

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SYNCOPE DANS LE CONTEXTE DE L'URGENCE

S. KACET*

La syncope est une entité clinique définie par une perte de connaissance complète et brève avec chute par suppression du tonus postural et récupération spontanée. Cette définition précise bien le caractère spontané de la récupération c'est à dire sans manœuvres de réanimation. Elle traduit une chute brutale du débit cérébral (plus de 50%), en effet le cerveau et plus précisément la substance réticulée est très sensible à l'hypoperfusion ce qui n'est pas le cas pour d'autres organes.

La syncope est un motif fréquent de consultation, elle représente 2 à 6% des hospitalisations et 3% des consultations aux urgences aux USA. Son incidence annuelle varie de 0.7% entre 35 et 44 ans à 6% chez les sujets âgées. Elle pose différents problèmes au clinicien par sa fréquence, par le coût relatif à son exploration, par son caractère handicapant dans les formes récidivantes (30%), par les accidents qu'elle peut occasionner dans la vie quotidienne des malades et surtout par le caractère annonciateur d'une mort subite dans certains cas.

ASPECTS PRONOSTIQUES :

Le pronostic des syncopes varie dans une large mesure en fonction de son étiologie, une étude prospective menée par Kapoor sur 204 patients a rapporté une mortalité et une incidence de mort subite respectivement égale à 30 et 24% à 1 an dans les syncopes d'origine cardiaque. Ces taux ont été significativement moins importants dans les syncopes d'origine non cardiaque et dans les syncopes "inexpliquées". De ce fait une importance particulière doit être attachée à l'analyse clinique et électrocardiographique afin d'identifier les patients à risque de mort subite.

CONDITIONS DE DIAGNOSTIC EN URGENCE :

La démarche diagnostique doit dans un premier temps permettre d'éliminer une cause cardiaque à la syncope. Deux circonstances peuvent se présenter au clinicien.

1- Le médecin assiste à la syncope :

C'est une circonstance rare et dans ce cas la prise du pouls, de la TA, l'auscultation cardiaque et l'examen scopique et /ou électrocardiographique confrontés aux antécédents du patients permettent dans la majorité des cas de faire le diagnostic.

* CHRU de Lille. France

2- Le médecin n'assiste pas à la syncope :

C'est de loin le cas le plus fréquent. Il y'a lieu tout d'abord d'affirmer le caractère syncopal de la perte de connaissance par l'interrogatoire de l'entourage et du patient. Il convient de différencier la syncope des crises convulsives qui se caractérisent par : une amnésie post critique, la précession par une aura, la durée de la perte de connaissance qui est généralement supérieure à 5 minutes et la morsure latérale de la langue qui est hautement spécifique. Toutefois certaines épilepsies temporales peuvent s'accompagner d'authentiques bradycardies syncopales et de véritables syncopes peuvent engendrer des crises convulsives.

Dans un deuxième temps une origine cardiaque à la syncope doit être recherchée. La survenue d'une syncope chez un patient porteur d'une cardiopathie est un facteur prédictif indépendant de mortalité et de mort subite. Ainsi l'interrogatoire, l'examen physique avec en particulier une auscultation cardiaque faite dans des conditions idéales (rétrécissement aortique, cardiomyopathie hypertrophique obstructive, hypertension artérielle pulmonaire) et l'analyse des données électrocardiographiques doivent permettre d'éliminer en premier une origine cardiaque. Le problème est donc de savoir s'il existe des indicateurs cliniques et/ou électrocardiographiques permettant une stratification en fonction du risque de mort subite dans le cadre de l'urgence.

Plusieurs études ont été menées dans le but de déterminer des éléments cliniques pouvant orienter le diagnostic. Il est ainsi admis qu'un interrogatoire précisant les antécédents personnels et familiaux de cardiopathies, de syncope et surtout de mort subite, assorti d'un examen physique concis permettent d'établir un diagnostic dans 45% des cas, et que dans les 55% restant l'absence de nausées et de vomissement et surtout la présence d'anomalies électrocardiographiques sont fortement prédictifs d'une cause cardiaque.

L'analyse de l'électrocardiogramme est d'une importance capitale, elle permet d'établir le diagnostic dans 5% des cas et de l'orienter dans 5% des cas. La mise évidence d'un QT long, d'un PR court avec une onde delta (syndrome de wolff- parkinson-white), de signe évocateurs d'un infarctus du myocarde en phase aiguë ou de signes en faveur d'un BAV de haut degré permet de poser le diagnostic. Une séquelle d'infarctus du myocarde, un bloc de branche complet (gauche surtout), des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, des extrasystoles ventriculaires, une onde T négative dans les précordiales droites associé à un bloc incomplet de la branche droite (dysplasie arythmogène du ventricule droit) ou un bloc incomplet de la branche droite associé a un sus décalage de ST de V1 à V3 (syndrome de Brugada) oriente le diagnostic.

EXPLORATION DES SYNCOPES :

L'origine de la syncope étant établie ou présumé, des examens paracliniques sont nécessaires afin de déterminer l'origine de la syncope en vue d'instituer un traitement adéquat et ainsi prévenir les récides ou la mort subite. Ces examens sont d'une importance inégale en fonction de leur sensibilité/spécificité, du contexte clinique, de leur coût et de leurs caractère invasif ou non invasif .

La rentabilité de ces examens n'est intéressante que s'ils sont guidés par l'examen clinique, les données de l'électrocardiogramme et l'échocardiographie systématique. (Fig. 1).

CONCLUSION :

La syncope est fréquente en pratique clinique. Elle est le plus souvent bénigne, mais elle peut être un signe annonciateur d'une mort subite dans certains cas.

En présence d'une cardiopathie surtout au delà de 50 ans une origine cardiaque à la syncope est hautement probable, en revanche chez un sujet jeune à cœur " sain " l'origine vaso-vagale est de loin la plus fréquente. Toutefois il est impératif de penser systématiquement aux causes rares, de part leur gravité ; Chez le sujet jeune, la cardiomyopathie hypertrophique, la dysplasie arythmogène du ventricule droit et le syndrome de Brugada ; A tout âge, le QT long congénital ou acquis.

L'examen clinique initial et l'analyse de l'électrocardiogramme sont essentiels car ils orientent les examens complémentaires ultérieurs et permettent dans certains cas d'établir un diagnostic

Fig.1 : STRATEGIE D'EXPLORATION DES SYNCOPES

