

RESOLVE

RESeau Cardiologie Urgence



FMC

Les Syncopes Aux Urgences

Corentin Roose

Interne – Hôpital St Luc St Joseph

Cas Clinique

Croix Rousse, mardi 04 octobre 2011



Cas Clinique 1

Mme C, 78 ans, consulte aux urgences pour tableau de malaises récidivants ,à l'emporte pièce, sans prodromes, survenant en position assise ou au repos, avec perte de connaissance brève et retour rapide à la conscience normale.

ATCD => HTA traitée par ALDACTONE

DNID sous METFORMINE

Tabagisme sevré il y a 40 ans (8PA)

Chondrocalcinose poignet Dt

Hernie inguinale gauche

Appendicectomie

Aucune cardiopathie connu

Mode de vie => Vit seul au domicile, active, conduit toujours

- 1^{er} épisode de malaise en 2004 aboutissant à un bilan cardiaque comprenant notamment une épreuve d'effort maximale négative cliniquement et électriquement.
- Récidive de 3 épisodes en 2009 puis de 2 épisodes en 2011 avec réalisation d'une scintigraphie pulmonaire(08/11) normale. Echodoppler TSA et IRM cérébrale prévus ultérieurement.

Question 1

Peut on qualifier ces malaises de syncope?

1 - Oui

2 - Non

Rappel : Définition HAS de la syncope

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.

Question 2

Quelle évaluation initiale réalisez vous?

1 - Examen clinique avec recherche d'une hypotension orthostatique

2 - ECG

3 - Biologie

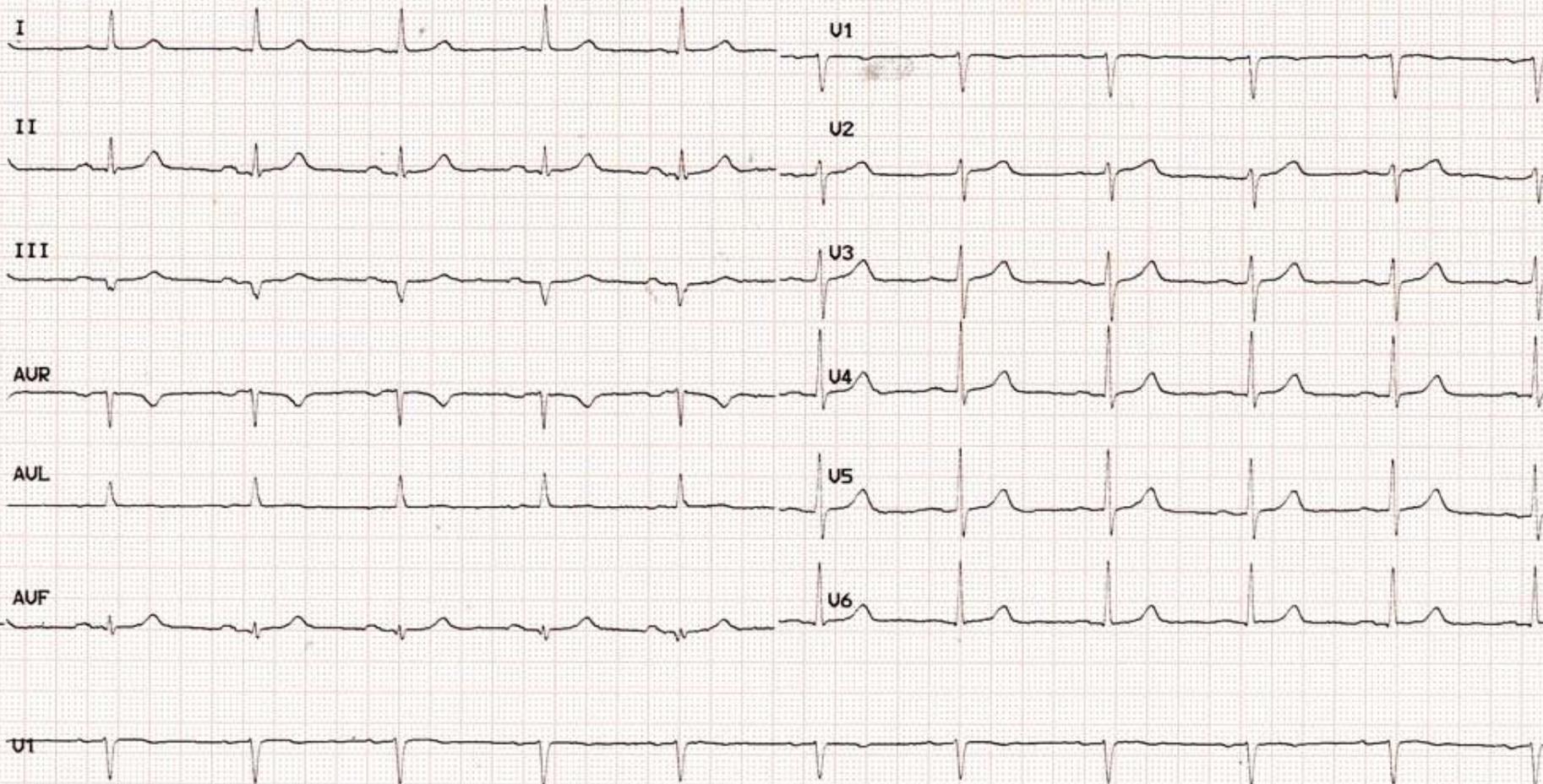
Recommandations HAS :

Le point de départ de l'évaluation d'une syncope est un interrogatoire minutieux et un examen clinique comprenant la recherche d'une hypotension orthostatique. Un ECG doit être réalisé lors de la prise en charge initiale pour toute première syncope.

Les examens biologiques courants (hémogramme, créatininémie, ionogramme, glycémie capillaire) ou spécifiques (recherche de toxiques, etc.) ne sont qu'exceptionnellement indiqués pour préciser l'origine de la syncope. Ils peuvent être justifiés par d'autres anomalies cliniques, une comorbidité ou le traitement.

Chez Mme C:

- Examen clinique cardiovasculaire normal
- Pas d'hypotension orthostatique



Question 3

Quels examens vous semblent nécessaires?

1 - Echographie Trans Thoracique

2 - TILT Test

3 - Massage sinocarotidien

4 - Evaluation neurologique

5 - Holter ECG

Recommandations HAS:

Échocardiographie

L'échocardiographie est recommandée pour les patients suspects de cardiopathie (classe 1). Elle permet seulement le diagnostic étiologique de la syncope en cas de rétrécissement aortique serré, de cardiomyopathie obstructive (CMO), de myxome de l'oreillette ou d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) (classe 1).

Le massage du sinus carotidien

Recommandé chez les patients âgés de plus de 40 ans souffrant d'une syncope d'origine inconnue après l'évaluation initiale. (classe 1). On recommande une durée de massage de 5 secondes au minimum et 10 secondes au maximum. Le massage carotidien est réalisé en décubitus dorsal puis debout sur une table basculante, côté droit, puis gauche (classe 1).

Le diagnostic est certain si une syncope ou une lipothymie est reproduite pendant ou immédiatement après le massage en présence d'une asystolie dépassant 3 secondes et/ou une chute de la pression systolique de 50 mmHg ou plus.

TILT Test

Episode syncopal inexpliqué unique dans des contextes à haut risque (ex. survenue ou risque possible de lésion physique ou avec des conséquences professionnelles) ou des épisodes récurrents en l'absence de cardiopathie organique ou, en présence de cardiopathie organique, après avoir exclu des causes cardiaques de la syncope.

Avis neurologique

Limité aux suspicions de crise d'épilepsie et au bilan étiologique des syncopes d'origine dysautonomique.

Holter

Un Holter est indiqué chez les patients qui présentent des caractéristiques cliniques ou ECG suggérant une syncope arythmique* et des syncopes ou lipothymies « quasi quotidiennes ».

Question 4

Y a-t-il une indication d'hospitalisation?

1 - Oui

2 - Non

Question 4

Recommandations HAS:

Indication d'hospitalisation

- Cardiopathie importante sous-jacente connue ou suspectée à l'examen clinique ;
- Cardiopathie suspectée à l'interrogatoire ou arguments à l'ECG ;
- Anomalies de l'ECG suspectes telles qu'énumérées ci-dessus
- Syncope survenant à l'effort ;
- Histoire familiale de mort subite ;
- Patients ayant eu des palpitations avant la syncope ;
- Syncopes survenant en décubitus.

Pour l'évaluation ou le traitement d'une syncope orthostatique en fonction de l'étiologie suspectée ou avérée.

Pour la prise en charge des pathologies associées ou des traumatismes secondaires sévères.

Pour des raisons liées au contexte médico-social.

Stratification du risque

Study	Risk factors	Score	Endpoints	Results (validation cohort)
S. Francisco Syncope Rule⁴⁴	<ul style="list-style-type: none"> -Abnormal ECG -Congestive heart failure -Shortness of breath -Haematocrit <30% -Systolic blood pressure <90 mmHg 	No risk = 0 item Risk = ≥ 1 item	Serious events at 7 days	98% sensitive and 56% specific
Martin et al.⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> -Abnormal ECG -History of ventricular arrhythmia -History of congestive heart failure -Age >45 years 	0 to 4 (1 point each item)	1-year severe arrhythmias or arrhythmic death	0% score 0 5% score 1 16% score 2 27% score 3 or 4
OESIL score⁴¹	<ul style="list-style-type: none"> -Abnormal ECG -History of cardiovascular disease -Lack of prodrome -Age >65 years 	0 to 4 (1 point each item)	1-year total mortality	0% score 0 0.6% score 1 14% score 2 29% score 3 53% score 4
EGSYS score⁴²	<ul style="list-style-type: none"> -Palpitations before syncope (+4) -Abnormal ECG and/or heart disease (+3) -Syncope during effort (+3) -Syncope while supine (+2) -Autonomic prodrome^a (-1) -Predisposing and/or precipitating factors^b (-1) 	Sum of + and - points	2-year total mortality Cardiac syncope probability	2% score <3 21% score ≥ 3 2% score <3 13% score 3 33% score 4 77% score >4

- Cas de Mme C :

Score San Francisco syncope => 0 No RISK

Martin et al => 1 5% de chance de survenu d'une mort subite ou arythmie grave à 1an

EGSYS => 0 2% mortalité à 2ans
2% chance d'une origine cardiaque
de la syncope

Autorisez-vous la conduite automobile?

1 - Oui

2 - Non

Question 5

Une étude concernant 104 patients ayant présenté une syncope a montré :

- 3% seulement sont survenus en conduisant avec 1% d'accident notable.
- Seulement 9% des patients ont suivi le conseil d'arrêter de conduire lorsque celui-ci leur avait été donné.
- La probabilité de survenu d'un accident était inférieure à celle de la population générale et non corrélé à la durée de l'arrêt de la conduite automobile.

Recommendations ESC

Diagnosis	Group 1 (private drivers)	Group 2 (professional drivers)
Cardiac arrhythmias		
Cardiac arrhythmia, medical treatment	After successful treatment is established	After successful treatment is established
Pacemaker implant	After 1 week	After appropriate function is established
Successful catheter ablation	After successful treatment is established	After long-term success is confirmed
ICD implant	In general low risk, restriction according current recommendations	Permanent restriction
Reflex syncope		
Single/mild	No restrictions	No restriction unless it occurred during high risk activity*
Recurrent and severe*	After symptoms are controlled	Permanent restriction unless effective treatment has been established
Unexplained syncope	No restrictions unless absence of prodrome, occurrence during driving, or presence of severe structural heart disease	After diagnosis and appropriate therapy is established

Consultation cardiologique différée

ETT inchangée

Tilt test négatif

Implantation reveal

Récidive de lypothymie sans syncope avec enregistrement
per critique d'une tachycardie a début brutal

EEP en attente