

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes

Mai 2008

DÉFINITION

La syncope est un symptôme défini par une perte de connaissance, à début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte du tonus postural, avec un retour rapide à un état de conscience normal. Elle est due à une hypoperfusion cérébrale globale et passagère.

TROIS GRANDES CLASSES DE SYNCOPES SONT DÉFINIES

- Les syncopes réflexes (vasovagales, hypersensibilité du sinus carotidien et situationnelles).
- L'hypotension orthostatique (dysautonomie, médicaments, hypovolémie, alcool, etc.).
- Les syncopes cardiaques (arythmies, cardiopathies).

ÉVALUATION INITIALE

Trois questions principales doivent être abordées :

- La perte de connaissance est-elle liée ou non à une syncope ?
- Existe-t-il ou non une cardiopathie (risque de surmortalité) ?
- Existe-t-il des données cliniques importantes orientant vers un diagnostic étiologique ?

ARBRE DÉCISIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE SYNCOPÉ FONDÉE SUR L'ÉVALUATION INITIALE

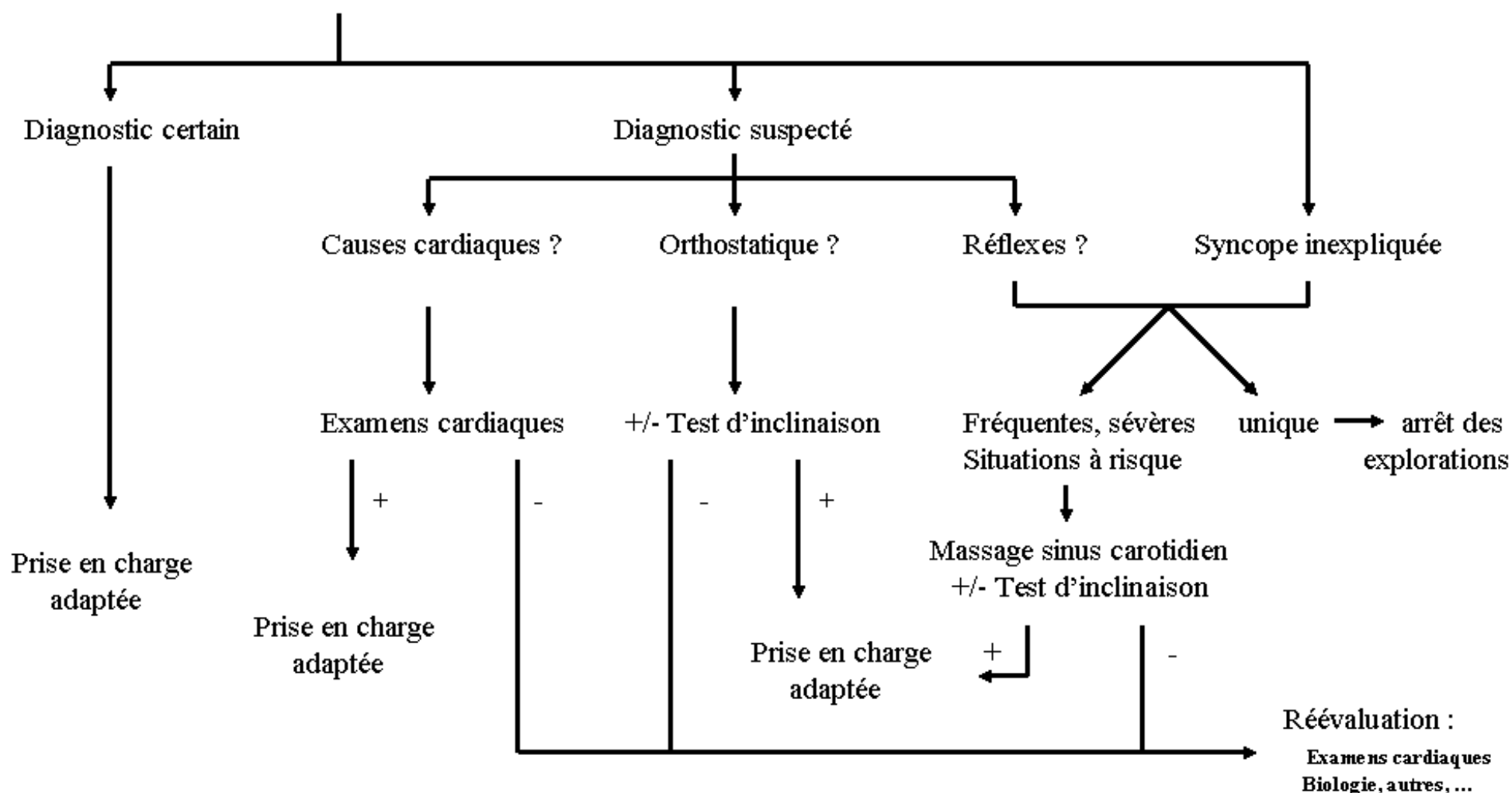
Perte de connaissance transitoire



Évaluation initiale : interrogatoire, examen physique, PA en décubitus et en position debout, ECG



Oui ← Syncope → Autres troubles de conscience



- **Une syncope vasovagale** est diagnostiquée si des événements précipitants tels qu'une douleur intense, une émotion, une exploration instrumentale ou une station debout prolongée sont associés à un cortège de signes typiques.
- **Une syncope situationnelle** est diagnostiquée si la syncope survient pendant ou immédiatement après la miction, la défécation, la toux ou la déglutition.
- **Une syncope orthostatique** est diagnostiquée lorsqu'une syncope est reproduite lors de la mise en évidence d'une hypotension orthostatique.
- **Une syncope en rapport avec une origine cardiaque** est évoquée devant des antécédents cardiaques, des signes cliniques de cardiopathie ou des signes ECG en faveur d'une arythmie ou un trouble conducteur. Elle peut nécessiter des examens complémentaires spécialisés, tels qu'une échographie, un enregistrement ECG continu, des explorations invasives.

Des examens biologiques ne sont qu'exceptionnellement indiqués.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des syncopes réflexes repose sur des mesures d'éducation thérapeutique (réassurance, éviction du facteur déclenchant), des mesures médicamenteuses (modification du traitement) et très rarement des thérapeutiques non médicamenteuses (stimulation cardiaque).

L'hypotension orthostatique doit toujours être traitée. Dans bien des cas, le traitement se limite à modifier les prescriptions en cours. Les mesures hygiéno-diététiques, l'exercice musculaire, la contention veineuse peuvent également être proposés, de même que la fludrocortisone ou la midodrine.

Un traitement approprié (médicaments, stimulateur ou défibrillateur implantable) doit toujours être envisagé pour les syncopes d'origine cardiaque, en particulier lorsqu'elles mettent en danger la vie et lorsqu'il existe un risque élevé de traumatismes secondaires.

Une hospitalisation est indiquée :

- pour le diagnostic lorsqu'une syncope cardiaque est suspectée ;
 - ▶ cardiopathie importante sous-jacente connue,
 - ▶ cardiopathie suspectée à l'interrogatoire, à l'examen clinique ou à l'ECG,
 - ▶ syncope survenant à l'effort,
 - ▶ histoire familiale de mort subite,
 - ▶ patients présentant des palpitations avant la syncope,
 - ▶ syncopes survenant en décubitus ;
- pour le traitement d'une syncope cardiaque certaine ;
 - ▶ arythmies cardiaques,
 - ▶ syncopes liées à une ischémie cardiaque ;
- pour l'évaluation ou le traitement d'une syncope orthostatique en fonction de l'étiologie suspectée ou avérée ;
- pour la prise en charge de pathologies associées, d'un traumatisme secondaire sévère, en tenant compte du contexte médico-social.

Le médecin est tenu d'informer le patient sur les risques d'accidents liés aux syncopes.

CAS PARTICULIER DU SUJET ÂGÉ

L'incidence des syncopes augmente avec l'âge et les patients âgés sont, par ailleurs, souvent polyopathologiques.

Une modification des traitements susceptibles de provoquer une syncope est la première mesure à prendre.

Il convient d'évaluer l'autonomie, la possibilité du retour à domicile en tenant compte notamment de la peur de tomber, de la perte de confiance ou des états anxieux ou dépressifs que la syncope peut engendrer, des conséquences physiques engendrées par la chute et de l'entourage familial.

