

Prise en charge des Syncopes : des nouvelles recommandations pragmatiques

Fabrice Extramiana, Anne Messali, Ghassan Moubarak, Antoine Leenhardt

Service de cardiologie Hôpital Lariboisière APHP, Université Paris Diderot, INSERM U942

Centre de Référence Maladies Cardiaques héréditaires

Adresse pour correspondance

Fabrice Extramiana

Service de Cardiologie – Hôpital Lariboisière

2, rue Ambroise Paré

75010 Paris, France

fabrice.extramiana@lrb.aphp.fr

La Société Européenne de Cardiologie vient de publier ses nouvelles recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des syncopes (1) actualisant ainsi celles publiées en 2004. Ces recommandations sont endossées par la SFC, avec les conséquences légales que cela peut impliquer, et doivent donc être connues des cardiologues. Cependant, si le cardiologue est souvent impliqué dans la prise en charge des syncopes, il n'est pas le seul et par ces recommandations la Société Européenne de Cardiologie a voulu s'adresser également aux neurologues, aux urgentistes, aux internistes, aux gériatres et aux médecins généralistes. Plusieurs nouveautés de ces recommandations méritent d'être soulignées et pour certaines d'entre elles d'être commentées à la lumière de la pratique quotidienne.

Tout d'abord, ces recommandations proposent une définition nosologique précise des syncopes en les replaçant dans le cadre plus général des pertes de connaissance brèves. Le diagnostic de syncope est retenu en cas de 1) perte de connaissance, 2) transitoire, brutale de durée brève, et récupérant spontanément 3) sans cause traumatique et 4) après avoir éliminé une épilepsie, une origine « psychogénique », et autres causes rares. Des algorithmes à la fois pragmatiques et didactiques illustrent la démarche aboutissant au diagnostic de syncope. Les causes de syncope sont ensuite groupées en causes cardiaques, syncopes réflexes ou syncopes par hypotension orthostatique.

Un des éléments importants de ces recommandations est l'évolution des objectifs de l'évaluation des patients ayant présenté une syncope. En effet, si la recherche de la cause précise de la syncope reste un objectif important en vue d'optimiser le traitement, le but essentiel de la prise en charge des syncopes est de diminuer la mort subite et passe donc par une stratification du risque rythmique. La démarche diagnostique doit donc être adaptée dans son agressivité (examens invasifs ou pas, bilan en urgence ou différé) en fonction de l'évaluation initiale du risque rythmique. Là encore, les recommandations proposent des algorithmes décisionnels pertinents.

Comme toujours dans ce type de publication, les indications des différents tests diagnostiques sont précisées. Le changement le plus significatif concerne ici les indications des enregistreurs électrocardiographiques d'événements. Les recommandations donnent une plus grande place aux indications des enregistreurs ECG implantables. Cela est justifié par l'apport diagnostique de ce type d'appareil qui permet de documenter sur le plan électrocardiographique des événements par définition trop brefs pour « arriver » jusqu'à un appareil ECG et très souvent trop rares pour être détectés par des enregistrements de quelques heures ou même de quelques

semaines (2-4). Ces avantages font que, si ces appareils implantables ont un coût plus élevé que celui des enregistreurs externes, le coût pour arriver à un diagnostic et par conséquent celui de la prise en charge peut en devenir plus faible. Cependant, cet enthousiasme nous semble devoir être tempéré par le caractère, certes minimal, mais tout de même chirurgical de l'implantation. L'implantation de matériel est tout à fait justifiée lorsqu'il semble exister un risque de mort subite mais insuffisant pour justifier l'implantation d'un défibrillateur, ou encore en cas de syncopes récidivantes responsables de traumatismes sévères. En revanche, si le risque de mort subite est très faible (en pratique si l'ECG et l'échocardiographie sont strictement normaux et si le contexte et l'histoire familiale ne sont pas suspects), il n'est pas démontré qu'aboutir absolument à un diagnostic permette d'avoir un impact pronostic. Le risque même minime d'une implantation de matériel ne nous semble alors pas toujours justifié.

Sur le plan thérapeutique, lorsque les syncopes sont secondaires à des troubles du rythme ou de la conduction, ces recommandations reprennent globalement les recommandations spécifiques d'implantation de pacemaker ou de défibrillateur ou encore d'ablation par cathéter, en ce basant encore une fois sur une évaluation précise du risque rythmique.

Pour les syncopes réflexes (c'est-à-dire vaso-vagales ou situationnelles), les recommandations insistent sur les manœuvres physiques en laissant une petite place pour la stimulation cardiaque définitive, la midodrine et l'entraînement par tilt répétés. En revanche, il ne semble plus y avoir de place pour le traitement bêta-bloquant qui écope dans cette indication d'une classe III. Cette recommandation est cohérente avec la littérature publiée et en particulier avec les résultats de l'étude POST (5). Cependant, il peut paraître étonnant que les bêta-bloquants qui sont bien tolérés et dont l'utilisation est sûre deviennent contre-indiqués alors que certains patients en bénéficient même ne serait-ce que par effet placebo.

Un dernier point important sur lequel ces nouvelles recommandations insistent concerne le développement d'unités spécifiques de prise en charge des syncopes (« syncope units »). Ce type d'unité permet d'améliorer le taux de diagnostic étiologique des syncopes tout en réduisant les durées d'hospitalisation sans majoration de la mortalité (6). Les recommandations proposent un modèle d'unité, structuré, ouvert aux services d'urgences, hospitaliers mais également à la médecine de ville, proposant une expertise cardiologique mais aussi neurologique, de médecine d'urgence et de gériatrie. Ces unités doivent pouvoir réaliser l'ensemble des tests diagnostiques non-invasifs et invasifs et être capables de mettre

en œuvre toutes les thérapies cardiologiques et rythmologiques, du pacemaker au défibrillateur en passant par l'ablation par cathéters.

Cette stratégie en est seulement à ses débuts en France. Cependant, l'évaluation de telles unités fait l'objet d'une demande de financement dans le cadre du soutien aux techniques innovantes coûteuses. Espérons que ces recommandations favoriseront le développement de telles structures dans un futur proche.

En conclusion, les recommandations des sociétés savantes, bien que très utiles à notre pratique, sont souvent assez indigestes. Ces dernières sur les syncopes échappent à cette règle en proposant des clarifications diagnostiques, des algorithmes pragmatiques et des réponses claires à des questions quotidiennes. Leur lecture ne peut être qu'encouragée.

Références

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2009;30:2631-71.
2. Menozzi C, Brignole M, Garcia-Civera R, Moya A, Botto G, Tercedor L, Migliorini R, Navarro X; International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE) Investigators. Mechanism of syncope in patients with heart disease and negative electrophysiologic test. *Circulation* 2002;105:2741–2745.
3. Solano A, Menozzi C, Maggi R, Donato P, Bottoni N, Lolli G, Tomasi C, Croci F, Oddone D, Puggioni E, Brignole M. Incidence, diagnostic yield and safety of the implantable loop-recorder to detect the mechanism of syncope in patients with and without structural heart disease. *Eur Heart J* 2004;25:1116–1119.
4. Brignole M, Sutton R, Menozzi C, Garcia-Civera R, Moya A, Wieling W, Andresen D, Benditt DG, Vardas P; International Study on Syncope of Uncertain Etiology 2 (ISSUE 2) Group. Early application of an implantable loop recorder allows effective specific therapy in patients with recurrent suspected neurally mediated syncope. *Eur Heart J* 2006;27:1085–1092.

5. Sheldon R, Connolly S, Rose S, Klingenheben T, Krahn A, Morillo C, Talajic M, Ku T, Fouad-Tarazi F, Ritchie D, Koshman ML; POST Investigators. Prevention of Syncope Trial (POST): a randomized, placebo-controlled study of metoprolol in the prevention of vasovagal syncope. *Circulation* 2006;113:1164–1170.

6. Shen WK, Decker WW, Smars PA, Goyal DG, Walker AE, Hodge DO, Trusty JM, Brekke KM, Jahangir A, Brady PA, Munger TM, Gersh BJ, Hammill SC, Frye RL. Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS): a multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation* 2004;110:3636–3645.