

Définition

Perte de Connaissance (PC) spontanée totale brève, avec amnésie de la PC et résolution spontanée de l'état d'éveil et du tonus postural, en lien avec baisse du débit cérébral

1. PRENDRE EN CHARGE la pathologie dont la syncope peut être un symptôme (sepsis, hémorragie...)

La syncope n'a pas de cause évidente

Proposer une stratification du risque

Ecarter une cause cardiologique

Pour quel patient demander un avis spécialisé?

2. RECUEILLIR les éléments nécessaires

Anamnèse

Faire préciser le malaise/prodrome/circonstances par proches et témoins

ECG

Focus: Test hypoTA orthostatique

Repos couché (à défaut assis) 5 min avant la réalisation du test

Puis mesure de la PA/FC en position de repos

Mise debout et mesure PA/FC à 1 et 3 min

Pathologique si :

- Baisse Pas > 20 mmHg
- Pas < 90 mmHg
- Symptomatique

Incertain dans les autres cas

Général

ATCD (DAI/PM) / Traitement / ATCD familiaux

Examen clinique général

Selon contexte réaliser test hypotension orthostatique (HTO) ou Massage Sino-Carotidien (MSC)

Biologie selon contexte non systématique

Focus: Massage Sino-Carotidien

Indiqué après 40 ans, si cause réflexe suspectée

En absence d'AVC récent (< 3 mois), en absence de souffle cervical bilatéral ou de sténose carotidienne connue

Patient en décubitus, tête tournée côté inverse à la stimulation, massage ou pression en regard de la carotide

Pathologique si pause > 3 sec ou chute PA > 50 mmHg

3. STRATIFIER LE RISQUE (critères page 2) ET ORIENTER

RISQUE ELEVE

=> Cause cardiaque

Surveillance scopée

Avis cardiologique

RISQUE NI ELEVE NI FAIBLE

OU

SYNCOPE REPETEE INVALIDANTE

Avis cardiologique

RISQUE FAIBLE

=> Cause réflexe ou orthostatique évidente

Gestion ambulatoire

Réassurance du patient sur la nature bénigne de la syncope

RISQUE ELEVE
=> Cause cardiaque

Critères à l'interrogatoire

- ATCD de cardiopathie
- Présence PM ou défibrillateur => interrogatoire PM/DAI obligatoire : transfert (modalité de médicalisation selon contexte clinique et avis cardiologique) vers USIC de proximité
- ATCD familiaux de mort subite < 40 ans ou de cardiopathie sévère familiale
- Syncope précédée de palpitations
- Syncope en position couchée
- Syncope à l'exercice

Critères cliniques

- PAs < 90 mmHg inexpliquée
- Bradycardie persistante (< 40 bpm) en état d'éveil et en absence d'entraînement physique
- Souffle systolique non bilanté

Critères ECG

- ESV, TVNS
- QRS larges (> 120 msec), bloc bi/trifasciculaire
- HVG
- BSA, bradycardie sinusale < 40/min, BAV
- WPW
- Brugada, DAVD, repolarisation précoce
- QTc à > 460 ou < 340 msec
- Onde Q (séquelle IDM)

Surveillance scopée en attendant avis cardiologique

RISQUE FAIBLE

=> Cause réflexe ou orthostatique évidente

Cause réflexe

- Longue histoire (années) de malaise récurrent avec des caractéristiques identique à l'épisode actuel
- Prodromes typiques: étourdissement, bouffée de chaleur, sueurs, nausées, vomissements
- Après vécu d'une situation inconfortable
- Après station debout prolongée et/ou endroit chaud et bondés
- Pendant ou après un repas
- Déclenché par toux défécation miction
- Après une rotation de la tête ou une pression sur le sinus carotidien (tumeur, rasage, col serré)
- MSC positif, négatif non excluant

Cause orthostatique

- En se levant ou après s'être levé
- Après station debout prolongée
- Lever après exercice
- Situation post prandiale
- Lien temporel avec introduction ou changement de dose de traitement vasopresseur ou diurétique
- Dysautonomie connue, parkinson
- Test hypoTA positif, négatif non excluant

Examen clinique normal

ECG normal

Gestion ambulatoire

Réassurance du patient sur la nature bénigne de la syncope

Syncope réflexe :

Savoir repérer et éviter les facteurs déclenchants
Reconnaître les prodromes et se mettre à l'abris

Syncope par hypotension :

Diminuer ou arrêt des traitements hypotenseur

