Prise en charge de la syncope aux urgences ?

Julien Pineau

RESUVal
RESeau des Urgences de la Vallée du Rhône

RESCUe
REScau Cardiologie Urgence

Quatre questions

1. Est ce une syncope ?

2. Quels examens je prescris ?

3. Quel est l'étiologie ?

4. Qui j'hospitalise ?

Quelques éléments

- Syncope : 1% des passages aux urgences
- 50% hospitalisés

- 3 causes :

1. Réflexe=vasovagale
2. Hypotension orthostatique
3. Cardiaques

1. Est ce une syncope ?

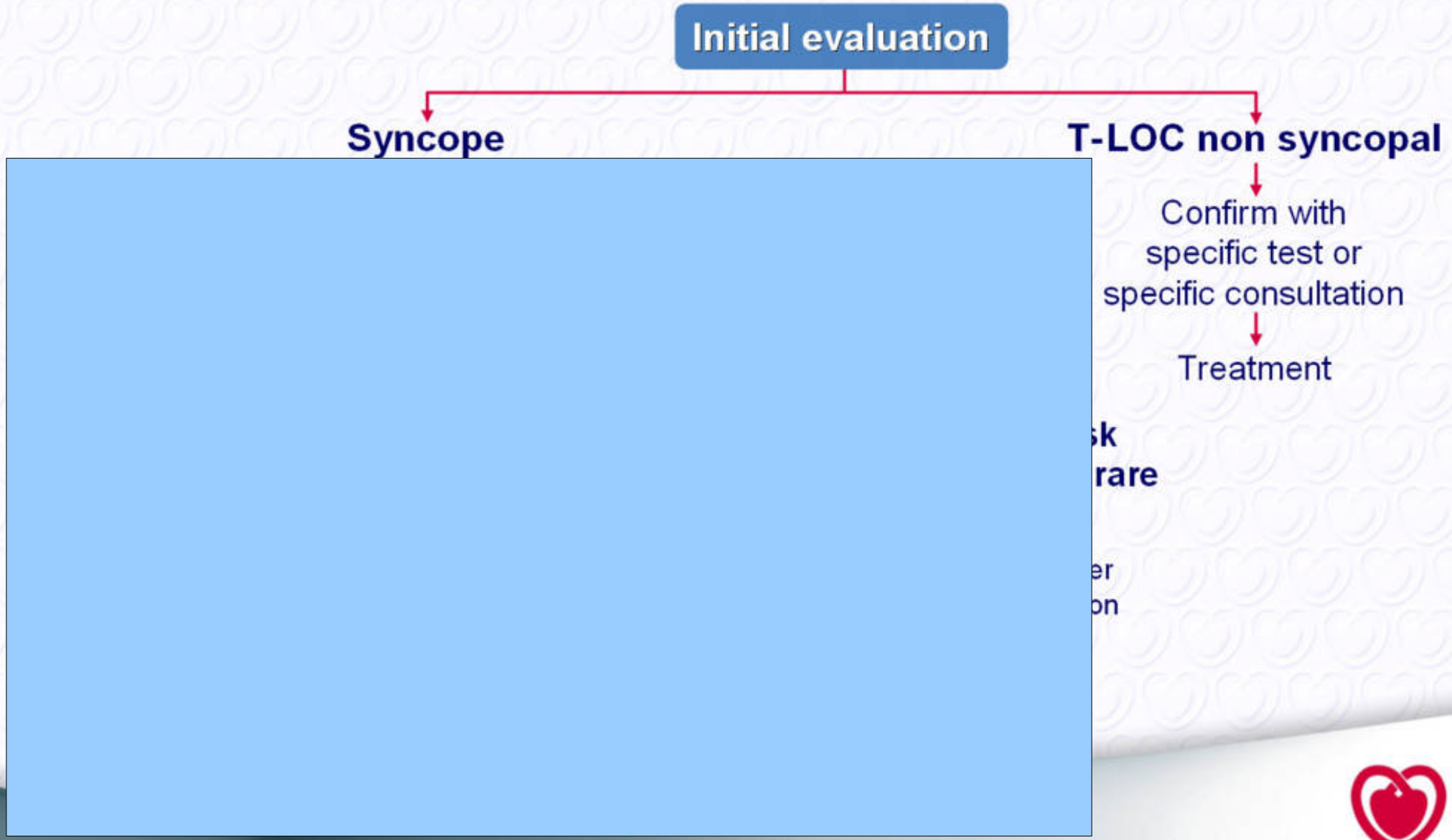
- <u>Définition</u> : Syncope = Perte de connaissance
  - Début rapide
  - Durée généralement brève
  - Spontanément résolutive
  - Perte du tonus postural
  - Retour rapide à un état de conscience normal
- <u>Cause</u> : Hypoperfusion cérébrale globale et passagère

1. Est ce une syncope ?

- <u>Ce n'est pas</u> :
- Chute (*perte de connaissance*)
- Epilepsie (*perte du tonus postural*)
- Accident vasculaire
- Coma (*spontanément résolutif*)
- Conversion hystérique (*perte de connaissance*)

Diagnostic flowchart in patients with suspected T-LOC

T-LOC – suspected syncope



European Heart Journal 2009;30:2631-2671

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

2. Quels examens je prescris ?

Systématique :

- INTERROGATOIRE +++
- Auscultation cardiaque
- Prise de TA couché/debout
- ECG

2. Quels examens je prescris ?

<u>Après le bilan systématique :</u>

2 options :

1. Je suis sur du diagnostic
2. Je ne suis pas sur du diagnostic

Syncope cardiaque certaine

- Bradyc[redacted]/min
- Bloc sin[redacted] 3 sec
- BAV co[redacted]
- Bloc de[redacted]
- Tachyc[redacted]
- Dysfon[redacted]

Allo l'USIC

Syncope non cardiaque certaine

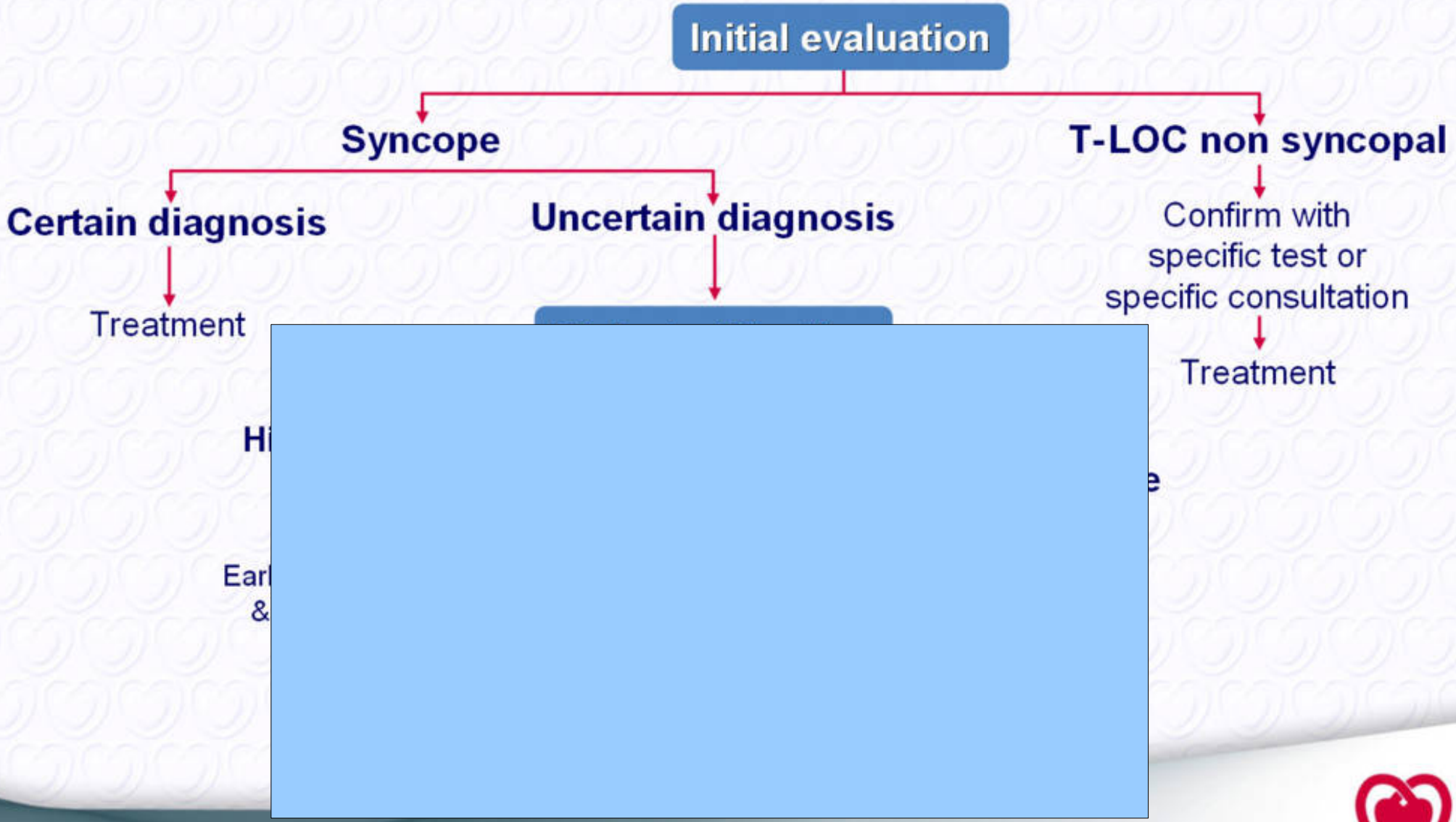
- **Une syncope vasovagale** est diagnostiquée si des événements précipitants (douleur intense, une émotion, une exploration instrumentale ou une station debout prolongée) sont associés à des prodromes typiques
- **Une syncope orthostatique** est diagnostiquée lorsqu'une syncope est reproduite lors de la mise en évidence d'une hypotension orthostatique

Syncope non cardiaque certaine

- Des investigations cardiaques peuvent être nécessaires indépendamment du diagnostic de la syncope (réflexe ou orthostatique typique) chez un patient ayant des facteurs de risque (tabac, diabète, dyslipidémie, surcharge pondérale, etc.) ou une anomalie ECG (BBG isolé, etc.) (classe 1)

Diagnostic flowchart in patients with suspected T-LOC

T-LOC – suspected syncope



European Heart Journal 2009;30:2631-2671

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

4. Qui hospitaliser ?

- 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)

Hospitalisation : Syncope cardiaque possible

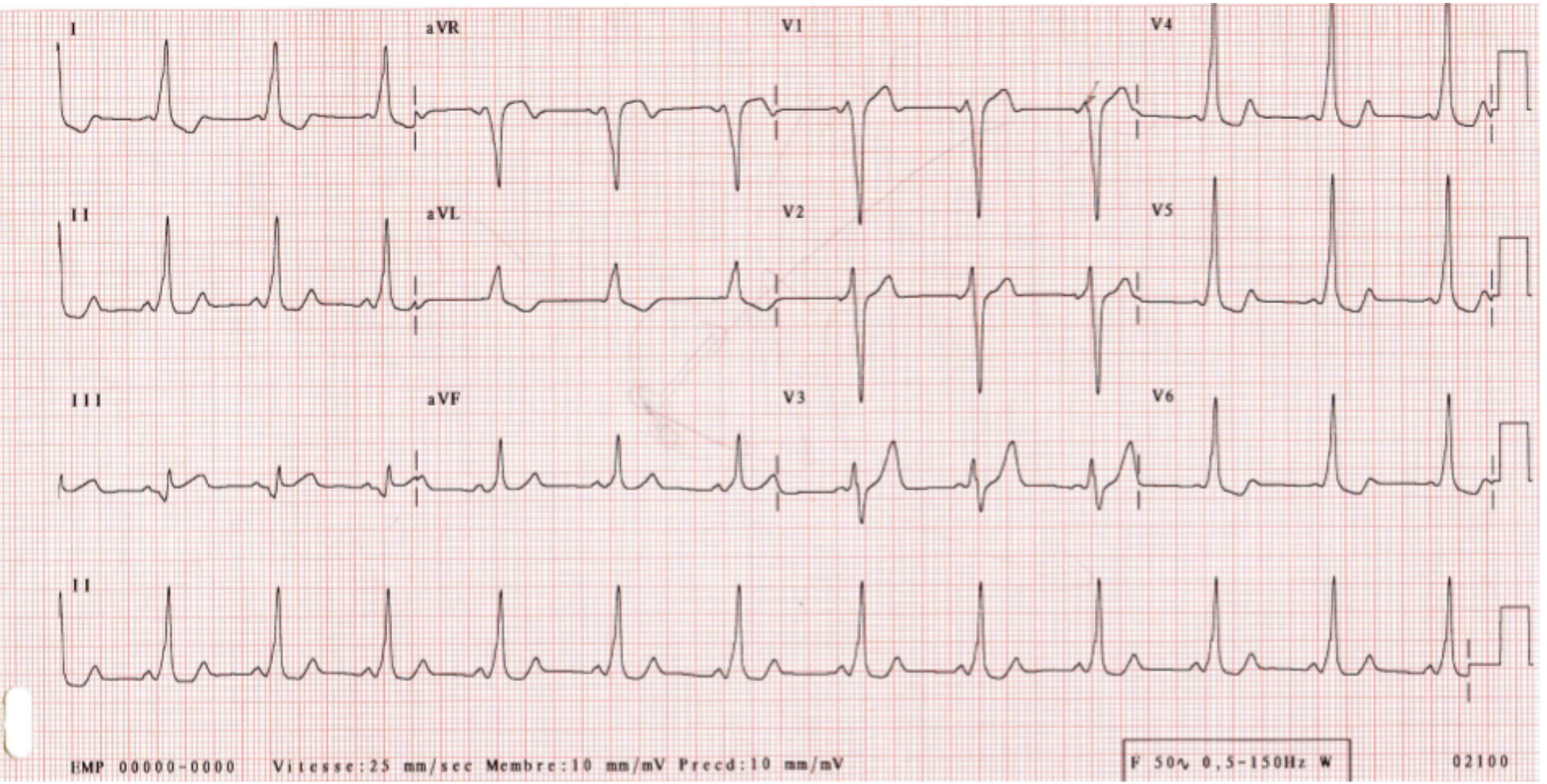
La clinique +++

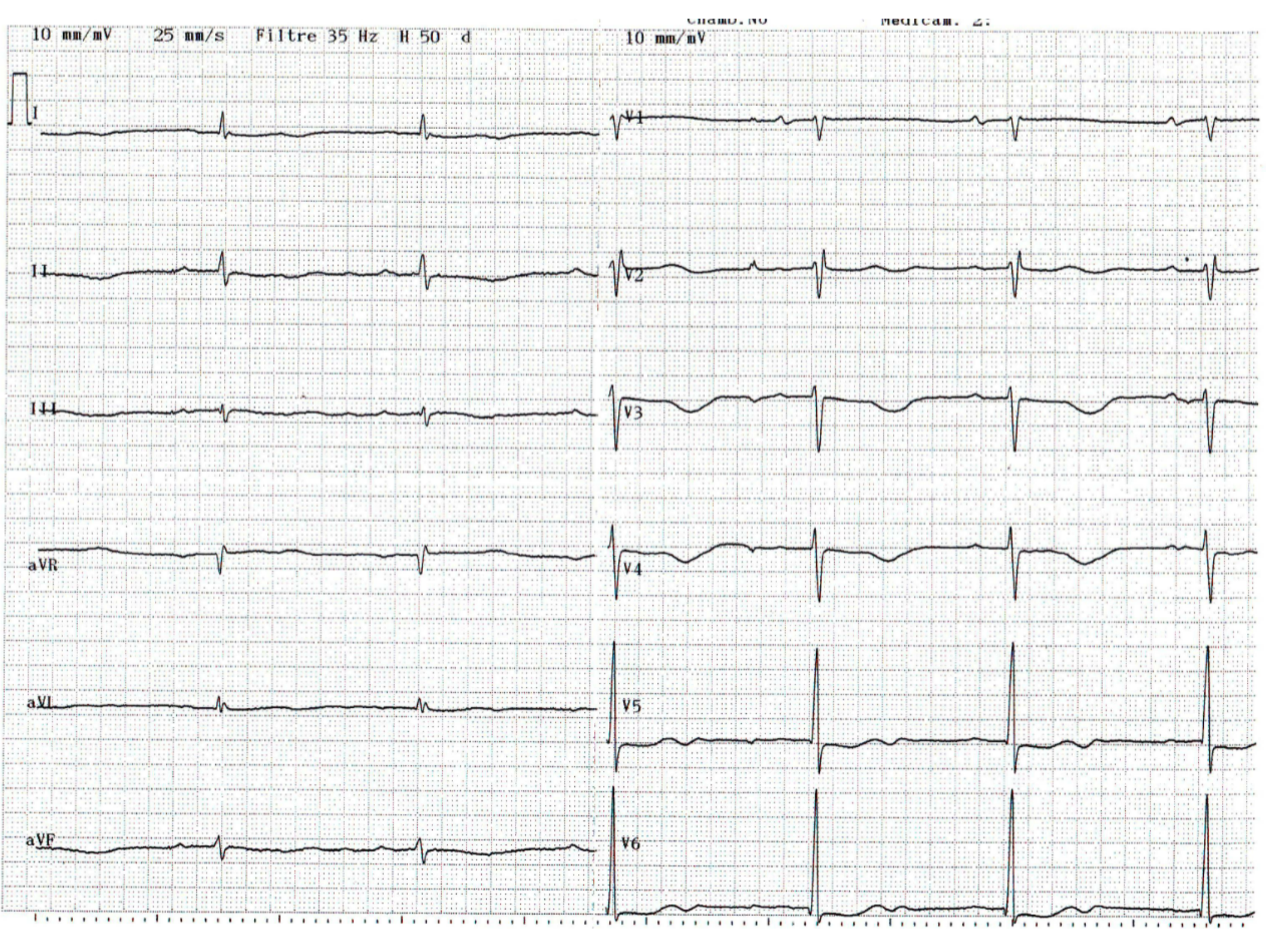
- Présence d'une cardiopathie structurelle connue
- Pendant, juste après un effort ou en décubitus
- Précédées par des palpitations ou un angor
- Histoire familiale de mort subite
- Traitement allongeant le QT, hypokaliémiant

Hospitalisation : Syncope cardiaque possible

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 ≥ 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


I
aVR
V1
V4
II
aVL
V2
V5
III
aVF
V3
V6
II
EMP 00000-0000 Vitesse:25 mm/sec Membre:10 mm/mV Precd:10 mm/mV
F 50∿ 0,5-150Hz W
02100

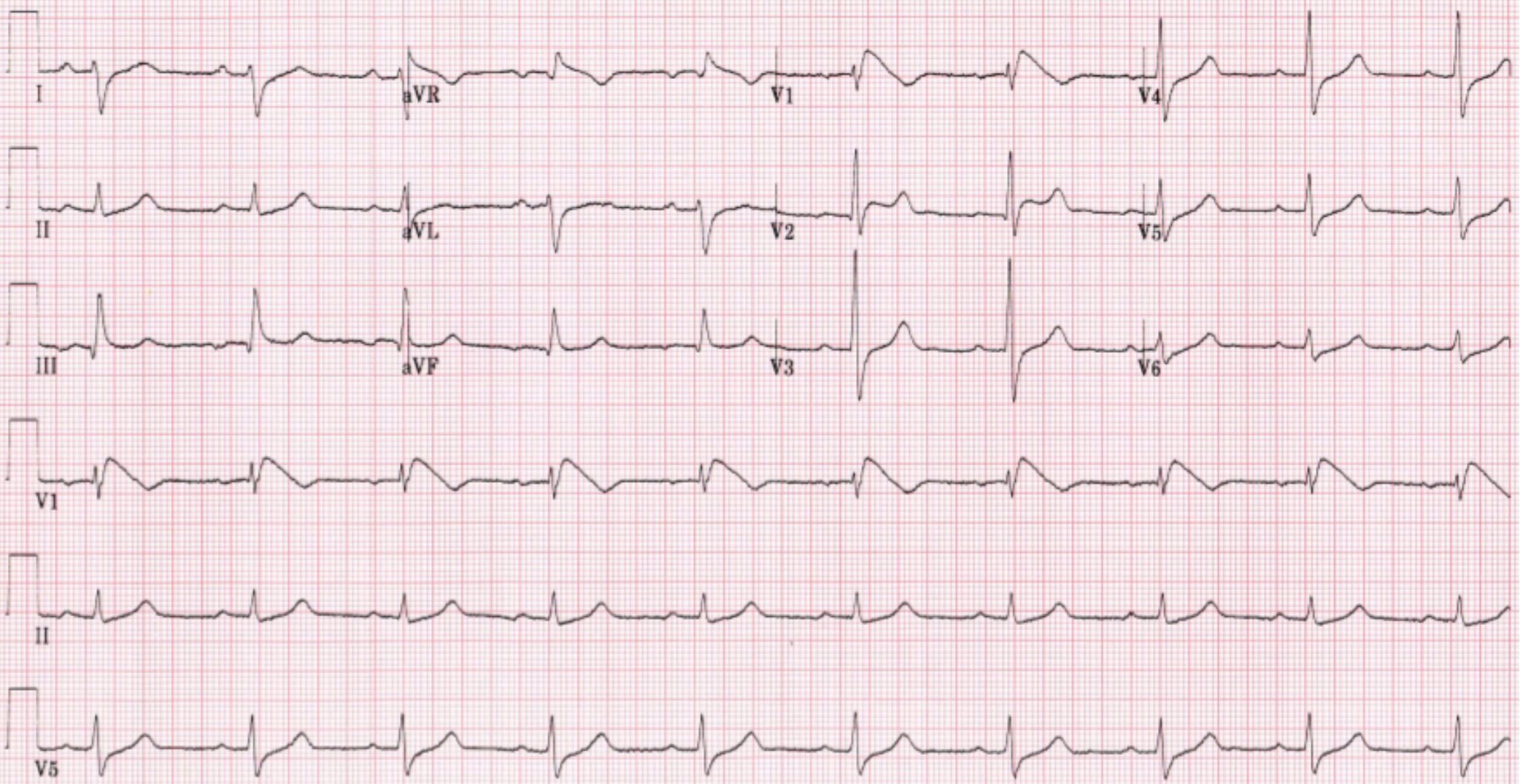

10 mm/mV 25 mm/s Filtre 35 Hz H 50 d
10 mm/mV
I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6

ECG anormal

Technicien:
Indications:

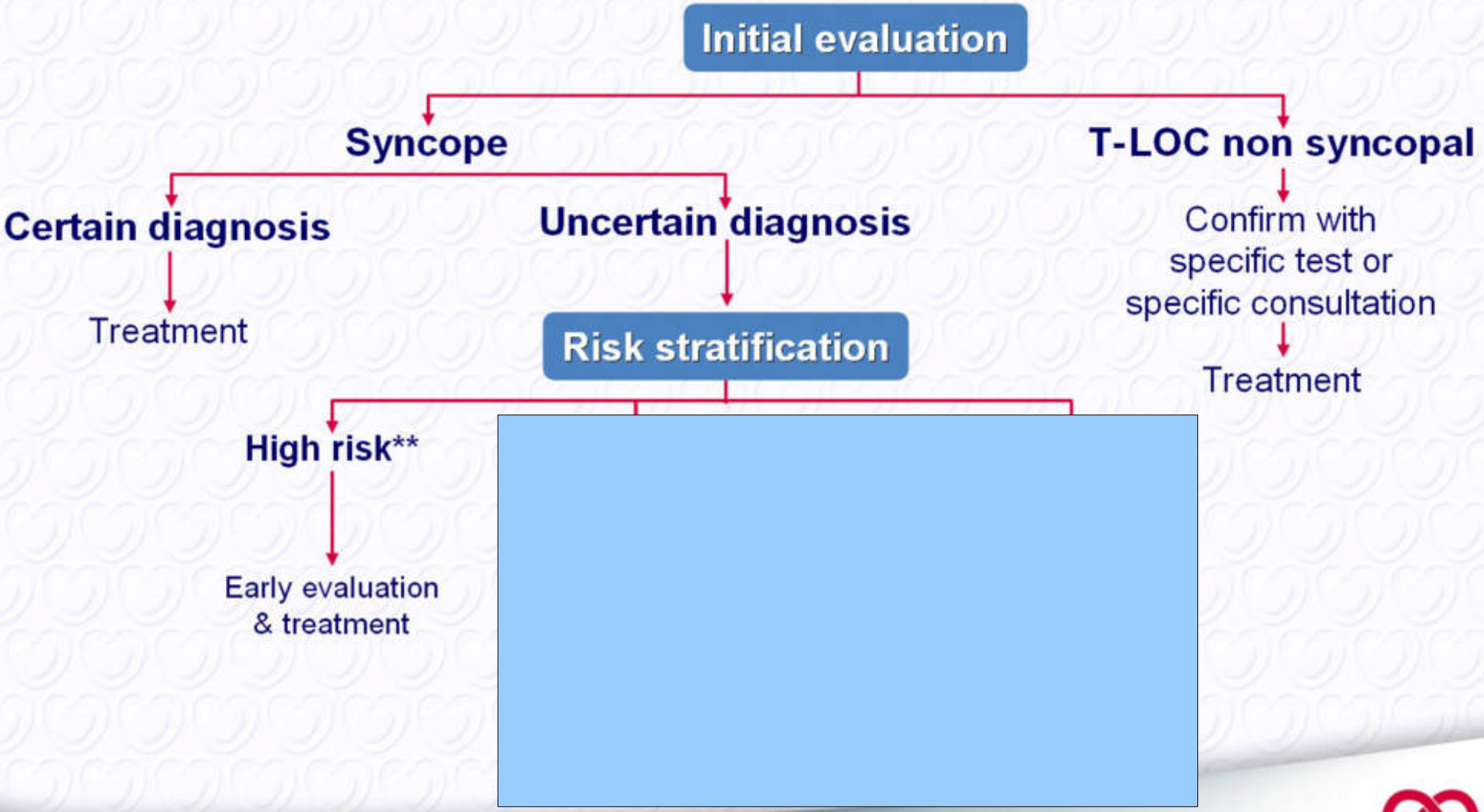
Référé par:

Non validé



Diagnostic flowchart in patients with suspected T-LOC

T-LOC – suspected syncope



European Heart Journal 2009;30:2631-2671

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

Frequency of the causes of syncope in general population, Emergency Department and specialized clinical settings

Setting	Source	Reflex %	OH %	Cardiac %	Non-syncopal T-LOC, %	Unexplained
General population	Framingham studies	21	9.4	9.5	9	37
ED	Ammirati	35	6	21	20	17
	Sarasin	38	24	11	8	19
	Blanc	48	4	10	13	24
	Diserton	45	6	11	17	19
	Olde Norkamp	39	5	5	17	33
	Range	35-48	4-24	5-21	8-20	17-33
Syncope Unit	Alboni	56	2	23	1	18
	Chen	56	6	37	3	20
	Shen	65	10	13	6	5
	Brignole	65	10	13	6	5
	Ammirati	73	1	6	2	10
	Range	56-73	1-10	6-37	1-6	5-20

ED = emergency dept - OH = orthostatic hypotension - T- TOC = transient loss of consciousness

European Heart Journal 2009;30:2631-2671

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

Et les autres

► La syncope est inexpliquée

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 inexpliquée, 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

Et les autres

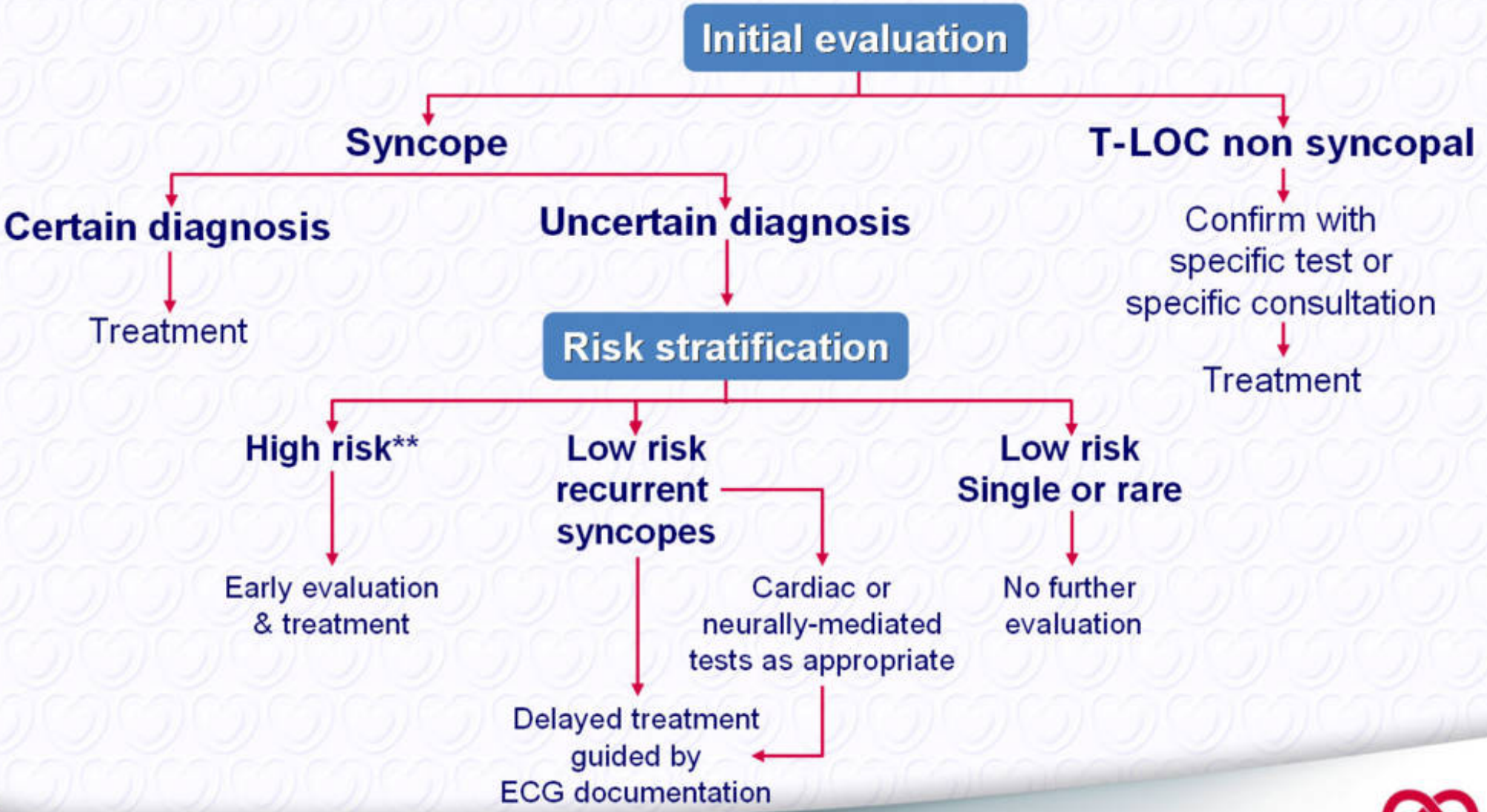
Tableau 5. Massage du sinus carotidien

Indications et méthodologie
Le massage du sinus carotidien est recommandé chez les patients âgés de plus de 40 ans souffrant d'une syncope d'origine inconnue après l'évaluation initiale. Il convient d'éviter le massage en cas de pathologie connue (sténose) ou suspectée (souffle, antécédents d'AIT ou d'AVC) de l'artère carotide (classe 1).

Diagnostic
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. Une réponse positive permet d'établir le diagnostic de la cause de la syncope en l'absence de tout autre diagnostic (classe 1).

Diagnostic flowchart in patients with suspected T-LOC

T-LOC – suspected syncope



www.escardio.org/guidelines

European Heart Journal 2009;30:2631-2671

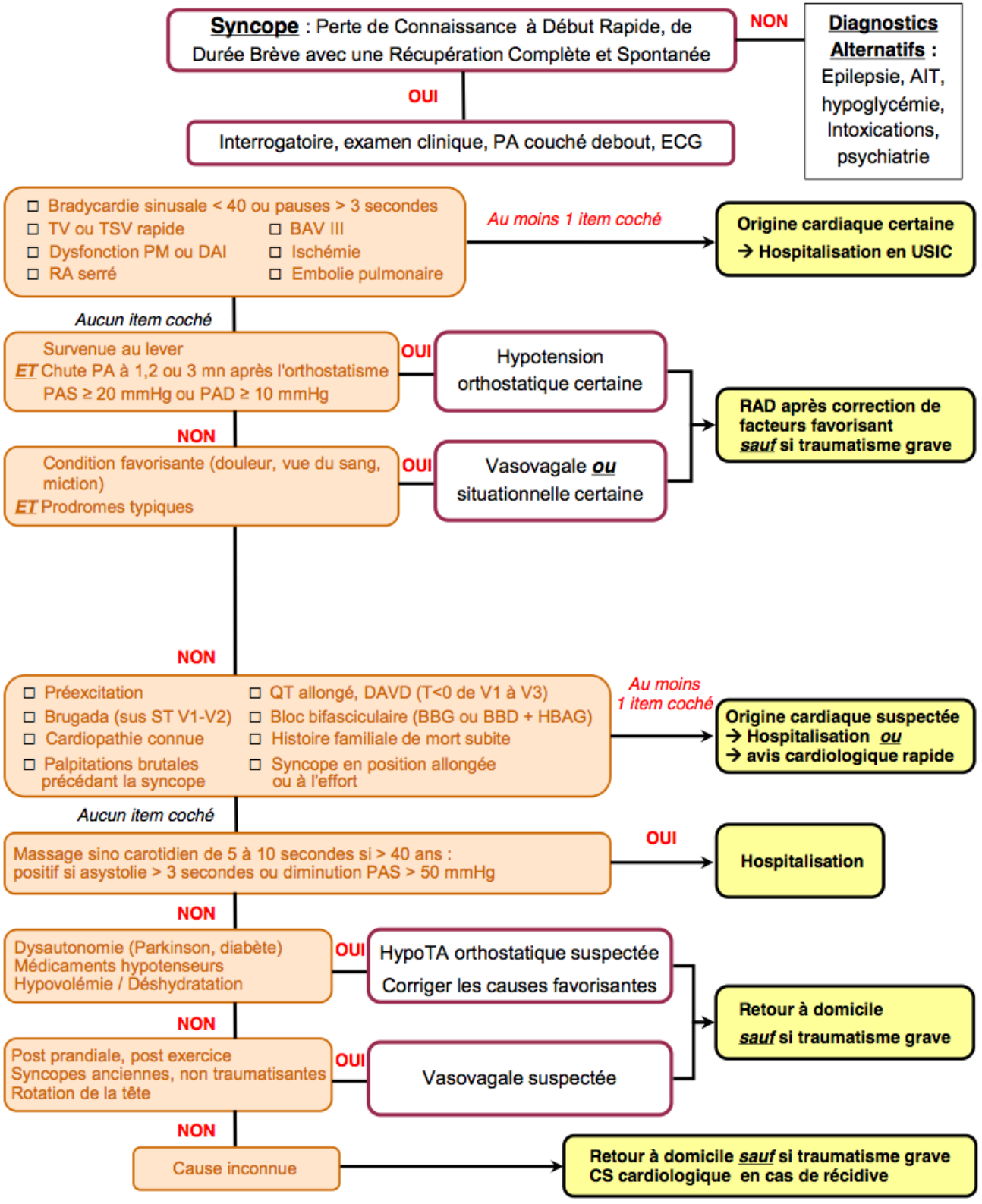
EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

Recommendations concerning driving in patients with syncope

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 one 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 on case by case	Permanent restriction
Reflex syncope		
Single/mild	No restrictions	No restriction unless it occurred during high risk activity
Recurrent and severe	After symptoms 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

European Heart Journal 2009;30:2631-2671

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®


Syncope : Perte de Connaissance à Début Rapide, de Durée Brève avec une Récupération Complète et Spontanée
NON
Diagnostics Alternatifs : Epilepsie, AIT, hypoglycémie, Intoxications, psychiatrie
OUI
Interrogatoire, examen clinique, PA couché debout, ECG
☐ Bradycardie sinusale < 40 ou pauses > 3 secondes
☐ TV ou TSV rapide
☐ Dysfonction PM ou DAI
☐ RA serré
☐ BAV III
☐ Ischémie
☐ Embolie pulmonaire
Au moins 1 item coché
Origine cardiaque certaine → Hospitalisation en USIC
Aucun item coché
Survenue au lever ET Chute PA à 1,2 ou 3 mn après l'orthostatisme PAS ≥ 20 mmHg ou PAD ≥ 10 mmHg
OUI
Hypotension orthostatique certaine
NON
Condition favorisante (douleur, vue du sang, miction) ET Prodromes typiques
OUI
Vasovagale ou situationnelle certaine
RAD après correction de facteurs favorisant sauf si traumatisme grave
NON
☐ Préexcitation
☐ Brugada (sus ST V1-V2)
☐ Cardiopathie connue
☐ Palpitations brutales précédant la syncope
☐ QT allongé, DAVD (T<0 de V1 à V3)
☐ Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD + HBAG)
☐ Histoire familiale de mort subite
☐ Syncope en position allongée ou à l'effort
Au moins 1 item coché
Origine cardiaque suspectée → Hospitalisation ou → avis cardiologique rapide
Aucun item coché
Massage sino carotidien de 5 à 10 secondes si > 40 ans : positif si asystolie > 3 secondes ou diminution PAS > 50 mmHg
OUI
Hospitalisation
NON
Dysautonomie (Parkinson, diabète)
Médicaments hypotenseurs
Hypovolémie / Déshydratation
OUI
HypoTA orthostatique suspectée
Corriger les causes favorisantes
NON
Post prandiale, post exercice
Syncopes anciennes, non traumatisantes
Rotation de la tête
OUI
Vasovagale suspectée
Retour à domicile sauf si traumatisme grave
NON
Cause inconnue
Retour à domicile sauf si traumatisme grave
CS cardiologique en cas de récidive

Merci de votre attention ...