

Qui hospitaliser après une syncope ?

Julien Pineau



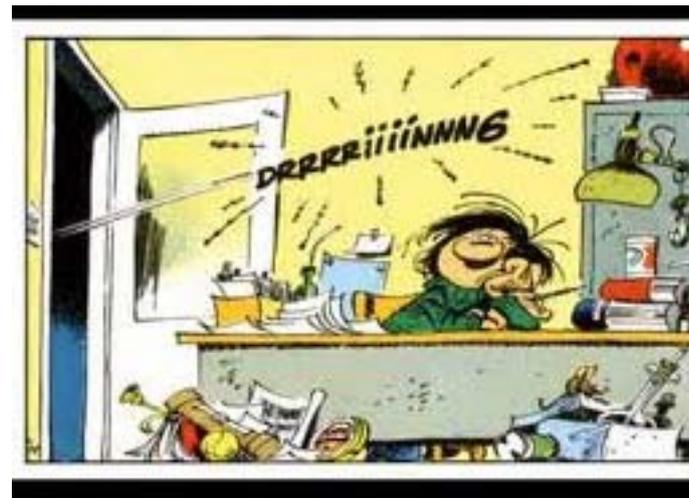
- Pour le traitement d'une syncope cardiaque
- Pour le diagnostic d'une syncope potentiellement cardiaque
- Pour la prise en charge des traumatismes sévères
- Pour la prise en charge des pathologies associées (contexte médico social)

Syncopé cardiaque certaine

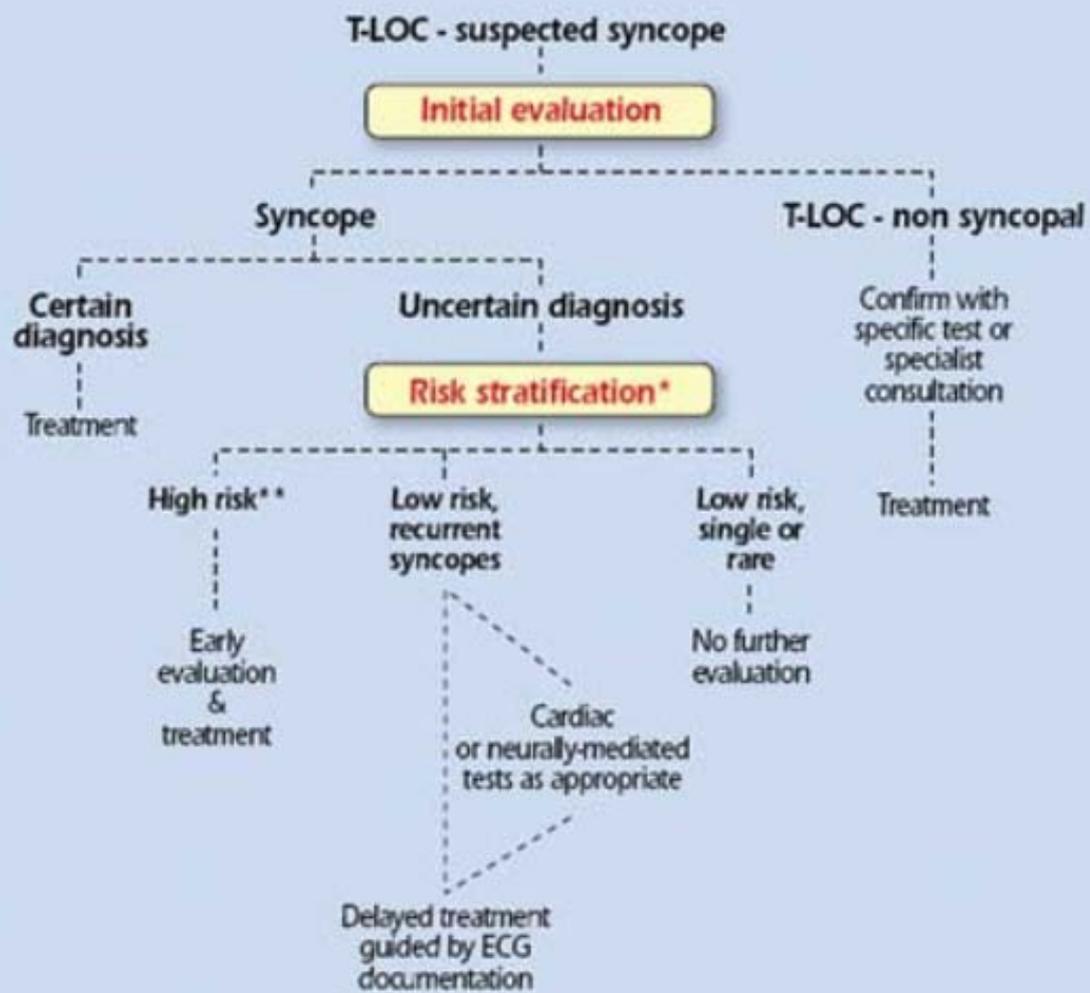
● Une syncope en rapport avec une arythmie ou un trouble de la conduction est diagnostiquée sur l'ECG en cas de :

- bradycardie sinusale < 40 /minute ;
- bloc sino-auriculaire ou pauses sinusales répétées > 3 secondes ;
- bloc auriculo-ventriculaire de 2^e degré Mobitz II, ou de 3^e degré ;
- bloc de branche alternant ;
- tachycardie paroxystique ventriculaire ;
- dysfonctionnement d'un stimulateur cardiaque avec des pauses cardiaques.

Allo l'USIC



Diagnostic flowchart in patients with suspected T-LOC



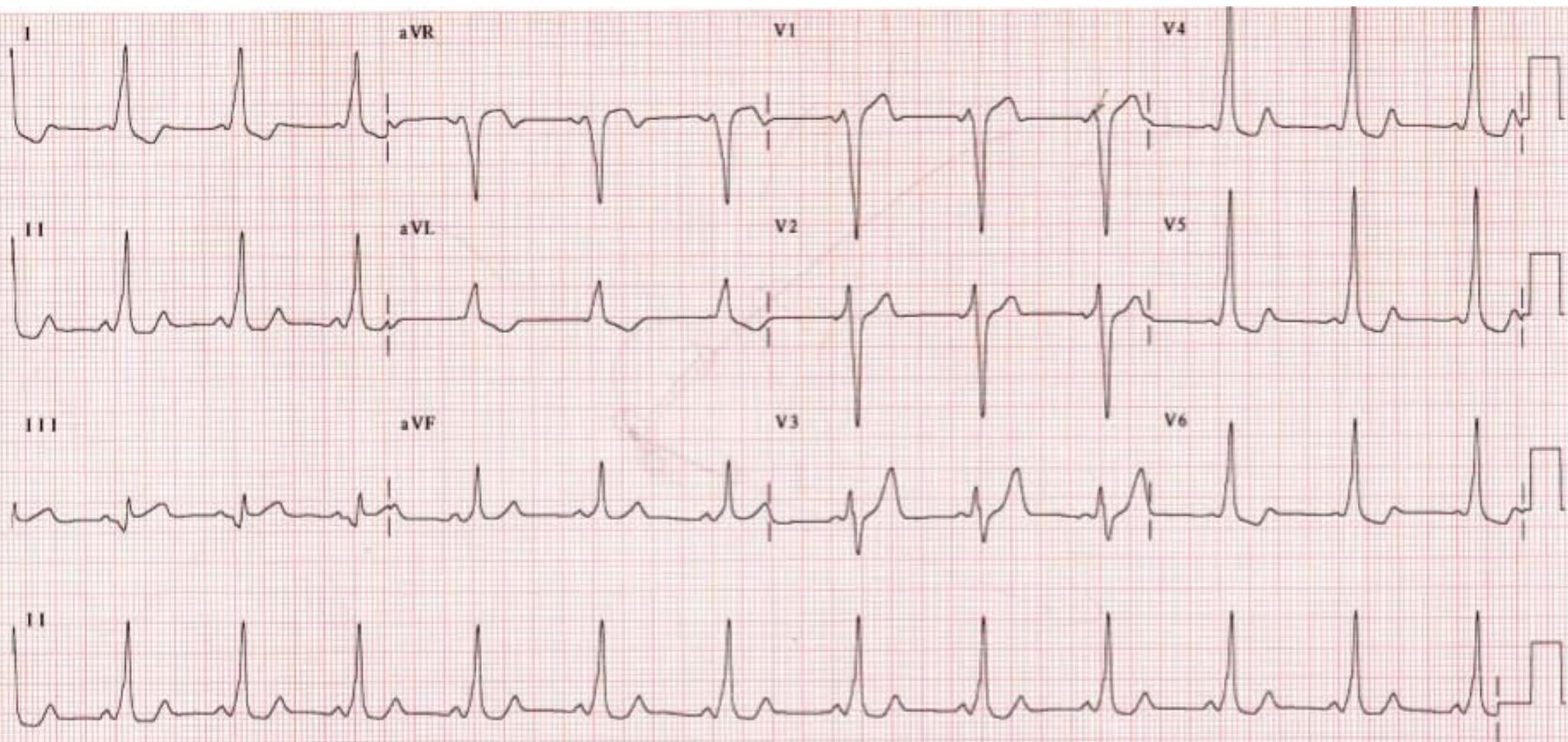
Syncopé cardiaque possible

La clinique +++

- Présence d'une cardiopathie structurelle connue
- Pendant, juste après un effort ou en décubitus
- Précédées par des palpitations ou un angor
- Histoire familiale de mort subite
- Traitement allongeant le QT ou susceptible d'entraîner une hypokaliémie

Tableau 4. Anomalies de l'ECG suggérant que la syncope est liée à un trouble du rythme ou de la conduction (les anomalies responsables d'une syncope sont rapportées dans le paragraphe « Le diagnostic est certain »)

- Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD associé à un HBAG ou HBPG)
- Autres anomalies de la conduction intraventriculaire (durée QRS $\geq 0,12$ secondes)
- BAV du 2^e degré Mobitz 1, bradycardie sinusale asymptomatique (< 50 /minute), bloc sino-auriculaire
- Arrêt sinusal > 3 secondes en l'absence de médicaments chronotropes négatifs
- Préexcitation des complexes QRS
- Intervalle QTc prolongé
- Intervalle QTc court
- BBD avec sus-décalage du segment ST dans les dérivations V1 à V3 (syndrome de Brugada)
- Ondes T négatives dans les dérivations précordiales droites et onde epsilon évoquant une dysplasie arythmogène du ventricule droit
- Ondes Q évoquant un infarctus du myocarde



EMP 00000-0000 Vitesse: 25 mm/sec Membre: 10 mm/mV Precd: 10 mm/mV

F 50 ν 0,5-150Hz W

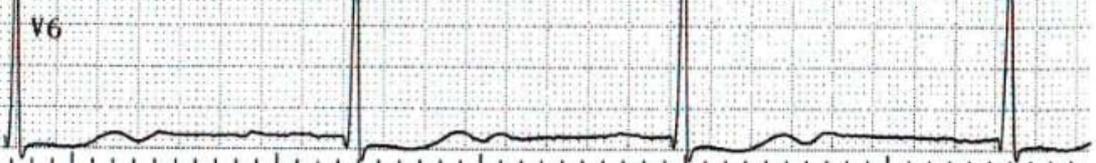
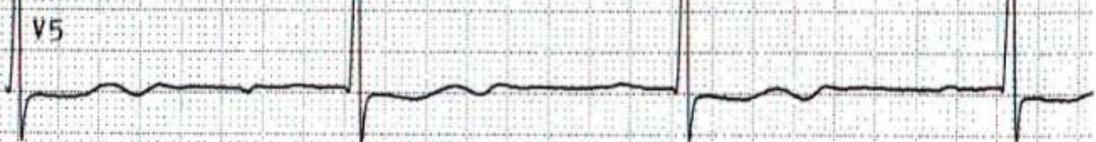
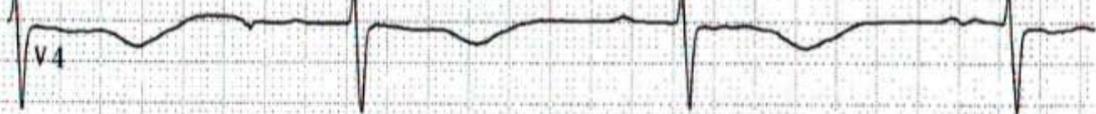
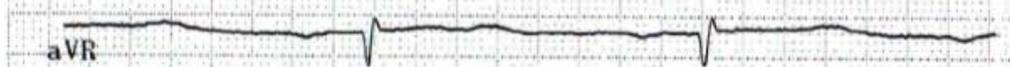
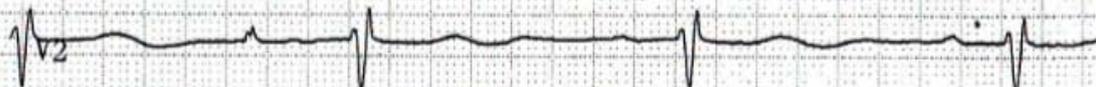
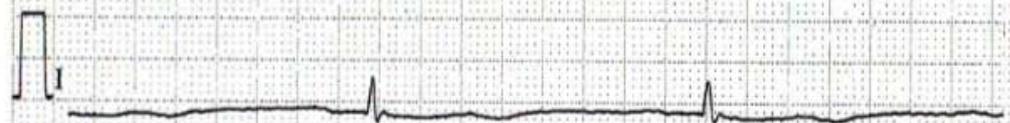
02100

10 mm/mV 25 mm/s Filtre 35 Hz H 50 d

10 mm/mV

CHAMB. NO

MEUCAM. 2:

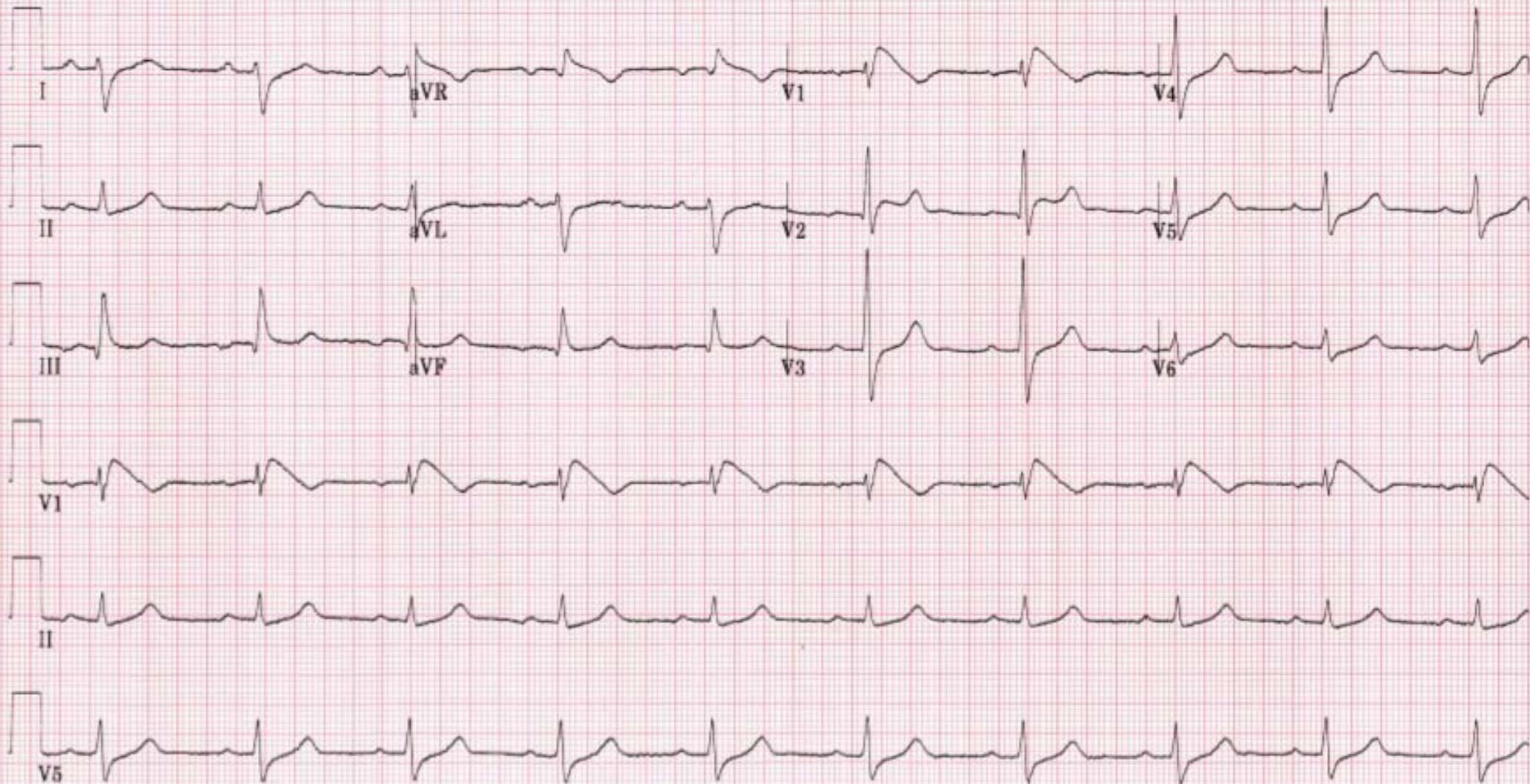


ECG anormal

Technicien:
Indications:

Référé par:

Non validé



Et les autres ?

► La syncope est inexpiquée

L'évaluation initiale peut ne pas aboutir à un diagnostic étiologique. La stratégie d'évaluation varie alors selon la sévérité et la fréquence des épisodes. Chez les patients ayant une syncope inexpiquée, le diagnostic le plus probable reste celui d'une syncope réflexe. Les examens proposés dans les syncopes réflexes sont le massage du sinus carotidien et le test d'inclinaison.

Chez la majorité des patients ayant un seul épisode ou de rares syncopes, sans complications ou sans situation à risque, les tests de confirmation ne sont pas, généralement, nécessaires. S'il

Short-term high risk criteria which require prompt hospitalization or intensive evaluation

Severe structural or coronary artery disease (heart failure, low LVEF, or previous myocardial infarction)

Clinical or ECG features suggesting arrhythmic syncope

- Syncope during exertion or supine
- Palpitations at the time of syncope
- Family history of SCD
- Non-sustained VT
- Bifascicular-block (LBBB or RBBB combined with left anterior or left posterior fascicular block) or other intraventricular conduction abnormalities with QRS duration ≥ 120 ms
- Inadequate sinus bradycardia (< 50 bpm) or sinoatrial block in absence of negative chronotropic medications or physical training
- Pre-excited QRS complex
- Prolonged or short QT interval
- RBBB pattern with ST-elevation in leads V1–V3 (Brugada pattern)
- Negative T waves in right precordial leads, epsilon waves, and ventricular late potentials suggestive of ARVC

Important co-morbidities

- Severe anaemia
- Electrolyte disturbance

- La suspicion d'une origine cardiaque se fait essentiellement sur la clinique et l'ECG
- Dans la vraie vie on hospitalise souvent pour les pathologies associées



- Se poser la question de l'hospitalisation revient à se poser la question de l'étiologie

Syncope :

Perte de connaissance brève de début rapide, de durée brève avec récupération complète et spontanée due a une hypoperfusion cérébrale globale et passagère

Non →

Autres :

Epilepsie
AIT
Hypoglycémie
Intoxications
Psychiatrie

Interrogatoire, examen, PA couché debout, ECG, MSC si >40

ans

Cardiaque

Hypotension orthostatique

Vasovagale ou situationnelle

Cause inconnue

Diagnostic certain si :

- Bradycardie sinusale < 40/min ou pauses > 3 secondes
- BAV III
- BBDt et BBG alternant
- TV ou TSV rapide
- Dysfonction PM ou DAI
- Ischémie a l'ECG ou biologique
- RA serré, embolie pulmonaire

Diagnostic suspecté si :

- ATCD : Cardiopathie connue, histoire familiale de mort subite
- Contexte de survenue : Palpitations brutales précédant la syncope, en position allongée ou a l'effort
- ECG anormal : préexcitation, , QT allongé, DAVD (T négatives de V1 a V3), Brugada (susST en V1 V2)
- Bloc bifasciculaire (BBG ou BBDt HBAG)

Diagnostic certain si :

- Survenue au lever et documentation hypoTA orthostatique

Diagnostic suspecté si :

- Dysautonomie (parkinson, diabète ...)
- Drogues hypoTA
- Hypovolémie

Correction d'une éventuelle cause favorisante (drogues hypoTA, hypovolémie)

Diagnostic certain si :

- Condition favorisante (douleur, vue du sang, miction ...), et prodromes typiques,

Diagnostic suspecté si :

- Post prandiale, post exercice
- Syncopes anciennes, non traumatisantes
- Rotation de la tête

MSC : Asystolie de plus de 3 s lors d'un massage de plus de 5 s

-

+

Traumatisme grave

Oui

Non

Hospitalisation

Retour domicile

Hospitalisation

Syncope : Perte de connaissance brève de début rapide, de durée brève avec récupération complète et spontanée due a une hypoperfusion cérébrale globale et passagère

non

Autres :
Epilepsie
AIT
Hypoglycémie
Intoxications
Psychiatrie

Interrogatoire, examen, PA couché debout, ECG, MSC si >40 ans

Interrogatoire

•**ATCD** : Cardiopathie connue, histoire familiale de mort subite
•**Contexte de survenue** : Palpitations brutales précédant la syncope, en position allongée ou a l'effort

non

oui

• Survenue au lever orthostatique
• Dysautonomie (parkinson, diabète)
• Drogues hypoTA ou Hypovolémie
• Condition favorisante (douleur, vue du sang, miction),
• Prodromes Post prandiale, post exercice
• Rotation de la tête

non

ECG

• Bradycardie sinusale < 40/min ou pauses > 3 secondes
• TV ou TSV rapide
• Dysfonction PM ou DAI
• Ischémie
• préexcitation, QT allongé, DAVD (T négatives de V1 a V3), Brugada (susST en V1 V2)
• Bloc bifasciculaire (BBG ou BBDt HBAG)

oui

MSC

Asystolie de plus de 3 s lors d'un massage de plus de 5 s

oui

TA orthostatique

Baisse de PAS de plus de 20 mmHg ou PAD de 10 mmHg

non

oui

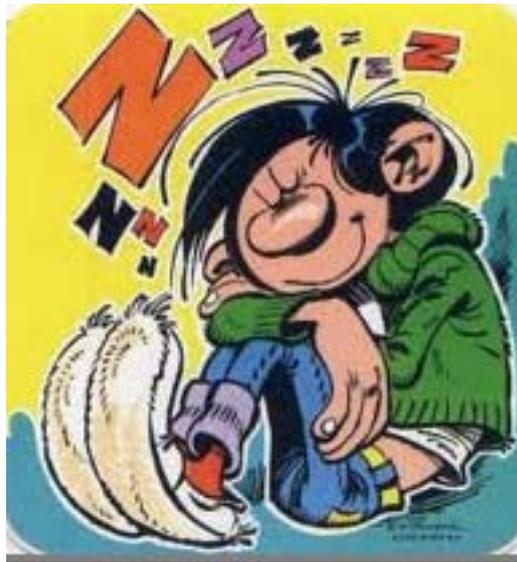
Origine Cardiaque

Hospitalisation

HypoTA orthostatique Vasovagale ou situationnelle

Cause inconnue

Retour domicile sauf si traumatisme grave



Bonne nuit ...