



Centre Hospitalier Universitaire Dijon

Syncopes (malaises). Recommandations HAS 2008

Docteur D. HONNART, SRAU, CHU de DIJON

DH  
2011-10

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Pertes de connaissance brèves de l'adulte :  
prise en charge diagnostique et thérapeutique  
des syncopes**

RECOMMANDATIONS

Mai 2008

# Définition

- Abandonner le terme peu spécifique de malaise (motif de recours)
- Pas de différence de gravité avec ou sans PC
- Syncope
  - 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
  - due à une hypoperfusion cérébrale globale et passagère

# Problématique

- 5 à 10% des passages au SAU
  - cause retrouvée dans 75% des cas
  - vaso-vagale dans plus de 50% des cas
- Interrogatoire, examen clinique + ECG donne une diagnostic dans 70 à 80% des cas
- Ne pas banaliser (pronostic vital parfois)
- Ne pas multiplier investigations inutiles

# Ce qui n'est pas une syncope

- Chute mécanique
- AIT carotidien ou vertébro-basilaire
- Epilepsie généralisée ou partielle (EEG systématique peu contributif)
- Hypoglycémie (glycémie capillaire systématique)
- Intoxications : OH, CO
- Causes psychogènes : syndrome dépressif, attaque de panique, somatisation

# 3 questions

- PC liée ou non à une syncope?
- Cardiopathie associée?
- Données cliniques en faveur d'une étiologie?

# Evaluation initiale

- Interrogatoire
- Examen clinique
- ECG systématique

- Interrogatoire patient et entourage, infos transmises par ambulanciers...
- Antécédents : dont syncopes antérieures, cardiopathie, diabète, traitements suivis
- Circonstances
  - Brutal ou progressif (installation et récupération)
  - Prodromes (dont palpitations)
  - Notion d'intoxication dont éventualité CO
  - Cyanose, pâleur, sueurs
  - Mouvements anormaux, morsure de langue, perte d'urine
  - Conséquences traumatiques
- Symptomatologie même fugace : dyspnée, douleur, céphalées, mouvements anormaux

- Complet, surtout cardiologique et neurologique, souvent négatif
- Pression artérielle debout/couché
  - sur 5 minutes
  - baisse  $\geq 30$  mm Hg PAS ou  $\geq 20$  mm Hg PAD
- Recherche lésions traumatiques

- ECG obligatoire
- Glycémie capillaire et SpO2 font partie de l'examen clinique
- Pas de biologie systématique (troponine, DDimérite...)

# Syncopes réflexes (50%)

- Syncope vaso-vagale : émotion, douleur
  - sujet jeune, contexte d'asthénie
  - prodromes, pâleur, sueurs
- Syncope situationnelle : plus rare
  - toux, défécation, vomissement

- Syncope orthostatique
  - mise en évidence par le test
  - primaire : pure, Parkinson
  - secondaire :
    - diabète
    - alcool, diurétiques, psychotropes
    - hypovolémie
    - médicaments hypotenseurs+++

- +++ car surmortalité à 1 an, peuvent justifier examens complémentaires type Holter, écho cardiaque...
- Contexte
  - antécédents, à l'effort
  - avec douleur thoracique, dyspnée ou palpitations

- Troubles du rythme
  - bradycardies : dysfonction sinusale, BAV, blocs bi ou trifasciculaires, dysfonction de PM, causes iatrogènes
  - tachycardies : TSV, TV, pré-excitation, QT long (hypokaliémie, anti-arythmiques)
- Cardiopathies
  - ischémiques (angor syncopal dont Prinzmetal), valvulaires (RA), CMO
  - embolie pulmonaire

# Traitement des syncopes

- **Syncopes réflexes**
  - éducation thérapeutique (réassurance, éviction facteur déclenchant)
  - modification des traitements
- **Syncopes orthostatiques**
  - modification des traitements, règles hygiéno-diététiques, contention veineuse
  - fludrocortisone (Adixone®) ou midorine (Gutron®)
- **Syncopes cardiaques**
  - selon étiologie
  - médicament, stimulateur, défibrillateur implantable

# Motifs d'hospitalisation

- Suspicion syncope cardiaque
  - cardiopathie connue ou suspectée (ECG...)
  - syncope à l'effort, palpitations avant la syncope
- Cardiopathie certaine : SCA, trouble du rythme
- Syncope orthostatique selon étiologie
- Contexte médico-social et âge (incidence élevée et iatrogénie fréquente, syndrome post-chute)
- En sortie, médecin tenu d'informer le patient sur les risques d'accident