VISage
Vienne Santé Gérontologie
http://visage.sante-ra.fr

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n° 110 – Janvier 2013

La première syncope mérite attention

La syncope, motif fréquent de consultation aux urgences et d'hospitalisation, est une **perte de connaissance brève** due à une hypoperfusion cérébrale globale transitoire. Elle est caractérisée par un **début rapide**, une **durée** généralement **brève** et un **retour spontané à un état de conscience normal**. Elle s'accompagne d'une **perte du tonus postural**.
Elle représente 3 à 5% des admissions dans les services d'urgences (dont près de 60% aboutissent à une hospitalisation) et 1 à 6% des hospitalisations. La durée de séjour dans les différents services de l'hôpital varie de 6,2 ± 4,9 à 7,1 ± 5,5 jours.

Un diagnostic important à faire

La survenue d'une syncope n'est pas anodine. Elle s'accompagne d'un retentissement physique (fracture, blessure), et psychique (troubles anxio-dépressifs secondaires) difficile à évaluer mais significatif. Les syncopes seraient à l'origine de 6% des fractures et des accidents de la voie publique. Les récidives sont fréquentes, le plus souvent dans les deux premières années. Lors de la prise en charge d'une syncope, on dénombre une médiane de 3 épisodes antérieurs. La qualité de vie de ces patients en est parfois très altérée

Un diagnostic précis est important à faire car il va permettre d'estimer le risque associé et de déterminer la prise en charge. Seul un interrogatoire minutieux peut permettre d'affirmer la syncope : Y a-t-il eu perte de connaissance réelle et complète? Confirme-t-on l'absence de prodrome (début rapide)? La perte de connaissance a-t-elle été brève? Le retour à la conscience a-t-il été complet, spontané, et sans séquelle? Y a-t-il eu perte du tonus postural?
Si toutes les réponses aux questions précédentes sont positives, alors s'il s'agit d'une syncope vraie. Si au moins une des réponses est négative, on se trouve devant un « malaise » autre avec ou sans perte de connaissance. (*)

Stratification du risque

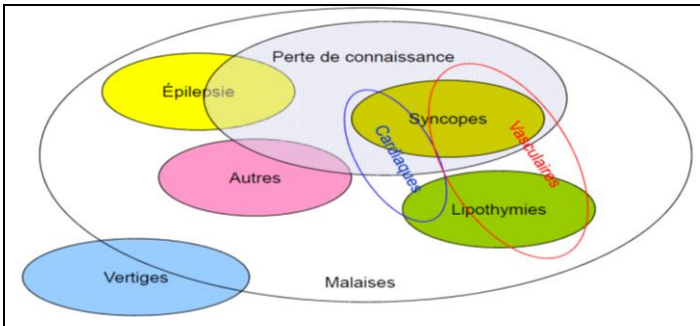
L'évaluation initiale est primordiale. Elle comprend outre un **interrogatoire** poussé (circonstances, ATCD personnels et familiaux), un **examen physique** incluant la mesure de la pression artérielle en position couchée et debout, une analyse poussée de **l'ECG**, (bloc de branche, isolé ou non, bloc auriculo-ventriculaire, bradycardie, pause sinusale, anomalie de l'espace QT…).
En fonction des données recueillies, des investigations complémentaires peuvent être nécessaires : Massage du sinus carotidien, écho cardiographie, surveillance ECG, test sur l'orthostatisme, évaluation neurologique et tests sanguins. En l'absence d'interrogatoire fiable ou s'il est incomplet, il faut considérer la situation comme à risque, et agir comme tel. Les informations obtenues serviront de point de départ pour orienter les hypothèses étiologiques vers une des **trois grandes causes physiopathologiques admises** : syncope vagale, hypotension orthostatique, syncope d'origine cardiovasculaire.

On retrouve souvent un **terrain prédisposant** aux syncopes. Le principal est **l'âge**. Il existe une relation linéaire entre l'âge et l'incidence des syncopes avec une prévalence de 0,7% pour la tranche d'âge de 35 à 44 ans contre 5,6% après 75 ans. L'incidence des syncopes chez le sujet âgé est malgré tout probablement sous estimée car l'interrogatoire n'est pas toujours facile ou fiable : il existe de façon non exceptionnelle une amnésie rétrograde de l'épisode, associée ou non à un trouble des fonctions supérieures, plus ou moins évolué. Il est d'ailleurs conseillé d'effectuer au moindre doute une évaluation cognitive minimale (Mini Mental State Evaluation).
D'autres facteurs favorisants sont retrouvés (antécédents d'accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire, prise de traitement à visée cardiovasculaire, hypertension artérielle.

La principale étiologie (21%) tout âge confondu est **vagale** (ou syncope réflexe). Elle est d'autant plus fréquente que les sujets sont jeunes. Les facteurs orientant sont l'absence de cardiopathie, un facteur déclenchant soudain et inattendu, station debout prolongée ou espaces confinés, période postprandiale.
L'hypotension orthostatique est l'apanage des sujets les plus âgés, au-delà de 75 ans (9.4% des syncopes). Elles surviennent lors passage du décubitus ou de la position assise à la position debout, après l'introduction ou le changement de doses d'un traitement hypotenseur, ou chez un patient présentant une dysautonomie.
Enfin, les **syncopes d'origine cardiovasculaire** (9.5% des syncopes) se rencontrent essentiellement chez les sujets de plus de 60 ans. Elles sont très rares chez les sujets les plus jeunes. Il faut y penser en présence d'une cardiopathie structurelle connue, pendant, juste après un effort ou en décubitus, en cas de palpitations ou un angor, de terrain familial …
On notera qu'aucune étiologie n'est retrouvée dans 36% des cas.

Docteur Christine Mestre, cardiologue, Centre Hospitalier de Vienne

(*) Diagnostics d'un malaise



Diagnostics différentiels des syncopes vraies :

- pathologies neurologiques, dont l'épilepsie est la plus fréquente, où le retour à la conscience passe par une phase d'obnubilation plus ou moins prolongée
- arrêts cardiaques récupérés, où le retour à une conscience normale n'est pas spontané
- pathologies sans perte de connaissance, en mettant cependant à part les lipothymies

Rappel : Réunion Pluridisciplinaire de Concertation et de Formation le **mercredi 23 janvier** 2013 à l'internat de l'hôpital de Vienne à partir de 19h45

Toute l'équipe du Réseau VISage : Eric, Anne-Marie, Véronique, Sylviane, Virginie, Marion, Florian, Evelyne, Audrey vous présente leurs meilleurs vœux pour l'an 2013.

Réseau gérontologique VISage *- Centre Hospitalier Lucien Hussel - BP 127 - 38209 VIENNE cedex - n° finess : 960820108 -*
visage@ch-vienne.fr – secretariat.visage@ch-vienne.fr – 04 74 31 32 97