

# Perte de connaissance de courte durée (Syncope)

## Partie 1: Introduction à la problématique et stratégie d'investigation

C. Cottier

### Cadrage du thème

Ces dernières années, de nouvelles méthodes (telles que le test de la table basculante, les appareils implantables d'enregistrement ECG de longue durée ou l'examen électrophysiologique invasif du cœur) ont permis de remarquables progrès dans l'évaluation des syncopes. Il est difficile d'avoir une bonne vue d'ensemble de la masse des publications sur ce thème.

Les «**Guidelines on management (diagnosis and treatment) of Syncope**» récemment publiées dans le *European Heart Journal* s'adressent aux cardiologues [1]. Datant de quelques années auparavant, on dispose du texte de portée générale valable «**Clinical guidelines diagnosing syncope**» de l'American College of Physicians ou du cahier de la *Therapeutische Umschau* consacré à la syncope [2, 3].

Le texte qui suit s'adresse en premier lieu aux médecins exerçant la médecine de premier recours en milieu ambulatoire ou hospitalier. Les plus importantes acquisitions de ces 3 à 5 dernières années dans ce domaine sont examinées. L'accent principal est mis sur la première évaluation du patient recourant à une prise en charge médicale en raison d'un problème de syncope, nouvelle ou récente. Le diagnostic différentiel ainsi que les nouvelles données des études en cardiologie et neurologie sont présentés dans la mesure où ils facilitent la collaboration entre les médecins de premier recours et les spécialistes concernés.

Les situations discutées sont la manière d'éclaircir le diagnostic en cas de perte de connaissance de brève durée, la syncope vasovagale, les aspects neurologiques des crises syncopales et les troubles du rythme.

### Définition

La perte de connaissance de courte durée se manifeste fréquemment sous forme de syncope. L'hypoglycémie, une crise épileptique, une attaque ischémique transitoire, la catalepsie ainsi que les «syncopes» psychogènes en cas de somatisation, sont parfois difficiles à différencier de la vraie syncope.

On définit comme syncope une perte passagère de connaissance et du tonus musculaire nécessaire au maintien de la station verticale [4]. La syncope entraîne donc fréquemment une chute. La récupération est spontanée, complète et la plupart du temps également rapide. La syncope n'a donc pas valeur de maladie, mais de symptôme non spécifique d'un large spectre de troubles différents, tous capables de provoquer une réduction passagère critique de la perfusion sanguine cérébrale.

### Epidémiologie

La syncope est un symptôme fréquent. Près d'un tiers des jeunes adultes indiquent avoir eu au moins une perte de connaissance de brève durée. L'incidence de la syncope augmente avec l'âge. En effet, sur une période de dix ans, 23% des personnes âgées de plus de 70 ans ont eu une syncope. La plupart des patients n'ont pas consulté un médecin. Seulement 3 à 5% des patients consultant un service d'urgence y ont été pris en charge en raison d'une syncope. 1 à 3% des cas d'hospitalisation ont été admis pour d'une syncope [3].

Kapoor et al. ont étudié prospectivement les taux de récurrence en relation avec la syncope sur une durée d'observation de 30 mois [5]. Une ou plusieurs récurrences survinrent chez 43% des patients avec un diagnostic de syncope d'étiologie incertaine, chez 31% des patients avec une syncope d'origine cardiaque et chez 36% des patients avec une syncope d'origine non cardiaque. Dans le même collectif de patients, la mortalité fut de 6% dans le groupe syncope d'origine incertaine, de 30% dans le groupe syncope d'origine cardiaque et de 12% dans le groupe syncope d'origine non cardiaque.

### Diagnostic différentiel et classification

La syncope de cause extra-cardiaque a un bon pronostic, tandis que les syncopes d'origine cardiaque s'accompagnent d'un taux de mortalité élevé.

Le tableau 1 montre un aperçu des troubles qui peuvent entraîner le symptôme «syncope». Ce tableau est fondé sur les données de 5 études provenant de cliniques spécialisées, rendant ainsi compte d'un collectif de patients légèrement sélectionnés [2].

Au premier groupe appartiennent les **troubles de la régulation circulatoire**. Ils concernent l'arc réflexe qui comprend les barorécepteurs des vaisseaux et du cœur, les afférences neurologiques au tronc cérébral, le centre vasomo-

teur et les efférences nerveuses vers le cœur et les vaisseaux. Ces troubles ont en commun la chute de la pression sanguine et/ou la bradycardie conduisant à la syncope.

La **syncope vaso-vagale** (aussi appelée syncope cardioneurogène) survient la plupart du temps chez des sujets âgés de moins de 60 ans. On entend par **syncope de situation** une perte de connaissance de brève durée qui survient durant un accès de toux, au cours de la déglutition, de la miction ou pendant la défécation. Le **syndrome du sinus carotidien** de la personne âgée survient également sur un trouble de l'arc de régulation cardioneurogène; les signaux afférents issus des barorécepteurs des gros vaisseaux produisent un réflexe de vasodilatation et/ou de bradycardie/asystolie. Dans certains cas, on a décrit des névralgies dans le territoire cervico-céphalique comme cause de syncopes.

Un deuxième groupe comprend d'autres syncopes d'origine non cardiaque: l'**hypotension orthostatique** peut être la conséquence d'altérations circulatoires en rapport avec l'âge et se manifeste principalement sous forme d'hypotension postprandiale. Elle survient dans le cadre de neuropathies périphériques en raison de diabète sucré, d'urémie, d'amyloïdose, de porphyrie, et on l'observe dans le cadre de la maladie de Parkinson et d'autres maladies du système nerveux central. La tendance accrue aux chutes et syncopes chez les vieillards atteints d'infection s'explique vraisemblablement aussi par un phénomène d'hypotension orthostatique.

Occasionnellement, les **hémorragies aiguës** telles qu'une hémorragie digestive asymptomatique sur ulcère peuvent entraîner une syncope.

Les **maladies neurologiques** telles qu'un ictus ischémique transitoire dans le territoire de l'artère vertébrale, une compression extrinsèque de l'artère vertébrale, le subclavian-steal-syndrome, mais aussi certaines formes de crises épileptiques (crise atone, épilepsie du lobe temporal) peuvent provoquer des syncopes.

Les **causes médicamenteuses** des syncopes comprennent les substances qui abaissent la pression sanguine ou la fréquence cardiaque par action sur le cœur et les vaisseaux ou au niveau cérébral. Il convient de citer ici les diurétiques, les inhibiteurs de l'ECA, les antagonistes du calcium et les bêta-bloquants. Ces médicaments accentuent fréquemment une hypotension orthostatique.

Les anti-arythmiques tels que la quinidine peuvent provoquer des syncopes par tachycardie ventriculaire (torsade de pointe), surtout en interaction avec les antibiotiques macrolides, le cisapride ou les antihistaminiques.

Le groupe des **maladies cardiaques organiques** occupe une place particulièrement im-

**Tableau 1. Diagnostic différentiel de la syncope.**

Causes non-cardiaques	Prévalence (écart)
neurogène	
vaso-vagale	18% (8–37)
de situation	5% (1–8)
toux	
déglutition	
miction	
défécation	
autres	1% (0–4)
syndrome du sinus carotidien	
névralgie	
hypotension orthostatique	8% (4–10)
maladies neurologiques	10% (3–32)
migraine	
ictus ischémique transitoire	
épilepsie	
subclavian-steal-syndrome	
médicaments	3% (1–7)
troubles psychiatriques	2% (1–7)
<b>Causes cardiaques</b>	
maladie cardiaque organique	4% (1–8)
sténose aortique	
cardiomyopathie hypertrophique	
embolie pulmonaire	
hypertension artérielle pulmonaire	
myxome	
infarctus du myocarde, ischémie coronarienne	
tamponade péricardique	
anévrisme disséquant de l'aorte	
arythmies	14% (4–38)
brady-arythmies	
maladie du nœud sinusal	
bloc atrio-ventriculaire des degrés II et III	
dysfonction d'un pace-maker	
effet médicamenteux secondaire	
tachy-arythmies	
tachycardie ventriculaire, torsades de pointe	
tachycardies supra-ventriculaires	
Causes indéfinies	34% (13–41)

**Tableau 2. Principaux éléments de l'anamnèse en cas de syncope.****Déclencheurs et facteurs circonstanciels**

Un mécanisme vaso-vagal est probable lorsque: la syncope survient dans un espace restreint avec foule, après station debout prolongée, sous une importante pression psychique, dans un état d'angoisse, après privation de sommeil, lors de faim inassouvie, lors d'instrumentation médicale ou de prise de sang.

Une syncope de situation est possible lorsqu'elle survient pendant ou de suite après la miction, la défécation, lors d'une forte toux, ou de manière répétée à la déglutition.

Il faut penser à un syndrome du sinus carotidien devant une syncope survenant lors de mouvement de rotation de la tête ou lors du rasage, et à un subclavian-steal-syndrome après un mouvement en force des bras.

Une syncope survenant après un repas riche et arrosé (alcool) chez la personne âgée évoque une hypotension postprandiale.

La syncope survenant au cours d'un exercice physique doit en premier lieu faire penser à une maladie cardiaque organique telle que cardiomyopathie hypertrophique, sténose de l'aorte, myocardite. Les syncopes survenant après l'effort sont d'origine plutôt cardioneurogène.

La privation de sommeil, la nicotine, la caféine et le stress peuvent entraîner des troubles du rythme en cas de tachycardie nodale et de syndrome WPW. Les manoeuvres vagales permettent parfois d'interrompre des tachycardies supraventriculaires.

Un rapport temporel clair avec une prise médicamenteuse ou modification de dosage de médicament(s) rend l'origine médicamenteuse vraisemblable.

Les situations favorisant la constitution de thrombose veineuse (maladie tumorale, période post-opératoire) doivent faire penser à une embolie pulmonaire.

**Prodromes**

Une syncope précédée de: nausées, sueurs froides ou sensation de chaleur, bâillements, faiblesse musculaire; ou accompagnée de douleurs abdominales, d'hyperventilation, de trouble de la conscience, de trouble visuel (vision grisâtre) ou de perte de l'acuité auditive évoque un mécanisme vaso-vagal.

Une sensation vertigineuse sans nausée, une faiblesse musculaire, un trouble de la conscience, trouble auditif ou acuité visuelle perturbée apparaissant dans les premières minutes qui suivent le lever parlent en faveur d'une hypotension orthostatique.

L'absence totale de prodrome parle en faveur d'une syncope d'origine cardiaque causée par une brady-arythmie (telle qu'asystolie en cas de bloc AV, maladie du nœud sinusal). La syncope peut aussi être précédée d'une crise vertigineuse d'une durée de quelques secondes à quelques minutes.

Les prodromes avec vertige paroxystique, dyspnée, pression intrathoracique ou palpitations tachycardes (cœur qui bat la chamade) évoquent une tachy-arythmie telle que tachycardie nodale ou syndrome de WPW.

Une douleur thoracique accompagnée de dyspnée évoque une ischémie du myocarde.

Des douleurs du visage et du cou font penser à une névralgie.

**Signes durant la syncope**

Des convulsions tonico-cloniques peuvent aussi survenir en raison d'une asystolie prolongée lors d'une syncope vaso-vagale et n'indiquent donc pas obligatoirement une épilepsie.

Parlent en faveur d'une syncope psychogène: une chute lente, un déroulement apparemment planifié, des phénomènes moteurs variables, un changement de position ou d'attitude, des mouvements d'accompagnement désordonnés, des mouvements «sauvages», des automatismes comme se frapper soi-même, un halètement, l'hyperventilation, des yeux clos; tout cela avec une coloration du visage, des pulsations et une pression artérielle normales; un horaire de crises varié et une durée de crise s'étendant de plusieurs minutes à plusieurs heures, aussi bien à l'état de veille qu'au sortir du sommeil.

**Phase de récupération**

Une absence d'une durée de plus de 15 minutes parle contre une syncope, de même qu'une morsure de la langue et une perte d'urine ou des selles.

Les syncopes vaso-vagales peuvent provoquer des nausées et une sensation de faiblesse persistantes.

Une manifestation neurologique focale, des troubles de l'équilibre, de la vision ou de l'audition ainsi qu'une faiblesse des jambes parlent en faveur de troubles circulatoires dans le territoire de l'artère basilaire.

Des blessures étendues parlent pour une origine cardiaque.

portante, car la syncope est ici liée à un taux élevé de mortalité en raison de mort cardiaque subite. Les maladies dégénératives et la maladie coronarienne sont surtout observées chez les sujets âgés de plus de 60 ans. La cardiomyopathie et les vices de conduction congénitaux sont plus fréquents chez les patients plus jeunes.

La **sténose aortique** et la **cardiomyopathie obstructive** entravent le flux d'éjection du sang hors du ventricule gauche. La pression intracardiaque élevée peut entraîner une hypotension et une bradycardie/asystolie réflexes par activation des mécanorécepteurs.

Dans l'**infarctus aigu du myocarde**, en cas de **myocardite** et de **cardiomyopathie**, l'activité fortement entravée de la pompe cardiaque peut être la cause de perte de connaissance de brève durée. Les syncopes lors d'**embolie pulmonaire** grave, de myxome, d'anévrisme disséquant de l'aorte ou de tamponnade péricardique sont bien connues.

Les **brady-arythmies** avec bloc AV du 3<sup>e</sup> degré ou maladie du nœud sinusal sont souvent l'expression d'une maladie cardiaque dégénérative. Mais elles peuvent également survenir en cas de cardiopathie ischémique, de myocardite ou comme effet secondaire médicamenteux. Chez un porteur de pace-maker, il faut songer à une dysfonction du système.

Les **tachy-arythmies** telles que tachycardies ventriculaires ou tachycardies supra-ventriculaires sont souvent la conséquence d'une maladie cardiaque organique. Occasionnellement, elles peuvent survenir sans cardiopathie sous-jacente chez les jeunes.

Les troubles congénitaux de la conduction tels que le syndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) ou le syndrome de Lown-Ganong-Levine (LGL), ainsi que le syndrome du QT de longue durée sont d'autres causes de syncopes.

Au groupe des **syncopes d'origine indéterminée**, on attribue les patients chez lesquels la cause de la syncope n'a pas pu être définie en dépit d'examen médicaux appropriés. Comme le montre le tableau 1, un tiers des syncopes sont restées d'origine indéterminée selon les données récoltées entre 1984 et 1990. De nouvelles publications montrent que la proportion de patients attribués à ce groupe tend à diminuer depuis l'utilisation élargie de moyens diagnostiques tels que la table basculante, le test du sinus carotidien et les examens électrophysiologiques du cœur [4].

Les **troubles non syncopaux**, fréquemment **faussement désignés comme syncopes**, sont des troubles métaboliques (hypoglycémie, hypoxie, hyperventilation avec hypercapnie) et des intoxications. Les crises épileptiques doivent également être distinguées des syncopes. Les états semblables aux syncopes mais sans perte de connaissance sont les **drugs attacks**,

les ictus ischémiques transitoires consécutifs à des maladies des artères carotides ainsi que certains troubles vertigineux.

Les **maladies psychiatriques** telles que les troubles anxieux et les attaques de panique, les troubles de conversion et de somatisation, la cataplexie, ne sont plus catalogués dans les syncopes selon les nouvelles publications, car la plupart du temps ces troubles ne s'accompagnent pas d'une perte de connaissance.

### Marche à suivre pour le diagnostic

Les outils de travail du médecin pour le diagnostic des syncopes sont en premier lieu l'anamnèse, l'examen physique et l'ECG de repos. Selon les données provenant de 6 publications, l'anamnèse et l'examen physique seuls suffisent à établir un diagnostic clair dans 45% (32-74%) des cas [2]. Dans 8% des cas, ils livrent des indications essentielles sur un trouble sous-jacent qui peut être précisé avec des examens complémentaires ciblés.

La présentation qui suit repose sur les recommandations de la **Task Force** de la Société européenne de cardiologie: **Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope** [1].

#### Anamnèse

Les **déclencheurs** et les **facteurs circonstanciels**, les **prodromes** et les caractéristiques de la **phase de récupération** typiques pour les diverses causes de syncope devraient être familiers à l'examineur. Cf. tableau 2 à ce sujet. Il est surtout important de relever avec exactitude les phénomènes qui se manifestent durant les secondes ou minutes précédant la syncope, ainsi que l'état du patient durant la phase de récupération.

Il est important d'être correctement renseigné sur les **maladies et interventions médicales antérieures**. On posera la question d'éventuelles syncopes récidivantes et d'états pré-synopaux; de maladies cardiaques avec insuffisance cardiaque; de symptômes d'ischémie myocardique; de status après opération de by-pass ou dilatation coronarienne et pose de stent; de cardiomyopathie, de maladie ou prothèse valvulaire cardiaque, de troubles du rythme cardiaque et pace-maker. L'hypertension artérielle, le diabète sucré, une maladie pulmonaire chronique avec cœur pulmonaire, un syndrome d'apnée du sommeil, un status après embolie pulmonaire, une éventuelle attaque cérébro-vasculaire, les ictus transitoires et l'épilepsie sont autant d'autres facteurs importants à rechercher dans l'anamnèse.

Chez les personnes âgées, il faut penser à des infections récidivantes, en particulier des voies

urinaires, à une perte liquidienne intestinale et rechercher des indices d'hémorragie ou maladie ulcéreuse digestives. L'anamnèse portera enfin sur d'éventuelles maladies systémiques graves telles que processus tumoral, sur un éventuel traitement psychiatrique ou encore sur un abus de drogues ou d'alcool ainsi que sur une éventuelle intoxication.

On notera la prise de **médicaments**. Les diurétiques, les antagonistes du calcium, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les nitrates, les bêta-bloquants, les anti-arythmiques les benzodiazépines, les neuroleptiques et les anti-épileptiques peuvent favoriser les syncopes.

Dans l'**anamnèse familiale**, on recherchera en particulier des cas de mort cardiaque subite ou d'intervention de chirurgie cardiaque avant l'âge de 60 ans.

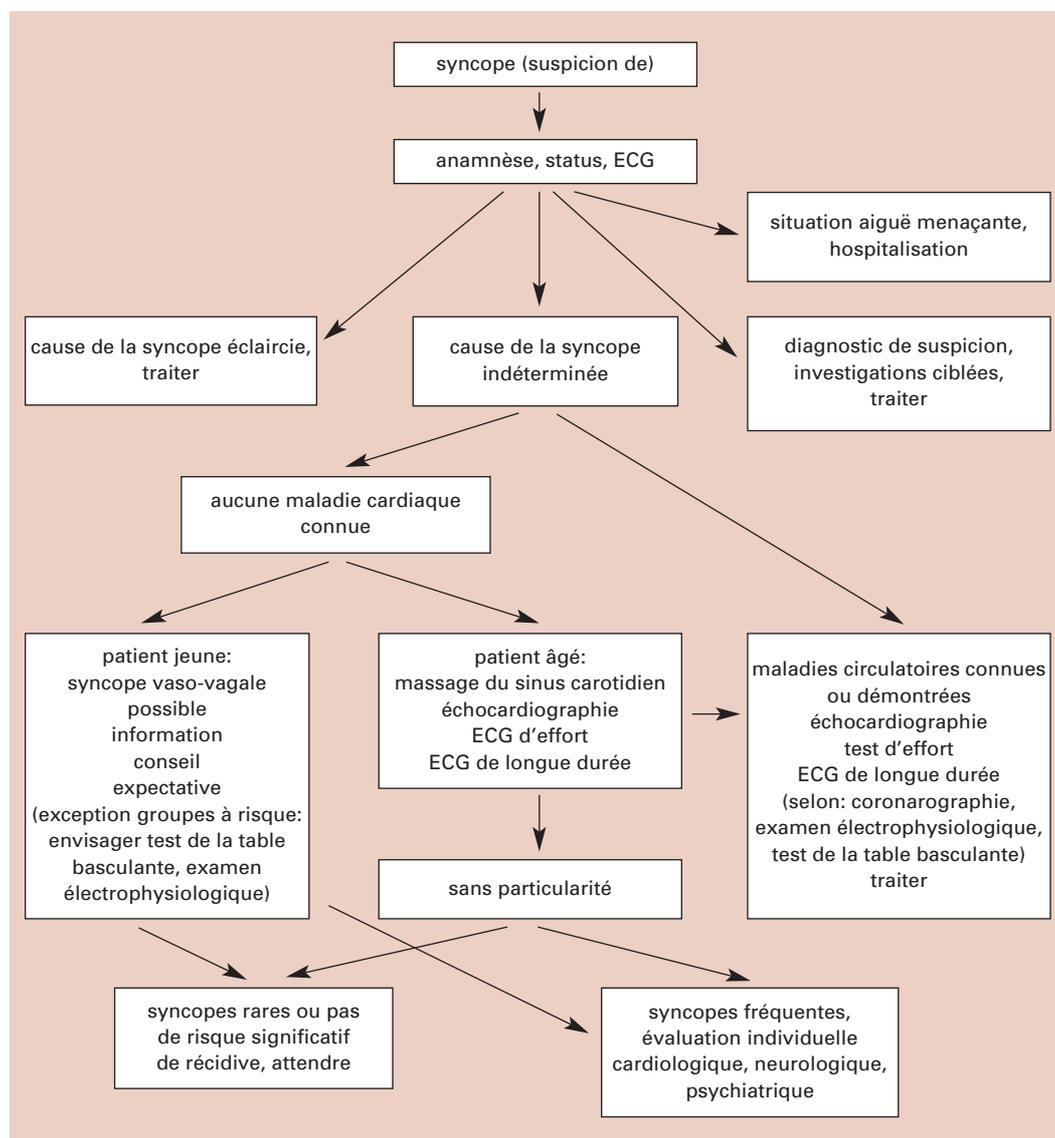
Le groupe de chercheurs italiens de l'entourage de Alboni et Brignole ont étudié, chez 141 patients, avec quelle fiabilité l'anamnèse permet de différencier les syncopes d'origine cardiaque et non cardiaque [6]. Les résultats furent plutôt maigres. Un âge avancé et des indices de maladie cardiaque pré-existante parlaient en faveur d'une origine cardiaque, ainsi que la survenue des syncopes au lit ou lors d'exercice physique. Le fait que les premières crises syncopales remontaient à plusieurs années ou étaient apparues dans la jeunesse déjà, le fait de syncopes fréquentes ainsi que certaines circonstances d'apparition telles que foule, station debout prolongée, syncope postprandiale, syncope survenant en station debout, parlaient en faveur d'une origine vaso-vagale. Mais la présence ou absence de prodromes ainsi que la durée de ceux-ci, la prise de médicaments agissant sur le système cardiovasculaire, la survenue de convulsions, d'incontinence ou la durée de la perte de connaissance ou de la phase de récupération ne permirent pas de différencier entre syncopes d'origine cardiaque ou vaso-vagale.

Ces résultats demandent par ailleurs à être confirmés par d'autres chercheurs.

#### Examen physique

Il faut porter une attention particulière à la pression artérielle en position couchée et debout sur 1 à 5 minutes avec mesure concomitante de la fréquence cardiaque et relever d'éventuels symptômes d'hypo-perfusion cérébrale. Une hypotension orthostatique est présenté en cas de chute de la pression systolique de  $\geq 20$  mm Hg. Il faut mesurer la pression artérielle aux deux bras. On notera également la fréquence respiratoire, d'éventuels signes d'insuffisance cardiaque gauche et/ou droite tels que râles de stase pulmonaire, élévation de la pression des veines du cou ou reflux hépatojugulaire, 3<sup>e</sup> bruit cardiaque. Y-a-t-il des indices de vice cardiaque, de maladie artérielle péri-

**Figure 1.**  
Démarche diagnostique rationnelle  
en cas de (suspicion de) syncope.



phérique obstructive ou d'une maladie pulmonaire chronique obstructive? Met-on en évidence un déficit neurologique focal, une maladie de Parkinson? Ausculte-t-on un souffle au niveau des artères cérébrales extra-crâniennes? Y a-t-il des indices de neuropathie périphérique, d'anémie ou d'exsiccose?

### ECG de repos

L'ECG de repos 12 dérivations est particulièrement utile chez les patients âgés de plus de 60 ans et permet, dans 5% des cas (2-11%) de préciser le diagnostic en cas de syncope [2]. On prêterait une attention particulière aux signes d'infarctus aigu, de brady-arythmie, de bloc AV des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> degrés, d'arrêt sinusal.

De nombreuses trouvailles ECG telles que l'hypertrophie ventriculaire gauche, signes d'infarctus antérieur ou bloc de branche, peuvent aussi se rencontrer chez des individus sans syncope. Chez les jeunes, un allongement de l'espace QT peut occasionnellement signaler

une cardiomyopathie, un WPW ou un syndrome LGL.

### Clarification rationnelle

Sur la base des **Guidelines** de la **Task Force** de l'**European Society of Cardiology**, on recommande la marche à suivre esquissée dans la figure 1 [1]:

1. L'examen initial comprenant l'anamnèse et le status (y compris ECG) doit répondre à 4 questions: s'agit-il vraiment d'une syncope? La syncope est-elle la manifestation d'une maladie aiguë menaçante? Y a-t-il des indices d'une maladie cardiaque? Peut-on poser un diagnostic de suspicion clair?
2. En cas d'indice de maladie menaçante telle qu'infarctus aigu du myocarde, embolie pulmonaire, hémorragie digestive sévère: hospitalisation immédiate du patient.
3. Si l'appréciation initiale permet de poser

- clairement un diagnostic de suspicion, les examens ultérieurs seront organisés de manière ciblée. Par exemple, devant une suspicion clinique de sténose aortique, la prochaine étape consiste en une échocardiographie.
4. En cas de suspicion de syncope cardioneu-rogène chez un patient jeune (syncope vaso-vagale), on peut renoncer à d'autres examens, sauf chez les individus exerçant une profession à risque tels les pilotes et chauffeurs, par exemple, que l'on peut soumettre alors à un test de la table basculante, entre autres.
  5. Eu égard au mauvais pronostic qui caractérise cette catégorie de patients, l'individu atteint de maladie cardiaque organique connue doit d'emblée être soumis à des investigations complètes comprenant échocardiographie, ECG d'effort ou ECG de 24 heures. Il est fréquent que des techniques invasives soient également indiquées, telles qu'angio-coronarographie et tests électrophysiologiques invasifs.
  6. Chez les jeunes présentant des syncopes d'origine peu claire, ce seront leur fréquence et les facteurs circonstanciels qui permettront de décider s'il convient de procéder à des investigations cardiaques ou si la preuve d'une syncope cardio-neurogène peut être apportée par un test de la table basculante.
  7. Lorsque la syncope reste d'origine peu claire, on recherchera/excluera chez les personnes âgées une maladie cardiaque et un syndrome du sinus carotidien (échocardiographie, ECG de Holter, ECG d'activation sur une durée prolongée, ECG d'effort, manœuvre du sinus carotidien). Sans indice de maladie cardiaque organique ou de syndrome du sinus carotidien, on peut se permettre un certain attentisme, à condition que les syncopes soient rares.

8. Si les investigations ne donnent aucun résultat clair, après approfondissement de l'anamnèse et à condition que les valeurs des examens de laboratoire (paramètres hématologiques, fonction rénale, électrolytes, glycémie) soient normales, on posera éventuellement l'indication à un examen neurologique ou psychiatrique.

Au chapitre «syncope vaso-vagale» (page 437), vous trouverez une introduction aux méthodes d'investigation de la table basculante et du massage carotidien; au chapitre «syncope rythmogène», des indications sur l'ECG de longue durée activé par le patient (*event recorder*), sur l'ECG de longue durée implantable et sur l'examen électrophysiologique invasif.

## Tour d'horizon

### La syncope chez le patient âgé

L'augmentation du nombre de patients âgés avec polymorbidité a pour conséquence que les médecins de premier recours ont plus fréquemment à s'occuper de syncopes. Une connaissance approfondie des implications physiopathologiques conditionne l'utilisation pertinente des examens techniques à disposition pour ces patients.

### Collaboration entre médecin de premier recours et spécialiste

En règle générale, après un premier épisode de trouble de la conscience de brève durée, le patient consulte d'abord son médecin de famille. Le poids de l'anamnèse, de l'examen physique et de l'ECG de repos dans la clarification d'une syncope soulignent l'importance du travail diagnostique du médecin de premier recours. Lorsque l'origine d'une syncope reste peu claire, se pose la question de la manière ultérieure d'agir la plus efficace et respectueuse des coûts possible. Est-il permis de penser à instituer chez nous aussi des *Syncope Units*? Ou bien la collaboration au sein d'un réseau adéquat (médecin de premier recours – cardiologue – neurologue – psychiatre) peut-elle s'avérer plus efficace?

Cette question pourrait être étudiée scientifiquement au niveau d'une policlinique universitaire.

### Offre et mise en œuvre des méthodes diagnostiques

En Suisse, à part le test de la table basculante, il existe une offre suffisante en méthodes d'investigations cardiologiques et neurologiques. Le véritable problème se situe plutôt ailleurs: à commencer par le nihilisme diagnostique («il s'agit de toutes façons d'une syncope vaso-vagale»). Ceci conduit au risque que des maladies

## Quintessence

- La syncope est un symptôme non spécifique pour un large spectre de troubles possibles.
- Dans la moitié des cas environ, la cause de la syncope peut être définie grâce à l'anamnèse, à l'examen physique et à l'ECG de repos seuls.
- La condition de l'emploi judicieux des moyens diagnostiques est la connaissance de la physiopathologie et une stratégie diagnostique bien planifiée et graduelle.
- La condition pour l'élaboration efficace du diagnostic est une collaboration bien orchestrée entre médecin de premier recours, cardiologue, neurologue et psychiatre.

rare ne sont pas découvertes chez les jeunes. Ensuite, il n'est pas rare qu'on ait prématurément recours aux examens techniques les plus divers (ECG de 24 heures, CT cérébral, EEG) au

lieu d'un examen clinique approprié (anamnèse, examen physique).

C'est pourquoi la syncope reste un thème important de la formation médicale continue.

### Références

- 1 Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2001;22:1256-306.
- 2 Linzer M, Yang EH, Estes NM, Wang P, Vorperian VR, Kapoor WN, for the Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians: Diagnosing Syncope Part 1: Value of History, Physical Examination, and Electrocardiography. *Ann Intern Med* 1997;126:989-96. Part 2: Unexplained Syncope. *Ann Intern Med* 1997;127:76-86.
- 3 Synkope. Mechanismen, Diagnostik und Therapie. Kiowski W. Herausgeber. *Therapeutische Umschau* 1997; 54: Heft 3.
- 4 Kapoor WN. Syncope. *N Engl J Med* 2000;343:1856-62.
- 5 Kapoor WN, Peterson J, Wienand HS, Karpf M. Diagnostic and Prognostic Implications of Recurrences in Patients with Syncope. *Am J Med* 1987; 83:700-8.
- 6 Alboni P, Brignole M, Menozzi C, Raviele A, Del Rosso A, Dinelli M, et al. Diagnostic Value of History in Patients with Syncope With or Without Heart Disease. *J Am Coll Card* 2001; 37:1921-8.