

Investigations et prise en charge de la syncope par le médecin de premier recours



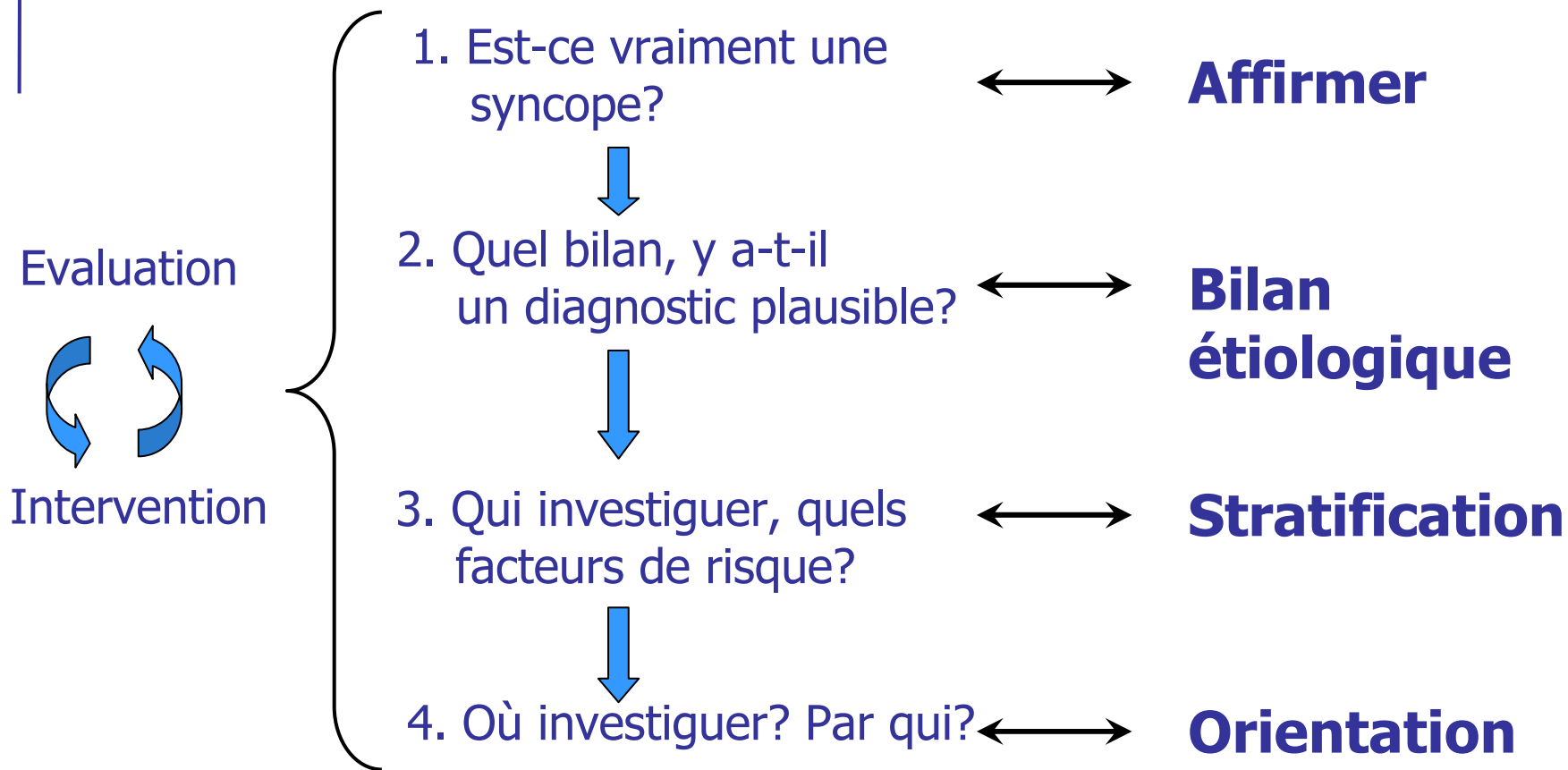
Dr Slim Slama
Service de médecine de premier recours

11 juin 2008

Objectifs de la présentation

- La prise en charge d'une syncope par le médecin de premier recours doit faire l'objet d'une prise en charge séquentielle comprenant 4 questions clés:
 1. Est-ce vraiment une syncope?
 2. Lors du bilan initial, existe-t-il des éléments qui permettent de poser d'emblée un diagnostic étiologique?
 3. Existe-t-il une cardiopathie sous-jacente et/ou l'ECG est-il anormal?
 4. Qui faut-il hospitaliser? Qui doit être référé à un spécialiste pour un bilan complémentaire?

Au terme de la présentation vous devriez pouvoir répondre aux questions suivantes ?



Syncope: Définition



- **Clinique:**

Perte brutale de la conscience avec perte du tonus postural (chute) et retour spontané et rapide à une conscience normale

- **Physiopathologique:**

Survient après une interruption du flux sanguin cérébral ≥ 8 sec et/ou une chute de la TA systolique ≤ 80 mm Hg

Eur Heart J 2004;25:2054-72

Eur Heart J 2001;22:1256

N Engl J Med 2000;343:1856

Est-ce vraiment une syncope?

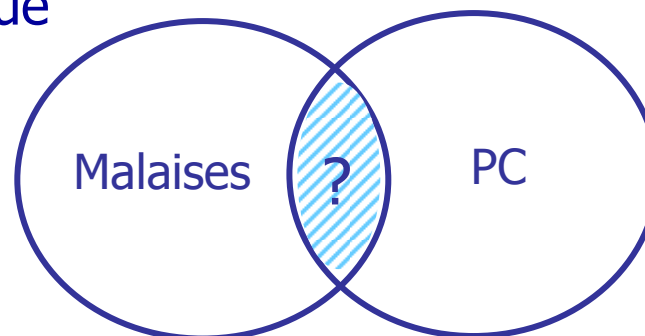
Malaise \pm perte de connaissance

?

Pathologies *sans véritable PC*

- chutes
- vertiges
- drop attack
- AIT
- Ictus amnésique

Pathologies *avec PC avérée*



Est-ce vraiment une syncope?

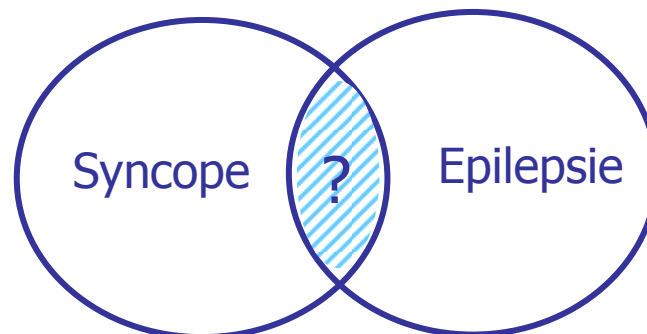
Patient avec perte de connaissance avérée

?

Véritable *syncope*:

- réflexe
- orthostatique
- cardiaque
- autres....

Epilepsie



Vignette clinique 1

- Un homme de 47 ans sans atcd particulier est amené aux urgences pour une crise convulsive. Selon son épouse, le patient se serait levé du lit pour se rendre à la salle de bain durant la nuit.
- Aurait chuté et se serait cogné la tête sur le lavabo.
- En tentant de le relever, le patient aurait perdu connaissance et aurait présenté des mouvements de tout le corps. L'épisode aurait durée ayant duré 5 min.
- ATCD: nihil.
- À l'arrivée aux urgences (20 minutes après l'épisode), le patient est conscient, orienté, son pouls est régulier à 85/min et sa TA est 140/80
- Il ne se rappelle pas bien des circonstances de l'épisode mais se souvient avoir présenté des crampes abdominales et des nausées avant la PC.

Vignette clinique 1

- Quels éléments de l'anamnèse parlent pour ou contre une syncope?
- Quelles questions aimeriez-vous poser pour préciser votre dg de présomption?
- Quels examens complémentaires réalisez-vous ?

Syncope ou épilepsie?

	Epilepsie probable	Syncope probable
Pendant la PC	<ul style="list-style-type: none">- Mouvements tonico-cloniques prolongés (> 20 sec) débutant en même temps que la PC- Mouvements tonico-cloniques latéralisés- Mouvements automatiques- Morsure de langue- Cyanose faciale	<ul style="list-style-type: none">- Mouvements tonico-cloniques brefs (< 20 sec) et débutant après la PC (= syncope convulsivante)
Avant la PC	<ul style="list-style-type: none">- Aura (hallucinations)	<ul style="list-style-type: none">- Nausées, sudations, chaud-froid
Après la PC	<ul style="list-style-type: none">- Confusion prolongée- Douleur musculaire	<ul style="list-style-type: none">- Récupération rapide, pâleur

Questionnaire pour déterminer si la PC est dûe à une syncope ou à une crise d'épilepsie

QUESTIONS	Points (If Yes)
At times you wake with a cut tongue after your spells?	2
At times do you have a sense of déjà vu or jamais vu before your spells?	1
At times is emotional stress associated with losing consciousness?	1
Has anyone ever noted your head turning during a spell?	1
Has anyone ever noted that you are unresponsive, having unusual posturing or have jerking limbs during your spells or have no memory of your spells afterwards? (score as yes for any positive response)	1
Has anyone ever noted that you are confused after a spell?	1
Have you ever had lightheaded spells?	-2
At times do you sweat before your spells?	-2
Is prolonged sitting or standing associated with your spells?	-2

The patient has seizures if the point score is ≥ 1 , and syncope if the point score is < 1 .

Syncope vs epilepsie:

Etude prospective N = 94

Epilepsie= 41

Non epileptique = 53

- Analyse de régression logistique

Epilepsie

- Ecume salive
- Morsure de langue
- Désorientation
- < 45 an
- PC > 5 min

Non Epileptique

- Sudations
- Nausées avant
- Orienté après
- \geq 45 an

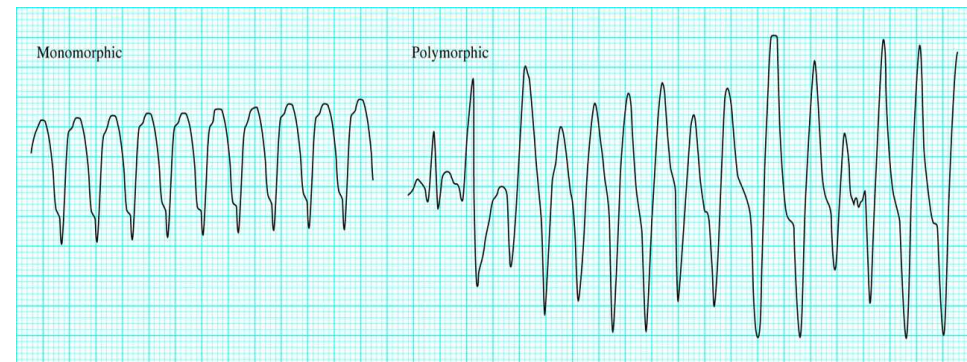
Syncope: Gérer l'incertitude

- Banalité ou mort avortée ?



Réflexe vagal

ou



Arythmie cardiaque

Syncope: Gérer l'incertitude

- La syncope est un symptôme pas un diagnostic
- Diagnostic différentiel des causes de syncope est large
- Les patients sont souvent asymptomatiques lors de l'évaluation initiale
- Peur de manquer la mort subite
- Prise en charge et stratification du risque mal standardisées



Epidemiologie

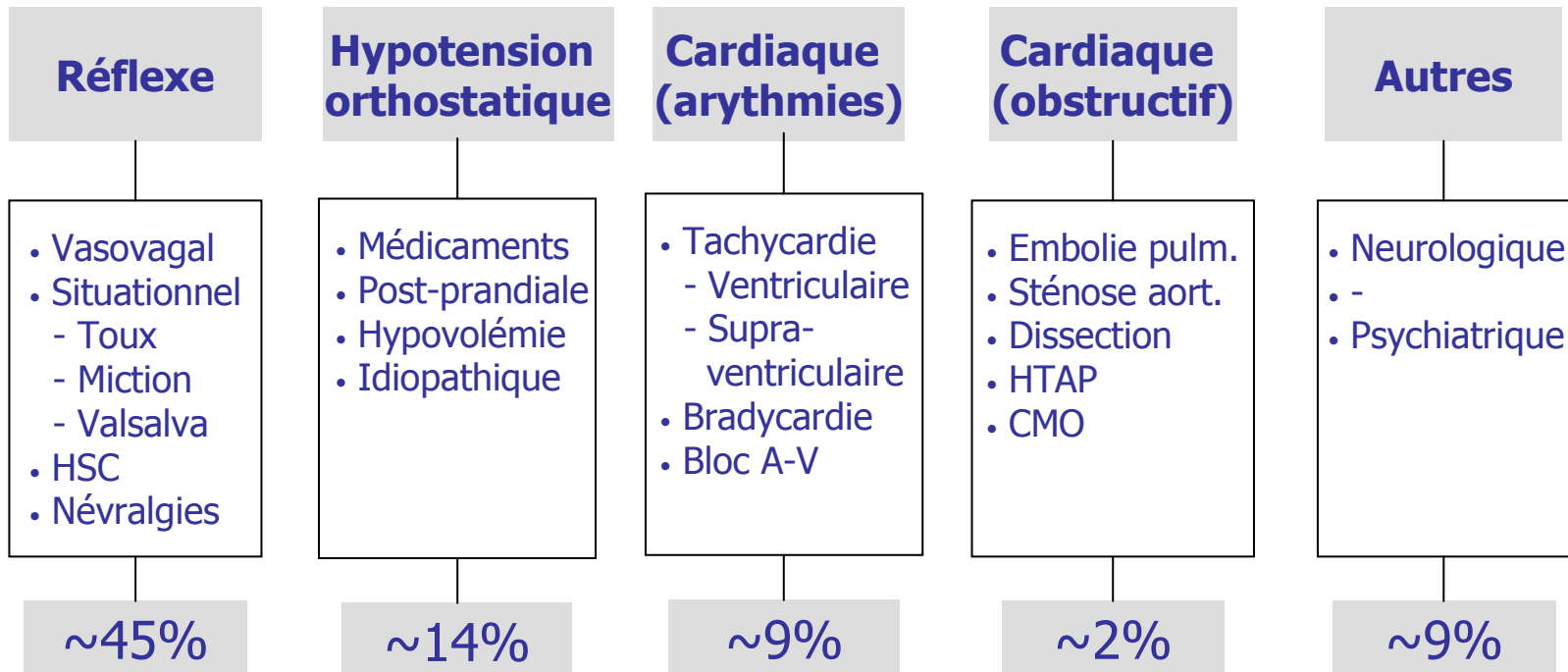
- En 10 ans, presque 1 personne sur 5 a une syncope
- 3–5% des motifs de consultations dans un centre d'urgence
- Service des urgences des HUG (60.000 pts/année)
 - Syncope (800/année)
- 6% des causes d'hospitalisation toutes confondues

JAMA 1958;168:1200-7

N Engl J Med 2002;347:878-85

Q J Med 1985;55:45-54

Syncope: étiologies



Syncopes inexplicées: 21%

HSC: hypersensibilité du sinus carotidien
HTAP: Hypertension artérielle pulmonaire
CMO: cardiomyopathie obstructive

Emerg Med J 2006;23:589
Eur Heart J 2001;22:1256
Ann Intern Med 1997;127:76

Syncope = facteur de mauvais pronostic?

- Jusqu'au début des années 90, la syncope était considérée en elle-même comme un facteur de mauvais pronostic
- Puis 3 études ont démontré le contraire, et ont déterminé comme facteurs de mauvais pronostic:
 - une FE basse du VG
 - une maladie CV sous-jacente
 - une limitation fonctionnelle (dyspnée, angor, claudication)
- La syncope n'est donc pas indépendamment un facteur de mauvais pronostic, sauf dans les cas d'embolie pulmonaire, sténose aortique, dissection aortique, cardiopathie ischémique, CMP dilatée et hypertrophique

*N Engl J Med 2002;347:878
J Am Coll Cardiol 1993;21:110-6
Medicine 1990;69:169-75*

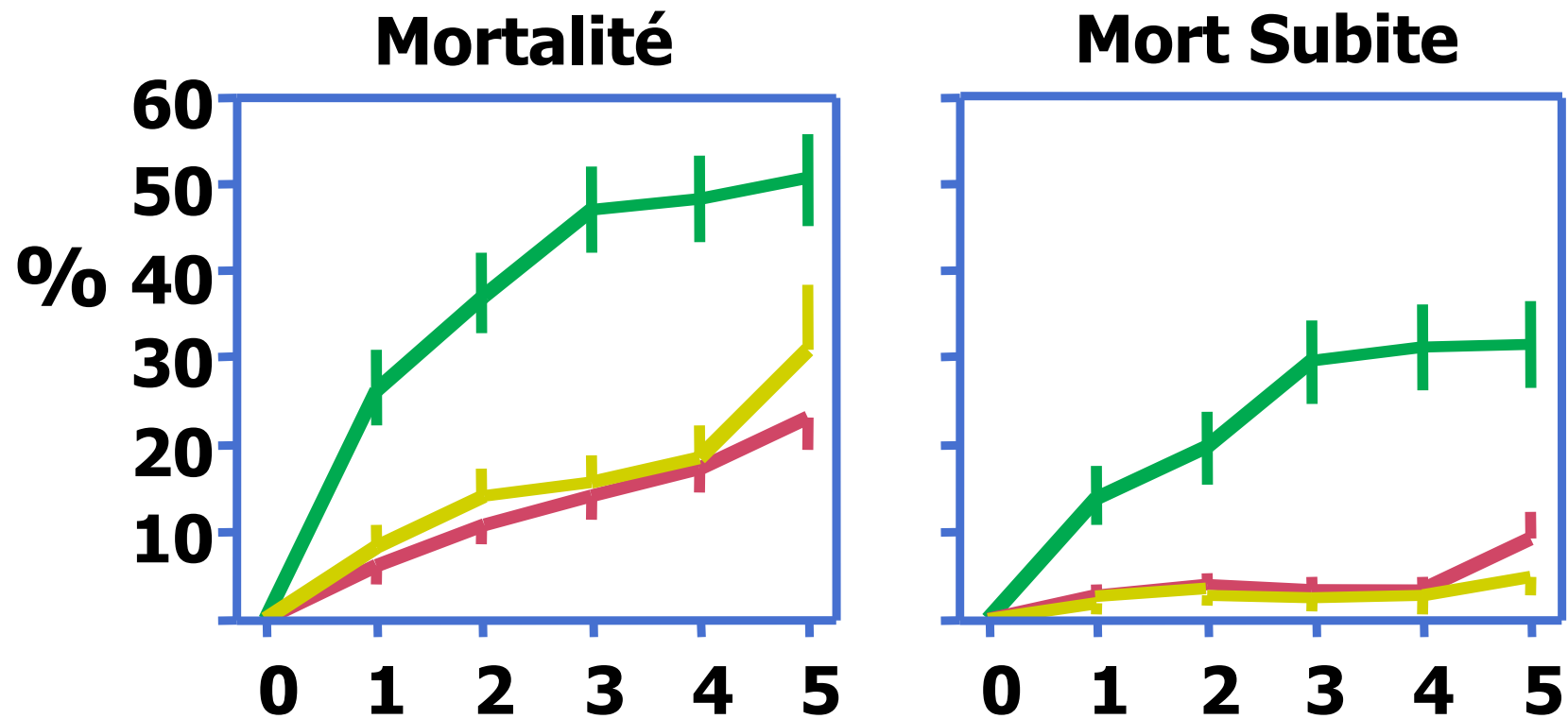
Classification

- I. Causes non cardiaques
- II. Causes cardiaques
- III. Causes inexpliquées



- Raison d'être de cette classification
- Taux de mortalité propre:
 - Causes cardiaques → 10-30% à 1 an
 - Causes non-cardiaques et causes indéterminées → 4-8% à 1 an (identique à une population non sélectionnée)

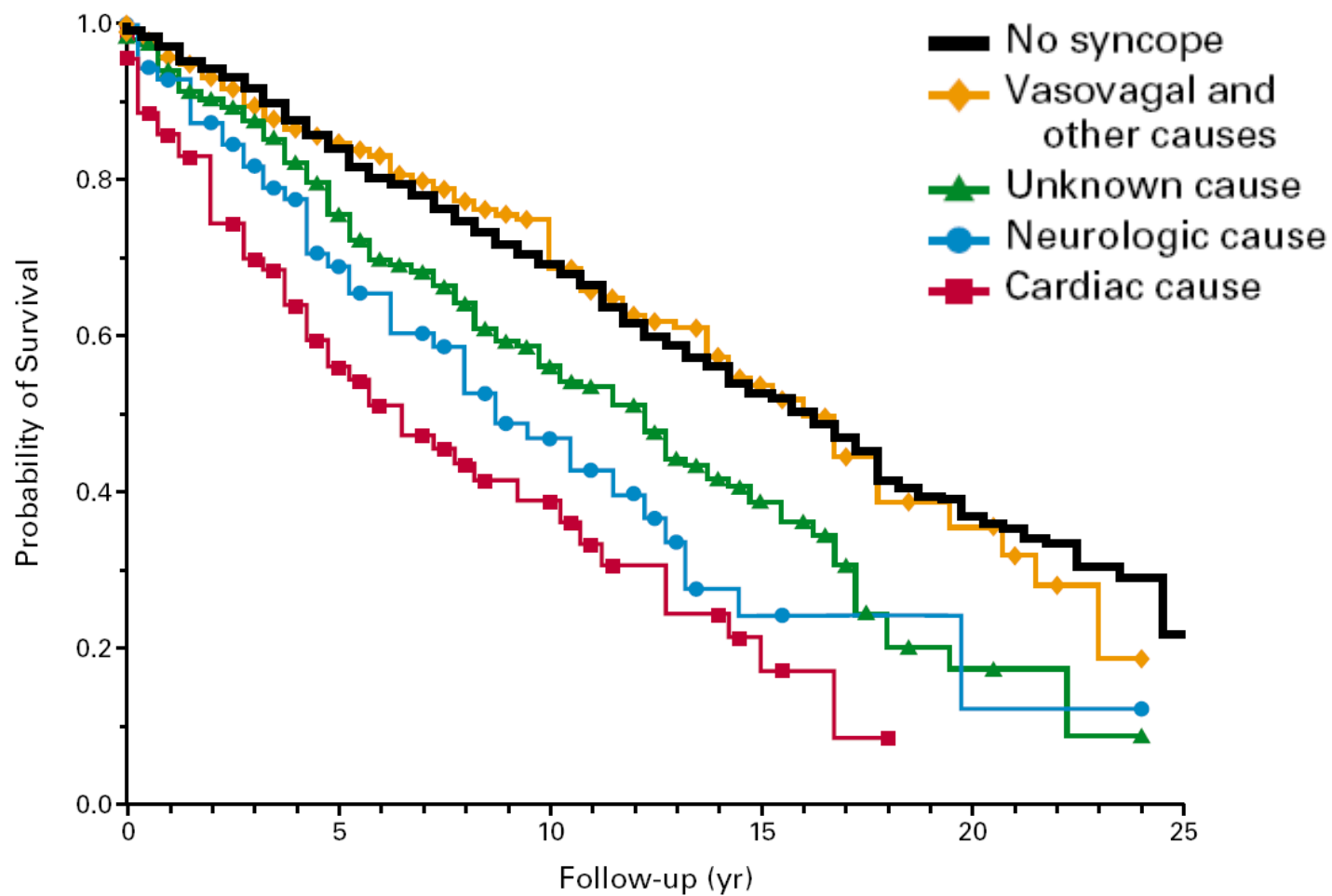
Syncope: Pronostic en fonction de l'étiologie



- Cardiaque
- Inexpliquée
- Non cardiaque

Années de suivi

Syncope: pronostic



Prise en charge de la syncope

L'anamnèse:

Amnésie circonstancielle limite souvent la récolte des informations → Importance de l'anamnèse du patient mais aussi d'un éventuel témoin, entourage, premiers sauveteurs (feuille des ambulanciers)



Prise en charge de la syncope: l'anamnèse

- **Circonstances de survenue:** position, activité, facteurs favorisants (peur, douleur, rotation de la tête)
- **Prodromes:** tête vide, flou visuel, nausées, palpitations, douleur...
- **Description de l'épisode (témoin):** type de chute, couleur de la peau, durée de la PC, mvmts, morsure de langue...

Prise en charge de la syncope: l'anamnèse

- **Après l'épisode:** phase post critique, confusion, couleur, nausées, vomissements, sensation froid, palpitations, douleurs musculaires, incontinence, DRS, blessures...
- **Antécédents:** ATCD cardiaques neurologiques, AF mort subite, cardiopathie congénitale, traitements et leurs modifications, épisodes antérieurs similaires...

Cohorte genevoise

788 patients avec perte de connaissance (∅ traumatisme)
(1.2% des consultations)

↓
Anamnèse structurée
Examen physique

↓
Syncope confirmée
(n=650, 82%)

∅ Syncope (n=138, 18%)
- Etat de choc (n=24)
- Intoxications (n=21)
- Vertiges (n=29)
- Autres (n=64)

↓
Bilan standard
ECG 12 dérivations
Test d'orthostatisme
Massage du sinus carotidien
Labo (Hb, Ht, CK)

Cohorte genevoise: dossier structuré

Hôpitaux Universitaires de Genève
Centre des Urgences



Dossier syncope

Dito

Rappel : Une syncope est une perte soudaine de connaissance avec perte du contrôle postural et récupération spontanée ne nécessitant pas de cardioversion électrique ou chimique.

E) Lieu de survenue de la syncope			H) Symptômes associés		oui	non
.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Conditions de survenue			Si oui :		Avant	Après
	oui	non				
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausées / vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bouffées chaleur / sudations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couchée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etourdissement / vertige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'effort (course, nage, poids...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quel type d'effort :			Vision trouble / voile noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fourmillements/paresthésies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :			Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			DRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autre élément anamnestique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					

2) Éléments anamnestiques relatifs à l'épisode syncopal

<p>35- Episode syncopal ? 1.- 1^{er}</p> <p style="padding-left: 150px;">2.- 2^{ème}</p> <p style="padding-left: 150px;">3.- 3^{ème} ou plus</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>36- Si pas le premier, dernier épisode < 1 an ? :</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
--	--

Signes et symptômes avant et après la syncope ?: oui non

Si oui, ?:

37- Durée des signes prémonitoires ?:
(avant la syncope)

1.- < 5 secondes

2.- > 5 secondes

3.- non précisable

	<u>Avant</u>	<u>Après</u>
38- nausée:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- vomissements:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- chaleur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- sudations abondantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- tête vide:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- palpitations:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- vision trouble:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45- fatigue:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Autre élément anamnestique relatif à la syncope:

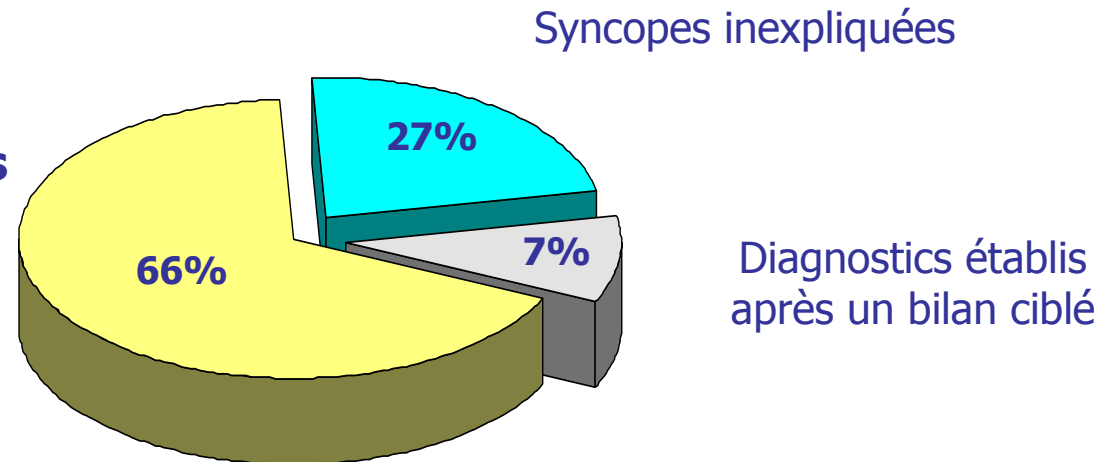
Cohorte genevoise

Rendement diagnostique

Examen	Rendement Nbre de patients (%)
Anamnèse et examen clinique	245 (38)
Test de Shellong	156 (24)
ECG 12 dérivations	33 (5)
Massage du sinus carotidien	4 (0.5)

Rendement du bilan aux urgences

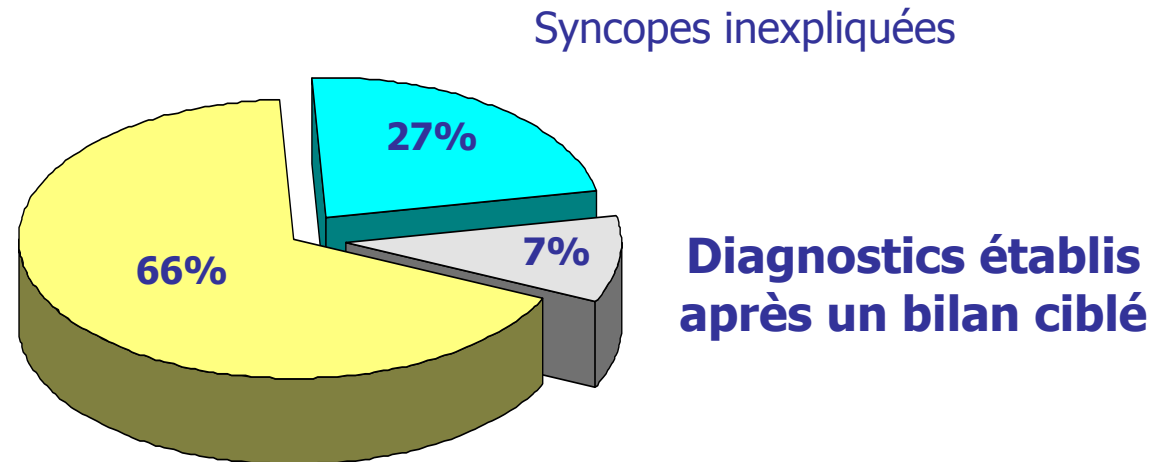
Diagnosics établis
par le bilan initial



- **Réflexes (n=242, 37%)**
 - Vaso-vagal/situationnel
 - Maladie du sinus carotidien
- **Orthostatiques (n=158, 24%)**
 - Médicaments
 - Post-prandial
 - Hypovolémie
 - Idiopathique
- **Cardiaques (n=33, 5%)**
 - Arythmies
 - Infarctus

Rendement du bilan aux urgences

Diagnostics établis
par le bilan initial



Diagnostics établis
après un bilan ciblé

- **Cardiaques (n=26, 4%)**
 - Embolie pulmonaire
 - Sténose aortique
 - Dissection aortique
- **Epilepsie (n=8, 1%)**
- **Cérébro-vasculaires (n=6, 1%)**
 - AVC/AIT
 - Hémorragie sous-arachnoïdienne
- **Autres (n=4, <1%)**

Existe-t-il des éléments qui permettent de poser d 'emblée un diagnostic étiologique?

- L'anamnèse, l'examen clinique et un ECG 12 dérivations permettent de poser un dg dans près de 2/3 cas de syncope.
- Les examens de laboratoire sont le plus souvent superflus et ne confirment souvent qu'un dg déjà suspecté sur la base de l'anamnèse et l'examen clinique
- Une approche systématique des symptômes par un questionnaire standardisé peu aider à poser un dg et stratifier le risque

Syncope vasovagale

- La syncope vaso-vagale appartient au groupe des troubles circulatoires neurogènes induits par un arc réflexe.
- Autre termes: syncope cardioneurogène.
- La caractéristique commune à ce groupe est la survenue aiguë d'une vasodilatation étendue et/ou d'une bradycardie-asystolie avec une réduction consécutive critique de la perfusion sanguine cérébrale

Syncope vasovagale

Anamnèse:

- Facteurs prédisposants, événements précipitants
- Symptômes neuro-végétatifs
- Episodes récurrents lors de circonstances particulières (émotions)
- Position debout ou assise prolongée



Syncope vasovagale

47- Facteur ayant précipité la syncope	<u>Oui</u>	<u>Commentaires:</u>
a) Blessure/injection/instrumentation:	<input type="checkbox"/>
b) Douleur intense:	<input type="checkbox"/>
c) Emotion / choc émotionnel:	<input type="checkbox"/>
d) Angoisse / peur:	<input type="checkbox"/>
e) Repas copieux:	<input type="checkbox"/>
f) Fatigue extrême:	<input type="checkbox"/>
g) Station debout prolongée:	<input type="checkbox"/>
h) Chaleur (bain / douche chaude, soleil, pièce bondée):	<input type="checkbox"/>
i) Manoeuvre de type Valsalva (eg. Soulevé poids, trompette):	<input type="checkbox"/>

➔ **Syncope vasovagale (si un des facteurs sous 47 = positif)**

CAVE: La seule existence de symptômes neurovégétatifs ne
Pose pas le diagnostic de syncope d'origine vasovagale.

Syncope situationnelle

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 48- Syncope après toux paroxystique | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 49- Syncope pdt ou après miction | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 50- Syncope pdt ou après défécation/déglutition | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

→ Syncope situationnelle (48, 49 ou 50 = positif)

Syncope orthostatique

Tension artérielle (TA)

Test de Schellong

Prise du pouls et de la tension artérielle
coucher, immédiatement au lever, puis durant
les minutes qui suivent

	TAH	Pouls	Observations
Position couchée (5-10 min):			
Position debout (sans appui) → temps (Min): 0			
+1			
+2			
+3			
+4			
+5			

Syncope orthostatique/hypotensive

69- Résultats:

- 1.- Chute de la TA syst. debout ≥ 25 mmHg avec symptômes neurovégétatifs
- 2.- Chute de la TA syst. ≥ 10 mmHg et ≤ 25 mmHg avec une valeur abs. de la TA syst. ≤ 90 mmHg
- 3.- Pas de changements tensionnels diagnostique

➔ Syncope orthostatique (69.1 ou 69.2 = positif)

70- Prise concomitante de médicaments hypotenseurs: oui non

Si oui, lesquels:

.....

71- Réaction de type anaphylactique: oui non

72- Hypotension artérielle documentée: oui non

(voir critères sous No.69)

➔ Syncope médicamenteuse (si (70 ou 71) + 72 = positif)

Vignette clinique 2

- Un homme de 82 ans est retrouvé inconscient au sol par son fils
- À l'arrivée de l'ambulance, il est à nouveau conscient, son pouls est régulier à 70/min et sa TA est 160/90

Vignette 2

- **ATCD:** HTA tt par diurétique thiazidique
- **Examen:** Contusion faciale+ temporale D; status neuro et CV sp
- **ECG:** RSR, 0 signes ischémie ni arythmie



Vignette 2

Que faites-vous ?

- 1.** Vous demandez un CT cérébral en urgence
- 2.** Vous le gardez en surveillance pour syncope + TC
- 3.** Vous réalisez une échographie cardiaque
- 4.** Vous le laissez repartir à domicile
- 5.** Vous organisez un Holter en ambulatoire

Epidemiologie- Syncope et Âge

- La syncope survient dans toutes les classes d'âge, avec cependant une nette augmentation de prévalence avec l'âge.
- Deux pics d'incidence entre 15-19 ans et entre 60-70 ans
- L'incidence c/o population de patients agés en EMS est de 6%/an avec une prévalence de 10% et un taux de récidence à deux ans de 30%

JAMA 1958;168:1200-7

N Engl J Med 2002;347:878-85

Q J Med 1985;55:45-54

La syncope c/o la personne agée

Incidence élevée liée

- **Comorbidités** notamment CV, polymédication, troubles locomoteurs et cognitifs
- **Dysautonomie neuro-végétative** liée à l'âge ou 2aire (Sy parkinsonien, diabète), accentuée par médicaments
- **Conséquences plus graves:** fractures, TCC, hospitalisations, perte d'autonomie (institutionalisation), dépression, peur de sortir

Age Ageing 1993;22:53-5
J Am Geriatr Soc, 1987
Am J Med 1986;80:419-28

La syncope c/o la personne agée

Causes de syncopes les plus fréquentes:

- 1^{ère} cause: **Hypotension orthostatique** (30% dg):
 - Liée à l'âge
 - Contribution médicamenteuse fréquente (>50%)
 - Dysautonumie 1aire ou 2aire (diabète)
 - Souvent associée à une HTA systolique
- **Syncope réflexes:**
 - Vasovagal (15%)
 - HSC (jusqu'à 20%)
- **Syncopes cardiaques:**
 - arythmies (jusqu'à 20%)

*Age Ageing 1993;22:53-5
J Am Geriatr Soc, 1987
Am J Med 1986;80:419-28*

La syncope c/o la personne agée

Implications:

- Toujours rechercher une hypotension orthostatique
- → répéter le Shellong (notamment le matin)
- Anamnèse médicamenteuse +++, AVQ, mobilité, MMS
- Sauf contre-indication, le massage du sinus carotidien (debout et couché) doit faire partie intégrante de l'évaluation initiale
- Un train peut en cacher un autre: c/o >1/3 des patients agés, la syncope est attribuable à plusieurs causes

Age Ageing 1993;22:53-5
Age Ageing 1991;20:449-54
J Am Geriatr Soc, 1987
Am J Med 1986;80:419-28

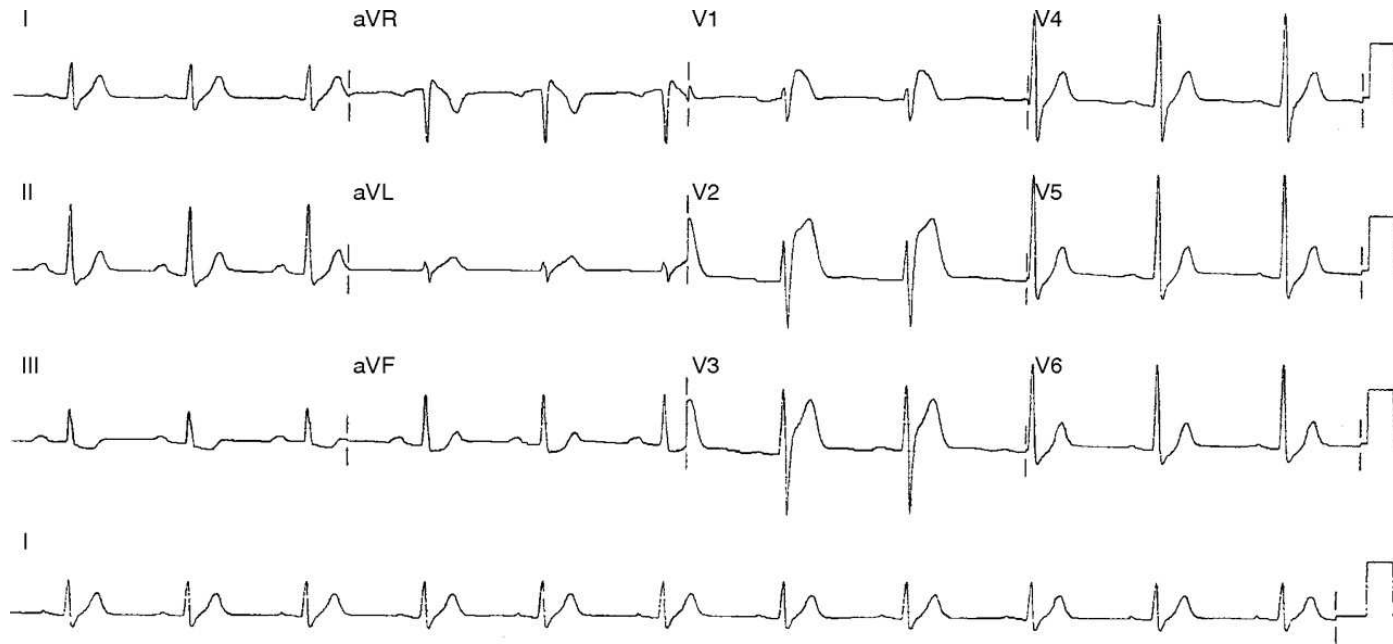
Examen clinique

- Auscultation cardiaque (souffle, rythme cardiaque)?
- Souffle carotidien?
- TA , pouls aux 2 bras?
- Déficits neurologiques focaux?
- Hypovolémie?

ECG

- Rythme (tachyarythmie / bradyarythmie)?
- Bloc atrio-ventriculaire?
- Bloc de branche?
- QT long ?
- Ischémie? infarctus?
- Signes d'intoxication à la digoxine?

Vignette 3



Petkar, S. et al. Postgrad Med J 2006;82:630-641

Vignette 3

Pistes:

- **Faussement attribué à un SCA**
- **Souvent appelé mort durant le sommeil**

- **Question:**

Quel serait le tt ?

Existe-t-il une anomalie sur l'ECG initial?

Anomalies diagnostiques

- Bradycardie sinusale <40 /min
- BAV répétés ou pauses sinusales >3 sec
- BAV 2° Mobitz II or 3°
- BBG alternant avec un BBD
- TSV paroxystique rapide ou TV (≥ 30 ")
- Dysfonction d'un pacemaker avec pauses

Existe-t-il une anomalie sur l'ECG initial?

Anomalies suggestives d'une origine arythmogène

- Bloc de branche G ou D avec ou sans hémibloc G
- Bradycardie ($\leq 50/\text{min}$), ou pause sinusale 2-3 sec (en l'absence de médicament à effet chronotrope négatif)
- BAV II° Mobitz I
- Pré-excitation (WPW)
- Allongement du Q-T
- Onde Q compatible avec un ancien infarctus
- Aspect de BBD avec surélévation du S-T en V1-V3 compatible avec un Brugada
- Ondes T négatives dans les dérivation précordiales droites, onde epsilon compatible avec une DAVD

Existe-t-il une cardiopathie

- Le plus souvent suspectée lors de l'anamnèse + examen clinique + ECG
- Investigation nécessaire car cardiopathie = facteur de mauvais pronostic
- Faire:
 - US cardiaque, et / ou
 - Test d'effort

Cardiopathie suspectée ou avérée: définition

- Cardiopathie:
 - Ischémique
 - Dilatée
 - Hypertrophique
- Syncope durant l'effort ou en position couchée
- Syncope précédée de palpitations et/ou DRS
- Anamnèse familiale de mort subite

Examens de laboratoire

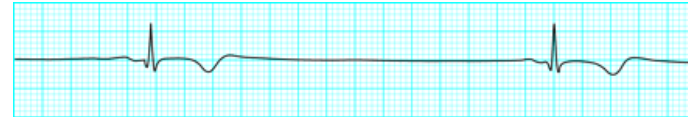
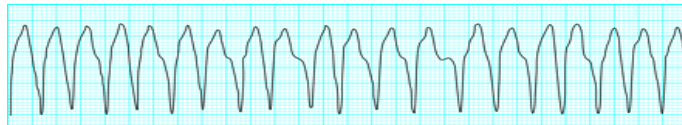
- Apport diagnostique 3 %
- Ne sont indiqués qu'en cas d'anamnèse et de clinique fortement suggestives
- Dans ce cas: Hb, Hct, CK, glycémie, Na⁺, Ca²⁺

Autres examens

- Massage du sinus carotidien
- Echocardiographie
- Test d'effort
- Holter, R-test
- Reveal[®]
- Epreuve électrophysiologique
- Tilt-test
- EEG, CT-scan, IRM, Doppler précérébral
- Evaluation psychiatrique

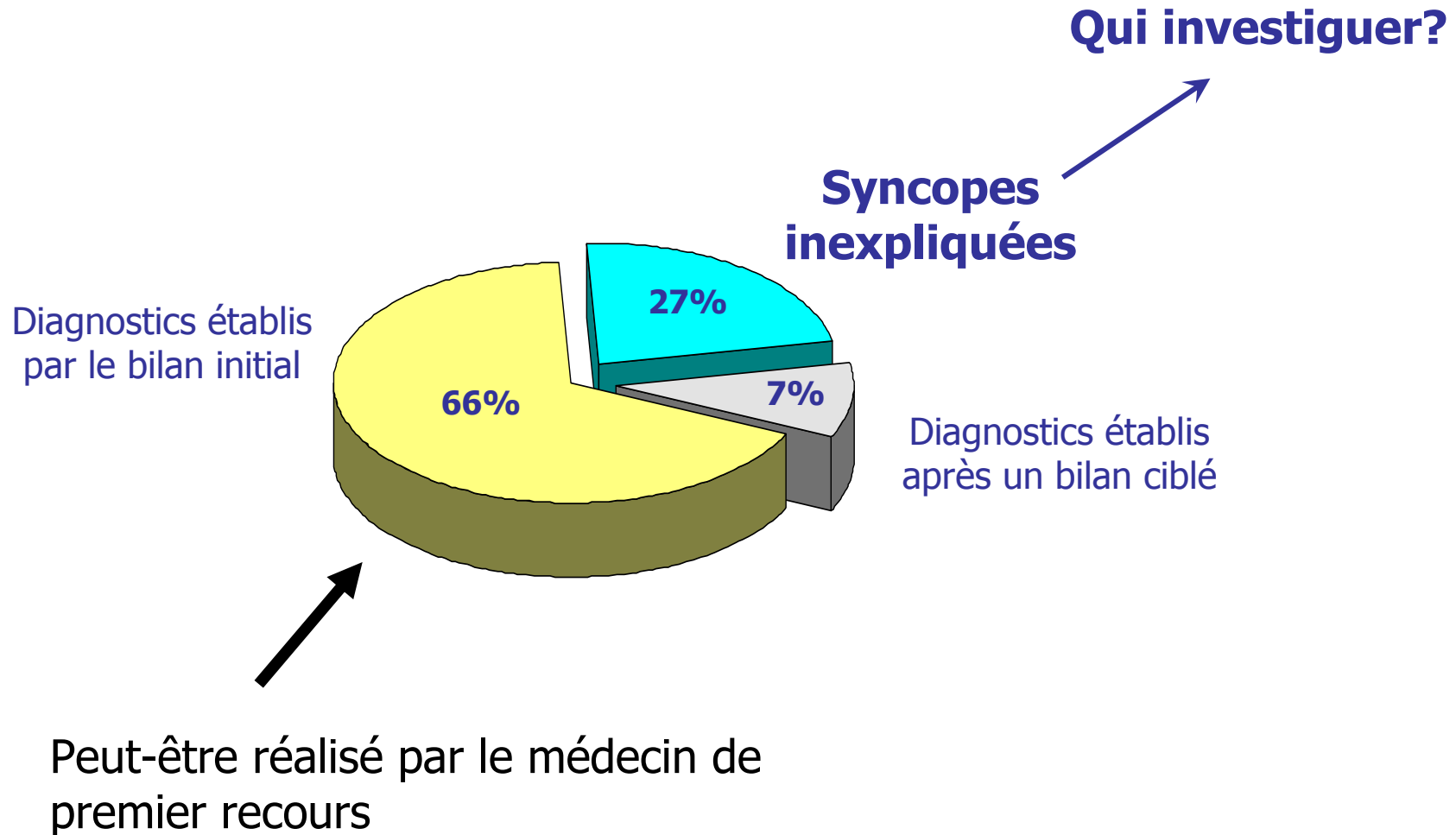
Syncope inexpliquée: qui investiguer?

- Les patients avec une cardiopathie (suspectée ou avérée) et/ou un ECG anormal
 - 10-20% ont une arythmie à l'origine de la syncope
 - Mortalité +++



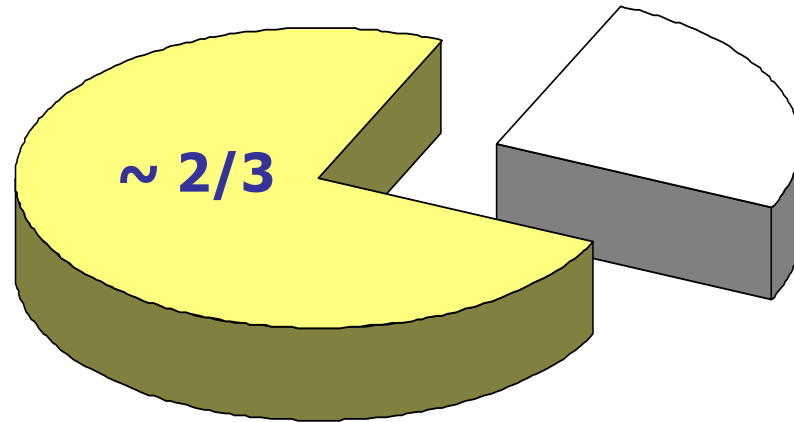
- Les patients avec une anamnèse de syncope à répétition
 - Récidive et morbidité +++

Rendement du bilan aux urgences



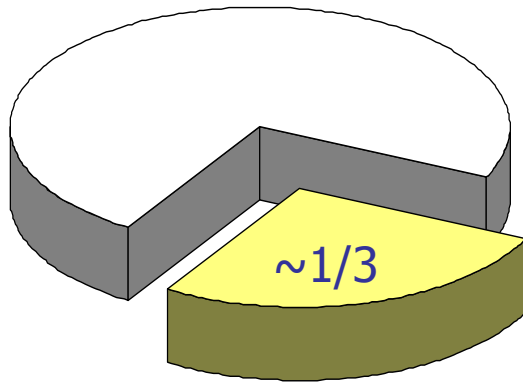
Où investiguer? Qui hospitaliser?

Syncope **expliquée**
Après le bilan aux urgences



→ Admission dépend du diagnostic et de ses risques, du traitement, et des comorbidités (trauma?, fracture?)

Où investiguer? Qui hospitaliser?



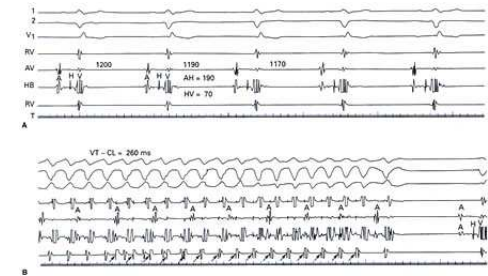
Syncope **inexpliquée**
Après le bilan aux urgences

→ 5-20% de ces patients ont une arythmie à l'origine de la syncope

→ Ces patients doivent-ils tous être admis?

Recommandations (ESC 2004)

■ Hospitalisation à but diagnostique:



- Cardiopathie (avérée ou suspectée)
- ECG anormal
- Syncope à l'effort
- Anamnèse cardiaque de mort subite
- Patient à risque (ex: pilote de ligne) ou trauma majeur

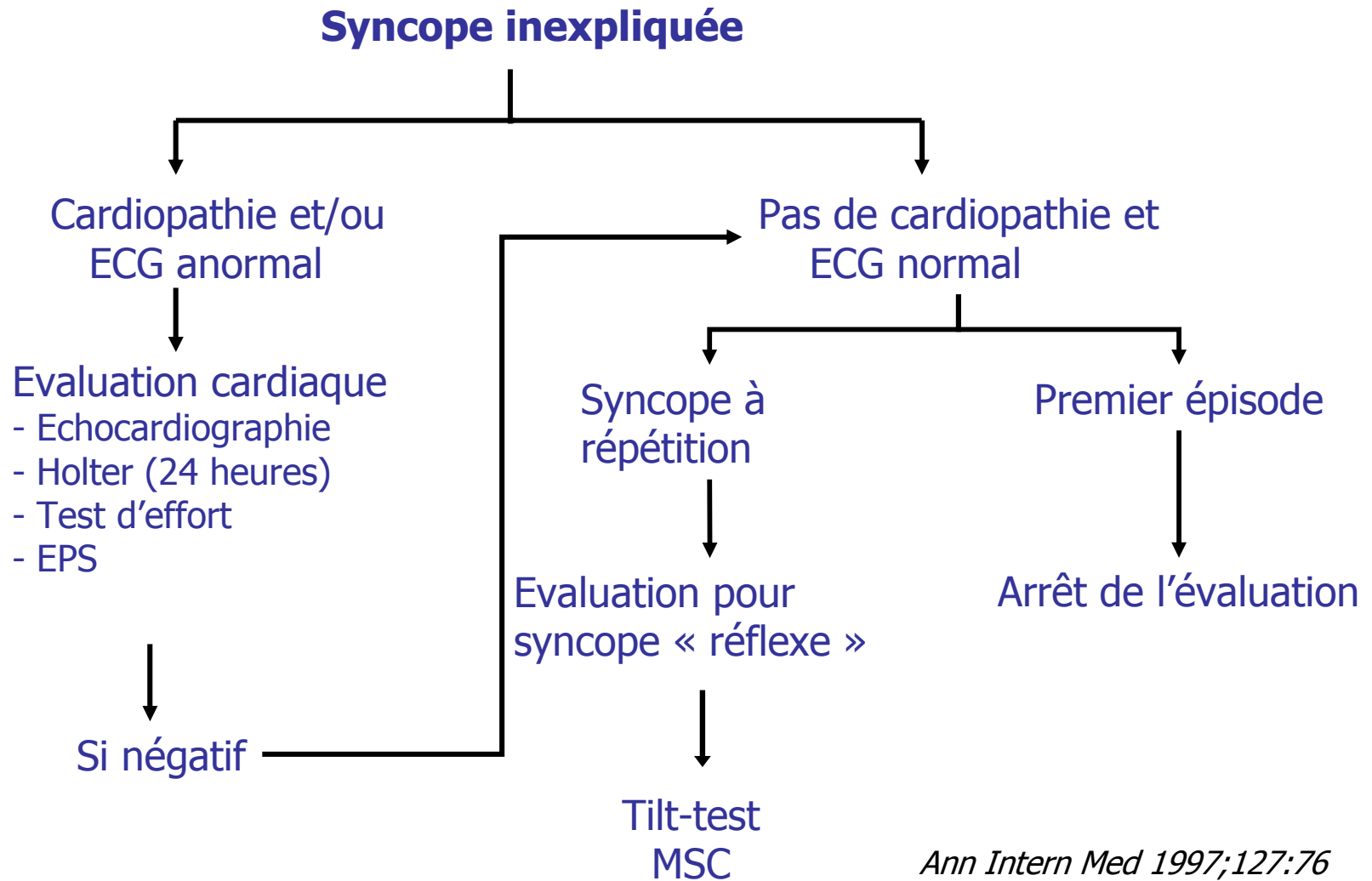
Recommandations (ESC 2004)

- **Hospitalisation à but thérapeutique:**
 - Infarctus aigu et autres étiologies CV
 - Embolie pulmonaire
 - Hypotension orthostatique sévère (déshydratation, saignement GI,...)
 - Médicaments causant des torsades de pointe ou un QT long
 - Effets indésirables de médicaments (hypotension orthostatique, choc anaphylactique, bradyarythmie)

Options

- Admission pour investigations
- Investigations ambulatoires
- Evaluation accélérée aux urgences
 - « *syncope unit* »

Algorithme



MSC= massage du sinus carotidien

*Ann Intern Med 1997;127:76
Eur Heart J 2004;6:467
Am J Med 2001;111:177
Acad Emerg Med 2004;10:1312*

Dans la pratique

- Taux d'admission élevé (40-60% des syncopes inexpliquées)
- Rendement diagnostique faible
- Coûts majeurs (durée d'hospitalisation...)
- Evidence ≠ niveau I (EBM)

Eur Heart J 2006;27:288
Am Heart J 2005;149:826

Stratification du risque

- Ces dernières années, plusieurs études prospectives et recommandations d'experts ont tentées d'établir un score prédictif de patients à haut risque de mortalité, de mort subite ou d'hospitalisation

SYNCOPE: Risk Stratification

- Syncope patients in ED
 - Derivation N = 252
 - Validation N = 374
 - Data: History, PE, ECG
 - Outcome: Arrhythmias and mortality at 1 year

Martin, et al: Ann Emerg Med 29;1997

SYNCOPE: Risk Stratification

Validation cohort

Abnl ECG, ventricular arrhythmia, CHF, Age > 45

Distribution of patients across risk strata

<u>No. of Risk Factors</u>	<u>No. From Derivation Cohort (%) [n=252]</u>	<u>No. From Validation Cohort (%) [n=374]</u>
0	55 (22)	91 (24)
1	63 (25)	108 (29)
2	88 (35)	142 (38)
3 or 4	46 (18)	33 (9)

Martin, et al: Ann Emerg Med 29;1997

Martin, et al

Risk factors:

- **> 45 years, ventricular arrhythmia, abnormal ECG, CHF**
 - **0% with no risk factors**
 - **1 year mortality 57% with 3**
 - **1 year mortality 80% with 4**

Factors Suggesting High Risk for Adverse Outcome (Hospital Admission Recommended)

Patients Presenting to the Emergency Department with Syncope

American College of Emergency Physicians	European Society of Cardiology
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Older age and associated comorbidities* 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Suspected or known significant heart disease
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Abnormal electrocardiogram (including acute ischemia, dysrhythmias, or significant conduction abnormalities) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Electrocardiographic abnormalities suggestive of arrhythmic syncope
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Hematocrit <30% (if obtained) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Syncope occurring during exercise
<ul style="list-style-type: none"> ◦ History or presence of heart failure, coronary artery disease, or structural heart disease 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Syncope causing severe injury
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Strong family history of sudden death

*Different studies use different ages as threshold for decision making. Age is likely a continuous variable that reflects the cardiovascular health of the individual rather than an arbitrary value.

European Heart Journal (2003) 24, 811–819



ELSEVIER



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY

Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score

Furio Colivicchi^{a*}, Fabrizio Ammirati^a, Domenico Melina^b,
Vincenzo Guido^a, Giuseppe Imperoli^c, Massimo Santini^a, for the OESIL
(Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nel Lazio) study investigators

^a*Cardiovascular Department, S. Filippo Neri Hospital, Viale Gorgia da Leontini, 330, 00124 Rome, Italy*

^b*Department of Internal Medicine, Catholic University, Rome, Italy*

^c*Department of Internal Medicine, S. Filippo Neri Hospital, Viale Gorgia da Leontini, 330, 00124 Rome, Italy*

Received 8 November 2002; accepted 20 November 2002

Score OESIL

Dans cette étude, sur la base d'une analyse multivariée les FR suivants ont été associés à une mortalité augmentée:

- 1. Un age >65 ans**
- 2. Une maladie CV dans les ATCD**
- 3. Une syncope sans prodromes**
- 4. Un ECG anormal**

Le score OESIL (Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nel Lazio) représente la somme de ces FR pour chaque patients

Résultats:

La mortalité augmente avec l'augmentation du score dans la cohorte de dérivation (0% pour un score de 0, 0.8% pour 1 point; 19.6% pour 2 points; 34.7% pour 3 points; 57.1% pour 4 points; $p < 0,0001$). Résultats confirmés dans la cohorte de validation (328 patients) avec une augmentation de la mortalité suivant l'importance du score.

Stratification du risque

Heart Rhythm Disorders

Short- and Long-Term Prognosis of Syncope, Risk Factors, and Role of Hospital Admission

Results From the STePS (Short-Term Prognosis of Syncope) Study

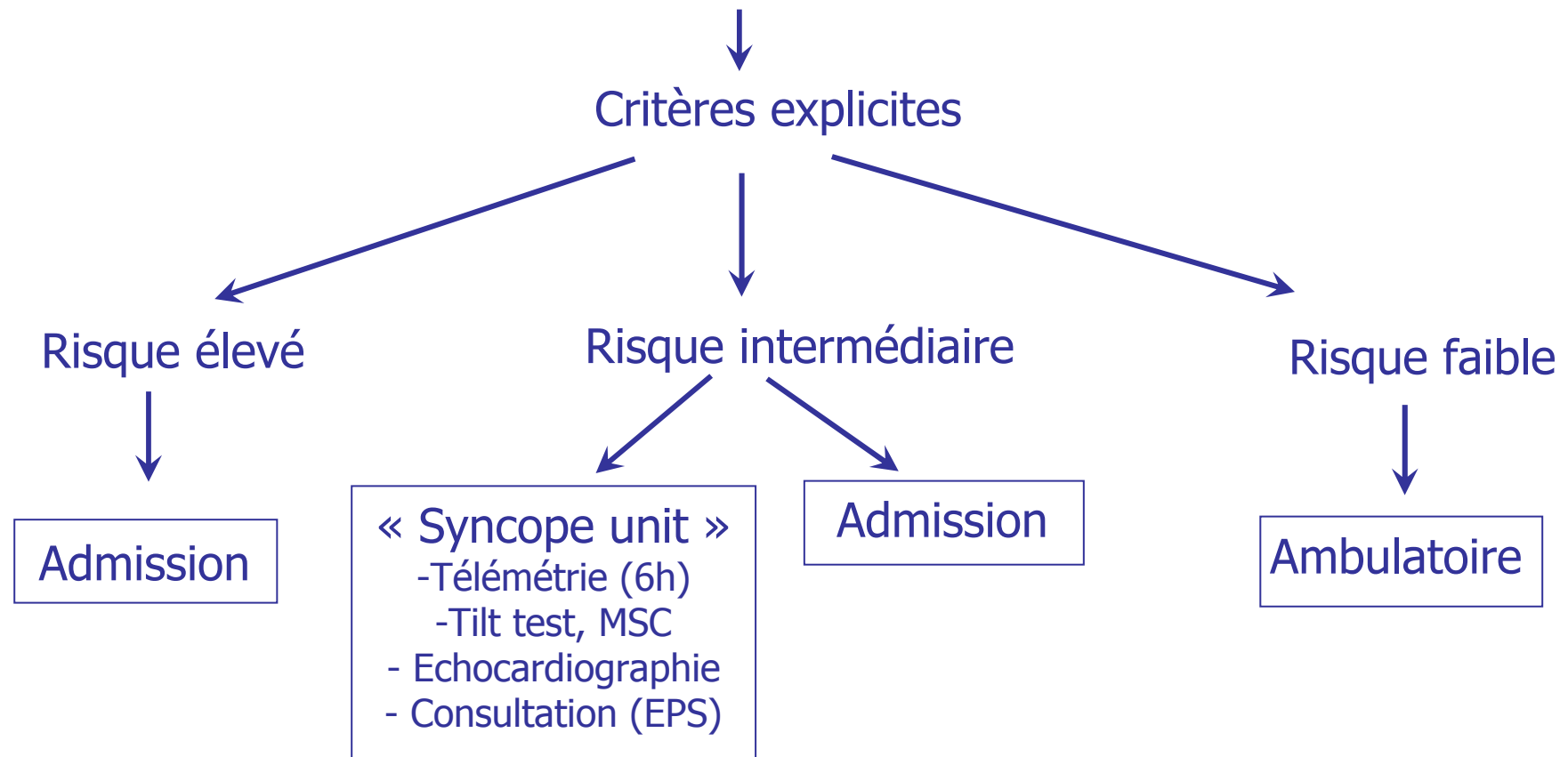
Objective	We sought to assess short- and long-term prognosis of syncope and associated risk factors.
Background	Syncope is a common clinical event, but our knowledge of its short-term outcome is largely incomplete. Further, it is unknown whether hospital admission might positively affect a patient's syncope prognosis.
Methods	We screened 2,775 consecutive subjects who presented for syncope at 4 emergency departments between January and July 2004. Short- and long-term severe outcomes (i.e., death and major therapeutic procedures) and related risk factors were compared in all enrolled patients arrayed according to hospital admission or discharge.
Results	A total of 676 subjects were included in the study. Forty-one subjects (6.1%) experienced severe outcomes (5 deaths, 0.7%; 36 major therapeutic procedures, 5.4%) in the 10 days after presentation. An abnormal electrocardiogram, concomitant trauma, absence of symptoms of impending syncope, and male gender were associated with short-term unfavorable outcomes. Long-term severe outcomes were 9.3% (40 deaths, 6.0%; 22 major therapeutic procedures, 3.3%), and their occurrence was correlated with an age >65 years, history of neoplasms, cerebrovascular diseases, structural heart diseases, and ventricular arrhythmias. Short-term major therapeutic procedures were more common ($p < 0.05$) in subjects who had been admitted to hospital (13.3%) than in discharged (1.6%), whereas mortality was similar. One-year mortality was greater ($p < 0.05$) in admitted (14.7%) than in discharged (1.8%) patients.
Conclusions	Risk factors for short- and long-term adverse outcomes after syncope differed. Hospital admission favorably influenced syncope short term prognosis. Instead, 1-year mortality was unaffected by hospital admission and related to comorbidity. (J Am Coll Cardiol 2008;51:276–83) © 2008 by the American College of Cardiology Foundation

Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS)

A Multidisciplinary Approach to Syncope Management

Circulation 2004;110:3636
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Syncope inexpiquée (aux urgences)



Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS)

A Multidisciplinary Approach to Syncope Management

Circulation 2004;110:3636
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Risque élevé

- Suspicion SCA (clinique/ECG)
- IC clinique
- Anamnèse d'arythmies
- Allongement du Q-T
- Pause 2-3 sec.
- Bradycardie 40-60/min
- Bloc trifasciculaire
- FA
- TV non soutenue
- Dysfonction du PM

Risque intermédiaire

- Age > 50 ans
- ATCD:
 - coronarien
 - IC
 - cardiomyopathie
- BB
- Onde Q à l'ECG
- Anamnèse de mort subite
- PM

Risque faible

- Age < 50 ans
- Ø ATCD cardiaque
- Pas de cardiopathie
- ECG normal
- Forte suspicion d'une syncope réflexe

Conclusions

- La syncope aux urgences doit faire l'objet d'une prise en charge séquentielle comprenant 4 questions clés:
 1. Est-ce vraiment une syncope?
 2. Lors du bilan initial, existe-t-il des éléments qui permettent de poser d'emblée un diagnostic étiologique?
 3. Existe-t-il une cardiopathie sous-jacente et/ou l'ECG est-il anormal?
 4. Qui faut-il hospitaliser? Qui doit être référé à un spécialiste pour un bilan complémentaire?

Conclusions

- L'anamnèse permet généralement de distinguer la syncope des autres symptômes
- Un bilan non invasif permet d'établir un diagnostic dans 2/3 des cas
- L'anamnèse, l'examen physique et l'ECG permettent d'identifier les patients à risque devant être investigués
- Par une approche systématique, le médecin de premier recours peut dans la majorité des cas réaliser le bilan initial et orienter le patient vers une consultation spécialisée

Remerciements

- Dr François Sarasin, Médecin-chef, Service des Urgences, HUG

Est-ce vraiment une syncope?

Glossaire

- **Drop attack:** Bref trouble du contrôle postural (soudaine faiblesse des jambes) avec état de conscience conservé.
- **Crises vertigineuses:** Accès aigus de vertige rotatoire, ou vertige-instabilité avec éventuels symptômes vestibulaires d'accompagnement tels que tinnitus et diminution de l'acuité auditive ou symptômes végétatifs tels que nausées et vomissements, en relation avec un trouble vestibulaire central ou périphérique.
- **Accident ischémique transitoire (AIT):**
Troubles circulatoires passagers du SNC avec déficit neurologique focal d'une durée moyenne d'environ 15 minutes (par définition au maximum 24 heures) et avec récupération complète.

Est-ce vraiment une syncope?

Glossaire

- **Etats d'hypovigilance dans de maladies induisant une hypersomnie** (narcolepsie, SAS, hypersomnie idiopathique):
Vigilance amoindrie avec un trouble qualitatif de la conscience, caractérisé par des gestes automatiques, une inattention et un comportement inadéquat.
- **Ictus amnésique:** Trouble bénin de la mémoire déclarative (récente et ancienne) d'une durée de quelques heures et qui n'est souvent identifiée qu'après la disparition de l'épisode.

Est-ce vraiment une syncope?

Glossaire

- **Migraine basilaire:**
Type de migraine accompagnée et entraîne typiquement un vertige, une ataxie, des symptômes sensitivo-moteurs des extrémités et, dans 75% des cas, des troubles de l'état de conscience.
- **Epilepsie:** Décharges synchronisées de courte durée (quelques minutes) d'une aire cérébrale, accompagnées d'une symptomatologie très variée (crises simples-partielles sans – ou complexes-partielles avec – trouble qualitatif de l'état de conscience, crises généralisées avec ou sans clonies, etc.).