou secondaire) ou d'une hypovolémie. Une bradycardie (maladie sinusale, anomalie de la conduction auriculo-ventriculaire) ou une tachycardie (supraventriculaire ou ventriculaire) peuvent également entraîner une chute brutale du débit sanguin cérébral allant jusqu'à la perte de connaissance. La syncope observée

TABLEAU I. PRINCIPALES CAUSES DE SYNCOPES.

### Syncopes neurogéniques

1. Syncope vasovagale
2. Hypersensibilité sino-carotidienne
3. Neuralgie glossopharyngée et trigéminée

### Orthostatique

1. Dysfonction du système nerveux autonome
  - Primaire : Shy-Drager, POTS, maladie de Parkinson
  - Secondaire : neuropathie diabétique, amyloïdose
  - Médicaments, abus d'alcool
2. Hypovolémie : hémorragie, diarrhée, maladie d'Addison

### Arythmie cardiaque

1. Maladie sinusale
2. Trouble de conduction auriculo-ventriculaire
3. Tachycardie paroxystique supraventriculaire ou ventriculaire
4. Syndrome congénital : Brugada, QT long, dysplasie arythmogène du ventricule droit
5. Dysfonction d'un défibrillateur implantable, médicaments proarythmogènes

### Maladie cardiovasculaire

1. Valvulopathie
2. Infarctus du myocarde/ischémie
3. Cardiomyopathie hypertrophique obstructive
4. Dissection aortique aiguë
5. Tamponnade
6. Embolie pulmonaire/hypertension artérielle pulmonaire

### Maladie cérébrovasculaire

Syndrome de l'artère sous-clavière voleuse, ...

(1) Candidat-spécialiste, (2) Chef de Clinique associé, (3) Chef de Clinique, (4) Chargé de cours, Chef du Service de Cardiologie, CHU Liège.

dans certaines affections cardiovasculaires est secondaire à une chute du débit sanguin dont l'origine est variable. On peut retrouver un obstacle à l'écoulement sanguin (sténose valvulaire, cardiomyopathie hypertrophique obstructive, myxome de l'oreillette, hypertension artérielle pulmonaire, tamponnade) ou à une défaillance du muscle cardiaque (ischémie myocardique).

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Certaines affections peuvent s'accompagner d'une altération de l'état de conscience (sommolence et coma) qui peut conduire au diagnostic erroné de syncope. Dans ces cas, le débit sanguin cérébral est normal et l'altération de l'état de conscience est secondaire à une anomalie du métabolisme cérébral (hypoglycémie, hypoxie, hyperventilation avec hypocapnie). La syncope psychogénique est une affection psychiatrique où la perte de connaissance se produit sans modification hémodynamique (3). L'épilepsie peut mimer une syncope et inversement. Le diagnostic différentiel est parfois difficile dans la mesure où la syncope peut s'accompagner de mouvements convulsifs confondants. Cependant, la perte de connaissance de l'épileptique résulte d'une décharge électrique anormale et non d'une perturbation hémodynamique. Pour être complet, il faut se rappeler que l'épilepsie peut s'accompagner de syncopes dues à des troubles du rythme favorisés principalement par la prise de carbamazépine et de diphenhydramine. Enfin, une forme rare d'épilepsie, appelée l'ictal bradycardia syn-

drome, est caractérisée par la survenue d'une décharge épileptique temporaire suivie d'une bradycardie syncopale (4).

#### STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

L'identification de la cause d'une syncope nécessite une approche diagnostique rigoureuse et systématisée (5). Le praticien doit tenir compte de l'âge du patient et de la présence d'une cardiopathie sous-jacente. En dessous de 35 ans, les syncopes d'origine neurogéniques sont les plus fréquentes. Au delà de 35 ans, il ne faut pas négliger la présence d'une cardiopathie, le plus fréquemment ischémique, pouvant favoriser le déclenchement d'une arythmie maligne responsable des perturbations hémodynamiques. La figure 1 résume la stratégie de l'exploration d'une syncope. Elle est conditionnée par l'âge du patient et la présence d'une cardiopathie.

L'anamnèse (y compris d'éventuels témoins) et l'examen clinique sont les éléments clés de l'exploration d'une syncope. Ils conduisent au diagnostic dans 45% des cas et permettent un choix judicieux des examens complémentaires. Le résultats de ces derniers permettent d'améliorer de 20 % le rendement diagnostique. Ces résultats signifient également que, dans plus d'un tiers des cas, le clinicien est incapable de déterminer la cause de la syncope au terme d'une mise au point minutieuse et complète (6).

Tenant compte du caractère hétérogène des populations incluses dans les études sur la syncope, il est difficile d'établir avec précision le rendement d'un test diagnostique. Son choix doit être conditionné par le contexte clinique et la présence d'une cardiopathie sous-jacente.

L'électrocardiogramme fait partie du bilan de base de la syncope. Il fournit un diagnostic dans 5% des cas (tachycardie ventriculaire, brady-arythmie secondaire notamment à la présence d'un bloc auriculo-ventriculaire de haut degré, infarctus aigu du myocarde). Dans certains cas, il oriente vers une cause cardiaque (signe électrique d'hypertrophie) et plus spécifiquement rythmique par la mise en évidence d'une bradycardie sinusale, une anomalie de la conduction ou de la repolarisation (QT long, syndrome de Brugada), d'une séquelle d'infarctus. Selon le contexte clinique et en particulier chez le sujet âgé, l'électrocardiogramme est également enregistré lors du massage sino-carotidien, après avoir exclu la présence d'un souffle vasculaire.

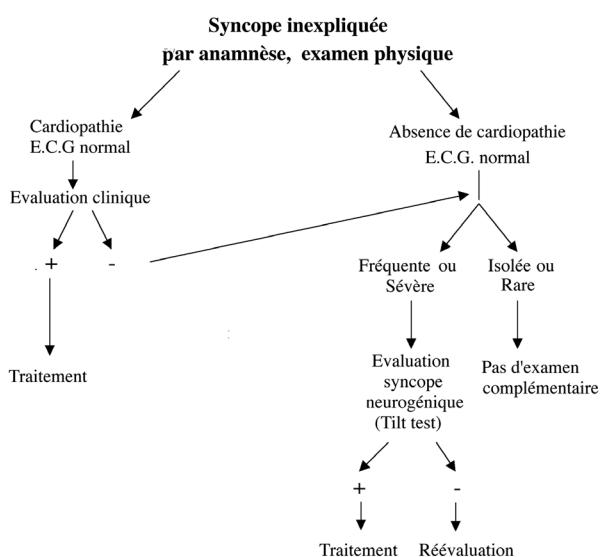


Fig. 1. Stratégie d'exploration de la syncope

Le bilan sanguin, vu son très faible apport diagnostique, ne doit pas être réalisé systématiquement. Dans certaines conditions (cardiopathie ischémique, traitement diurétique, QT long) il est utile et peut permettre d'identifier une anomalie ionique (hypo- ou hyperkaliémie) favorisant le déclenchement d'arythmies ventriculaires. Il permet également de confirmer une hémorragie interne (chute de l'hémoglobine) souvent suspectée sur base clinique. Enfin, il identifie la cause d'une altération de conscience (hypoglycémie, hyponatriémie, insuffisance rénale aiguë).

L'échocardiographie ne doit être pratiquée que s'il existe une suspicion de cardiopathie et en présence d'une anomalie de l'électrocardiogramme.

Le test d'effort a un rendement diagnostique très faible (<1%) s'il est utilisé dans une population non sélectionnée. Il est indiqué si la syncope est survenue en cours d'effort ou lorsque l'on suspecte une arythmie induite par l'exercice ou une ischémie myocardique.

L'enregistrement Holter de l'électrocardiogramme ou la surveillance télémétrique sont utilisés en cas de forte suspicion d'arythmie sur la base d'une anamnèse minutieuse (palpitations avant la perte de connaissance, syncope brève sans prodrome, syncopes récidivantes) ou en présence de facteurs favorisants (cardiopathie sous-jacente, anomalies électrocardiographiques). Si le Holter classique de 24 h reste non contributif, on peut recourir à l'emploi d'appareils (mini-Holter) permettant un enregistrement de longue durée (7 jours) ou dont le déclenchement est réalisé par le patient lors de la perception de symptômes annonciateurs d'une syncope. Il existe également des Holter implantables (insertion sous-cutanée) capables d'enregistrer durant 84 j la survenue d'une arythmie (déclenchement selon les paramètres programmés ou par le patient au moyen d'une "d'une télé-commande"). Ces appareils sont coûteux et ne sont pas repris dans la nomenclature de remboursement des actes médicaux établie par l'INAMI. Selon les études, ils apportent un gain diagnostique supplémentaire de 24 à 47% en confirmant (vrais positifs : 8-20%) ou infirmant (vrais négatifs : 12-27%) une origine rythmique en cas de récidive de syncope. Leur utilisation reste anecdotique.

L'étude électrophysiologique invasive permet, en utilisant la stimulation programmée, de reproduire au laboratoire d'électrophysiologie une arythmie supraventriculaire ou ventriculaire responsable de la syncope. L'indication de cet examen repose avant tout sur la présence d'une

cardiopathie sous-jacente qui conditionne le pronostic vital du patient.

Le test d'inclinaison consiste à maintenir le sujet sur une table basculante à plus de 70° du plan horizontal pendant une période de 45 minutes maximum. Il permet de démasquer les syncopes d'origine vaso-vagale ou orthostatique. Dans le cas des syncopes vaso-vagales, le test a une sensibilité de 67 à 83% avec une spécificité de 90%. La potentialisation pharmacologique du test (perfusion d'isuprel, administration sublinguale d'un dérivé nitré) permet d'améliorer la sensibilité au détriment de la spécificité. Le test est réservé prioritairement à l'exploration des syncopes du sujet, le plus souvent jeune, sans cardiopathie sous-jacente. Il doit être utilisé avec prudence en présence d'une cardiopathie sévère.

## HISTOIRE NATURELLE ET PRONOSTIC

Sur la base d'une analyse récente de la cohorte de Framingham, on estime la prévalence de la survenue d'une première syncope à 6,2/1000 patients-années (7). La syncope présente souvent une caractère récidivant (21 à 51% des cas) apprécié différemment selon les séries et la durée du suivi. La récidive ne modifie pas le pronostic. Ce dernier est conditionné par le facteur étiologique. La présence d'une cardiopathie sous-jacente confère un caractère de gravité à la syncope. Ainsi, au cours du suivi, la mortalité est de l'ordre de 22,6 à 30% chez les patients ayant présenté une syncope d'origine cardiaque alors qu'elle est de 1,2 à 19% pour les syncopes d'origine non cardiaque et 1,6 à 17,1% pour les syncopes d'origine indéterminée (8,9).

## CONCLUSIONS

L'exploration d'une syncope représente une véritable gageure pour la praticien. L'évaluation initiale comporte une anamnèse fouillée, un examen clinique complet comportant une recherche d'hypotension orthostatique, un électrocardiogramme avec la réalisation d'un massage sénocarotidien en cas d'histoire évocatrice, surtout chez le sujet âgé. La poursuite de l'exploration doit tenir compte des éléments recueillis au cours de cette première phase. L'agressivité de la mise au point est basée essentiellement sur la présence éventuelle d'une maladie cardiaque organique qui conditionne le pronostic vital. Malgré une approche rigoureuse et systématique, il faut accepter l'absence de diagnostic dans plus d'un tiers des cas.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Kapoor WN.— Syncope. *N Engl J Med*, 2000, **343**, 1856-1862.
2. Rousset H, Vital D, Durand, Dupont J-L— *Diagnostics difficiles en Médecine Interne*. Maloine, 2<sup>e</sup> édition, 889-910.
3. Jeong H, Kapoor WN.— Psychiatric illness and syncope. *Cardiol Clin*, 1997, **15**, 269-275.
4. Bergfeldt L.— Differential diagnosis of cardiogenic syncope and seizure disorders. *Heart*, 2003, **89**, 353-358.
5. Task Force Report.— Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J*, 2001, **22**, 1256-1306.
6. Linzer M. , Yang EH, Kapoor WN.— Diagnosing syncope. Part 1: value of history, physical examination, and electrocardiography. The clinical efficacy assessment of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 1997, **126**, 989-996.
7. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG et al.— Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med*, 2002, **347**, 878-885.
8. Kapoor WN, Hanusa B.— Is syncope a risk factor for poor outcomes ? Comparison of patients with and without syncope. *Am J Med*, 1996, **100**, 646-655.
9. Middelkauff HR, Stevenson WG, Saxon LA.— Prognosis after syncope : impact of left ventricular function. *Am Heart J*, 1993, **125**, 121-127.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. L. Piérard, Service de Cardiologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.