

La syncope cardiovasculaire

Cibler les causes pour mieux la traiter



Félix Ayala-Paredes, MD, PhD et Aldo A. Furlani, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les syncopes et les chutes : de l'adolescence à la gériatrie*, Université de Sherbrooke, décembre 2006.

Il est estimé qu'une personne sur cinq présentera, au cours de sa vie, un épisode syncopal.

La syncope cardiovasculaire est un des prix que doit payer l'être humain depuis qu'il est capable de marcher debout, le cerveau étant plus haut que sa source sanguine : le cœur.

Il est estimé qu'une personne sur cinq présentera, au cours de sa vie, un épisode syncopal. Il s'agit d'une condition très fréquente générant un volume considérable de visites. Concernant les syncopes, il faut savoir que :

- l'origine cardiovasculaire est la cause de 80 % des syncopes, toutes causes confondues, et l'hypoperfusion au cerveau est la cause de la perte transitoire de conscience.
- peu importe la multitude de tests ou la durée de séjour, 30 % des syncopes restent sans diagnostic.
- les patients qui syncopent de façon fréquente vont récidiver de façon épisodique malgré nos efforts.

Le diagnostic et le pronostic

Le degré d'hypoperfusion cérébrale détermine l'intensité des symptômes : étourdissements, prodromes (présyncope), perte de conscience complète (syncope), jusqu'à la libération sphinctérienne et les pseudos convulsions, toujours avec récupération rapide.



Le **Dr Ayala-Paredes** est cardiologue au Service de cardiologie, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke et chef de la section d'électrophysiologie.



Le **Dr Furlani** est cardiologue et électrophysiologiste au Caribbean Heart Institute, Kingston, Jamaïque.

Tableau 1
Causes fréquentes et prévalence de la syncope

Causes de syncope	Degré de gravité	Prévalence en %
Cardiaque réflexe	Bénin	
• Neurocardiogénique (vasovagal)		18 (8-37)
• Situationnel (toux, miction, défécation, etc.)		5 (1-8)
• Hypersensibilité du sinus carotidien		1 (0-4)
Hypotension orthostatique	Bénin	8 (4-10)
Médication (secondaire à la)	Bénin à sévère	3 (1-10)
Psychiatrique	Bénin	2 (1-7)
Neurologique	Modéré	10 (3-32)
Cardiaque		
• Cardiopathie valvulaire, ischémique, tamponnade, etc.	Sévère	4 (1-8)
Arythmies		14 (4-38)
• Bradyarythmies (maladie du sinus, bloc AV, etc.)	Modéré	
• Tachyarythmies (tachycardie ventriculaire, torsades)	Sévère	
Inconnu	Bénin à modéré	34 (13-41)

Toute autre forme d'imagerie (CT scan, Doppler carotidien, scintigraphie V/Q, etc.) est à proscrire comme test de dépistage, car la relation coût/diagnostic est irrationnelle.

L'anamnèse devient l'élément principal du diagnostic : le type, les caractéristiques, les prodromes, la durée et le temps de récupération sont des informations clés qu'aucun autre test ne pourrait nous donner.

Quant au patient, il faut déterminer si sa vie est menacée : en l'absence de cardiopathie, le pronostic est toujours bénin, mais en présence de cardiopathie, la syncope peut devenir maligne et mortelle.

Il est rarement nécessaire d'admettre un patient post-syncope parce que, rapidement, avec l'examen physique cardiovasculaire et un électrocardiogramme normal, nous pouvons

éliminer la présence de cardiopathie et rassurer le patient (tableau 1). En cas de doute, l'échocardiogramme confirme ou infirme la présence de cardiopathie structurelle.

Toute autre forme d'imagerie (CT scan, Doppler carotidien, scintigraphie V/Q, etc.) est à proscrire comme test de dépistage, car la relation coût/diagnostic est irrationnelle.

La syncope et l'absence de cardiopathie

Dans ces cas, la télémétrie prolongée et le Holter sont inutiles, car les récurrences pendant ces tests sont exceptionnelles, et nous obtenons de l'information non pertinente (arythmies bénignes, la plupart du temps) qui enclenche davantage d'exams, de stress et de coûts.

La syncope la plus fréquente est neurocardiogénique (syncope réflexe) déclenchée par l'orthostatisme prolongé. Le meilleur test diagnostique est la table basculante.

Pendant ce test, le patient reste debout pendant 30 à 45 minutes avec un enregistrement continu de son rythme cardiaque et de sa pression artérielle, jusqu'à la reproduction des symptômes ou la fin du test. Le patient qui syncope pendant le test, confirmant le diagnostic,

La syncope la plus fréquente est neurocardiogénique déclenchée par l'orthostatisme prolongé, et le meilleur test diagnostique est la table basculante.

apprend aussi à mieux reconnaître les prodromes et comment la position de Trendelenburg rapide permet la récupération sans autre intervention externe.

Chez les patients âgés, il faut commencer par optimiser les multiples médicaments qui, comme effet secondaire, provoquent ou aggravent l'hypotension orthostatique.

La syncope et la présence de cardiopathie

Ici, la syncope est de mauvais pronostic. Avec la dysfonction ventriculaire grave, la présence d'arythmies malignes est la principale cause de mortalité. Nous devons admettre le patient et, après correction des causes réversibles, pousser l'investigation en cardiologie. L'étude électrophysiologique peut permettre de démasquer ces arythmies graves.

Chez les patients âgés, une autre forme d'altération structurelle peut survenir : les altérations du système de conduction électrique (bloc AV et maladie du sinus). Ces altérations sont parfois difficiles à démasquer, mais le massage du sinus carotidien et le *monitoring* (Holter ou similaire) du rythme cardiaque nous permettent de confirmer le diagnostic.

D'autres cardiopathies génétiques, tels le syndrome de QT long, le Brugada et la dysplasie arythmogène du ventricule droit, sont rarement en cause; à soupçonner en présence d'antécédents de mort subite dans la famille proche.

Le traitement

En l'absence de cardiopathie, les mesures de prévention efficaces à enseigner au patient sont :

- éviter les situations d'orthostatisme prolongé
- s'hydrater abondamment



Figure 1. Les moyens d'augmenter la pression de perfusion

- surtout exercer la position de Trendelenburg rapidement, dès que les prodromes se présentent.
- rassurer le patient de la bénignité de sa condition.

Chez les cas récidivants, il existe d'autres moyens d'augmenter la pression de perfusion (figure 1) :

- se coucher par terre
- le *hand grip*
- croiser et contracter la musculature postérieure des jambes
- le *squatting* modifié

En présence de cardiopathie, l'implantation d'un cardiostimulateur, d'un défibrillateur et/ou l'ablation par cathéter des arythmies, dans certains cas, peuvent être pratiquées. *Clin*

À retenir...

- La syncope cardiovasculaire est un problème fréquent, qui engendre beaucoup d'incertitudes pour le patient et le clinicien : 30 % des cas n'auront jamais de diagnostic.
- Il faut, dans tous les cas, déterminer la présence ou l'absence de cardiopathie.
- En l'absence de cardiopathie, les mesures de prévention sont plus que suffisantes pour composer avec le problème.
- En présence de cardiopathie, il faut rapidement adresser le patient pour une investigation plus poussée et un traitement adéquat, car le risque de mort est accru.