

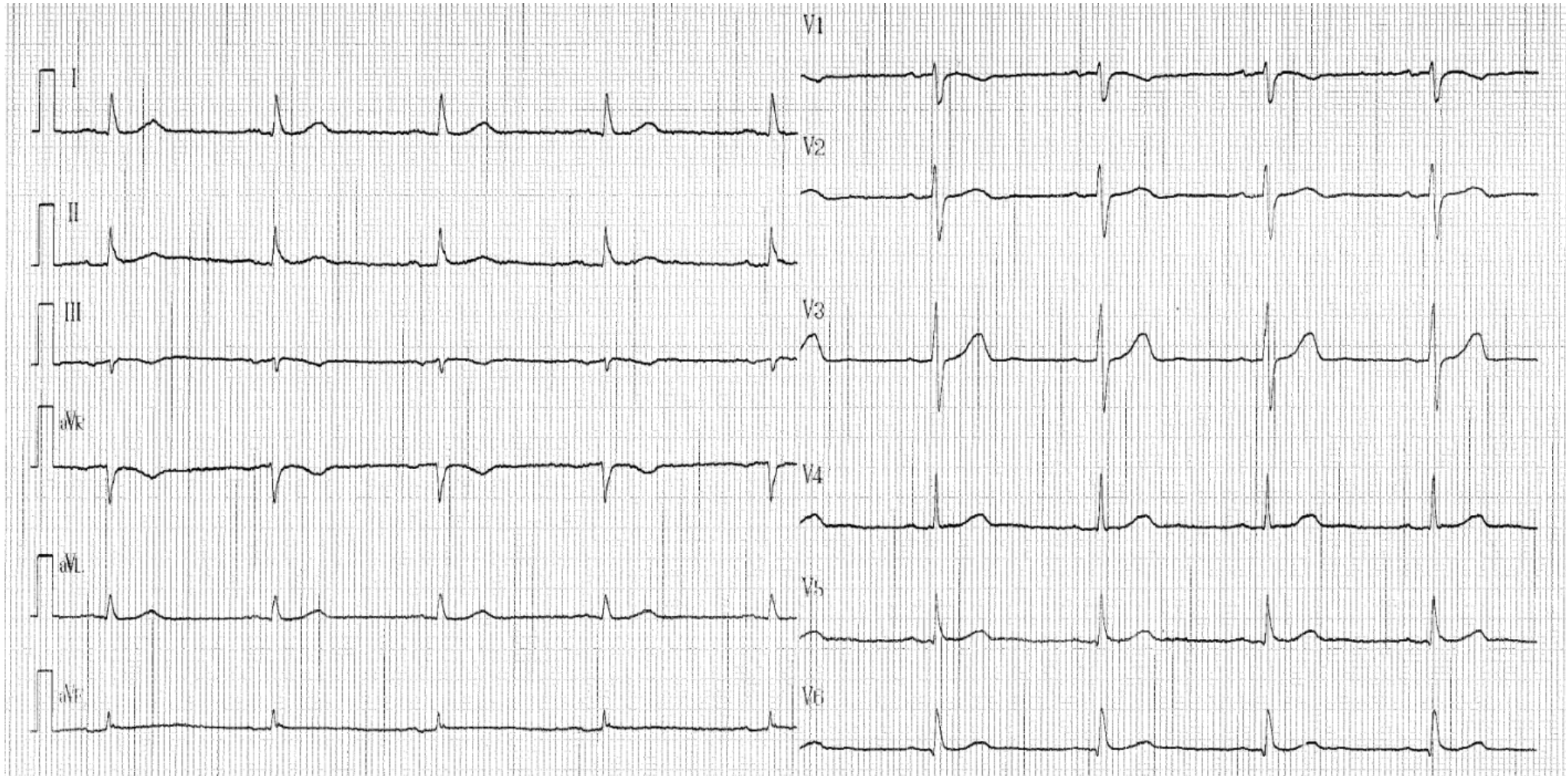
Clinical case

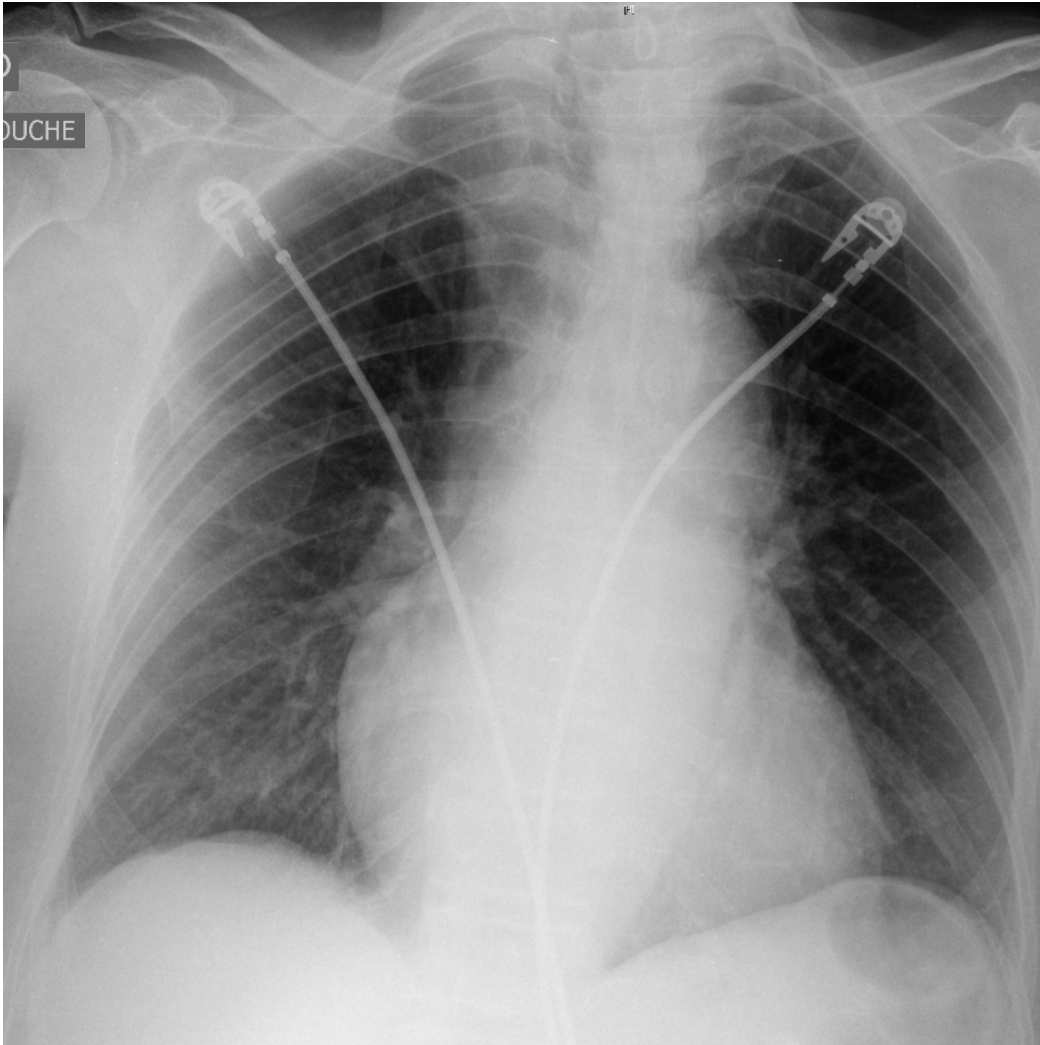
- Female, 74 year-old
- Referred by the neurosurgery department after severe syncope (subdural hematoma)
- History of multiple syncopes without prodromes: 5 episodes in the last 4 years (rib fracture, burn skin, subdural hematoma)
- [Paroxysmal AF documented after a syncope → ablation a few months ago]

Clinical case

- Unremarkable physical examination
- No orthostatic hypotension
- No carotid sinus hypersensitivity

Baseline ECG





- Normal echocardiogram

Question

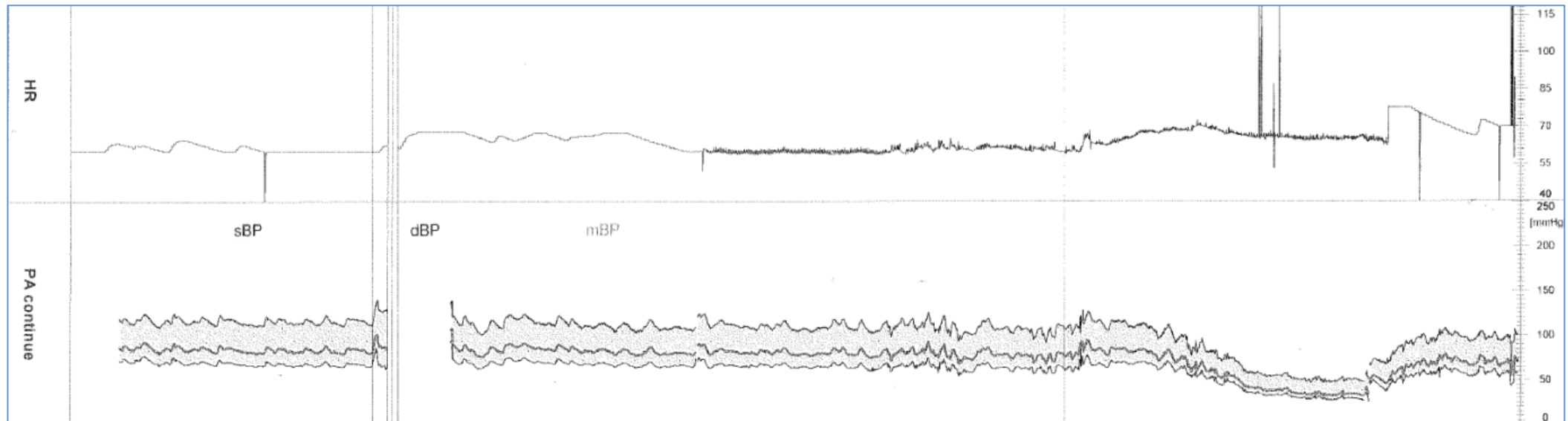
- 1- Un PM est indiqué chez cette patiente
- 2- Une nouvelle exploration EP est indiquée
- 3 – Un test d'inclinaison est indiqué
- 4 – Le sexe féminin est un facteur de mauvais pronostic à court terme

Unexplained syncope and no high risk of SCD?

**Patients
with
normal QRS
complex**

2) Unexplained syncope. Pacing is not indicated in patients with unexplained syncope without evidence of bradycardia or conduction disturbance.	III	C
3) Unexplained falls. Pacing is not indicated in patients with unexplained falls.	III	B

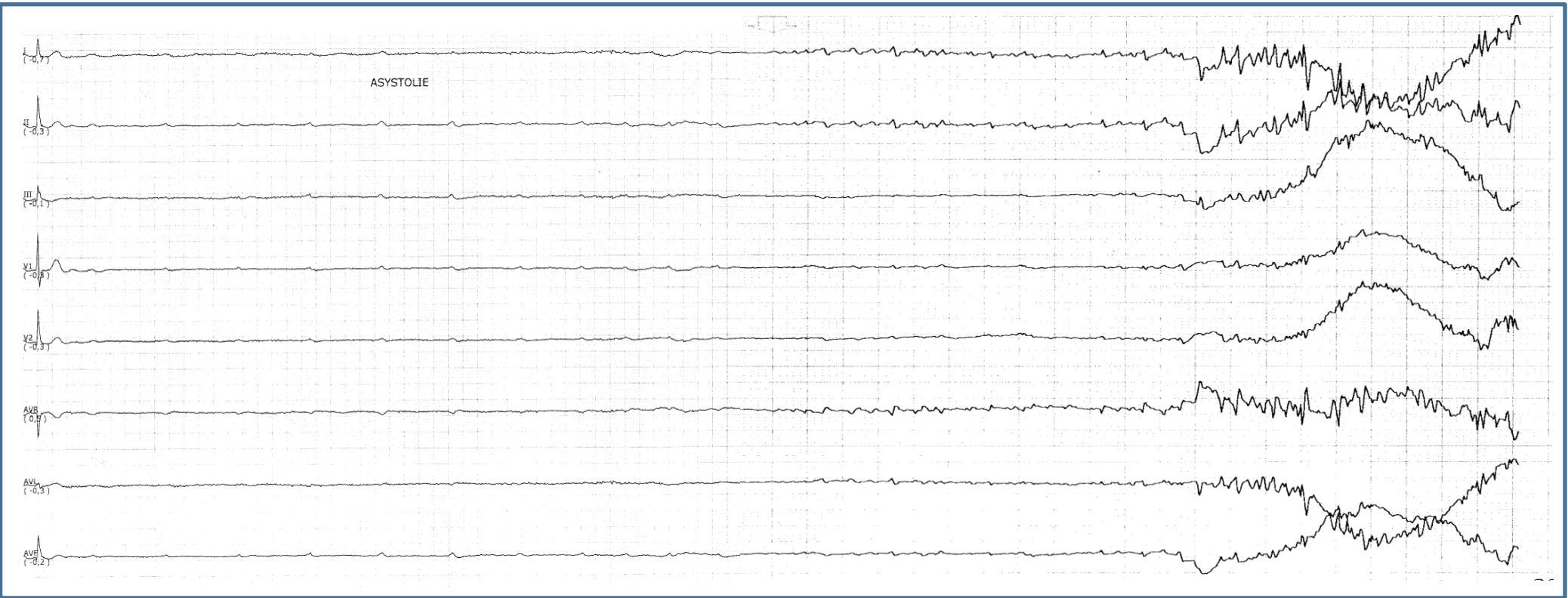
HUT: positive after TNT provocation (no bradycardia)



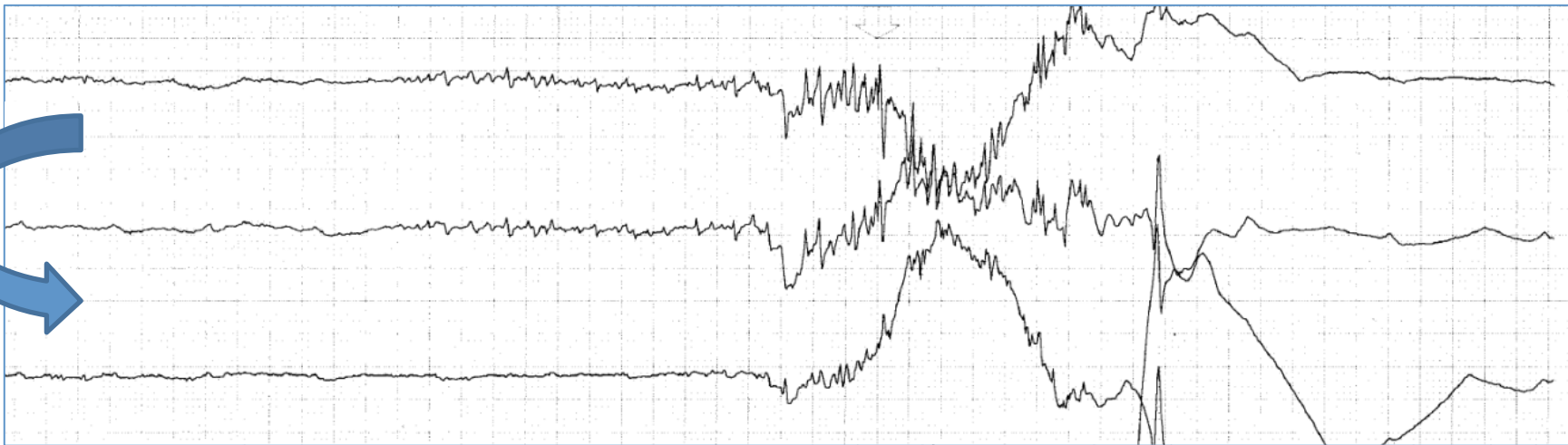
Reflex syncope

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
1) Carotid sinus syncope. Pacing is indicated in patients with dominant cardioinhibitory carotid sinus syndrome and recurrent unpredictable syncope.	I	B	35–40
2) Tilt-induced cardioinhibitory syncope. Pacing may be indicated in patients with tilt-induced cardioinhibitory response with recurrent frequent unpredictable syncope and age >40 years after alternative therapy has failed.	IIb	B	20, 21, 24
3) Tilt-induced non-cardioinhibitory syncope. Cardiac pacing is not indicated in the absence of a documented cardioinhibitory reflex.	III	B	22, 23

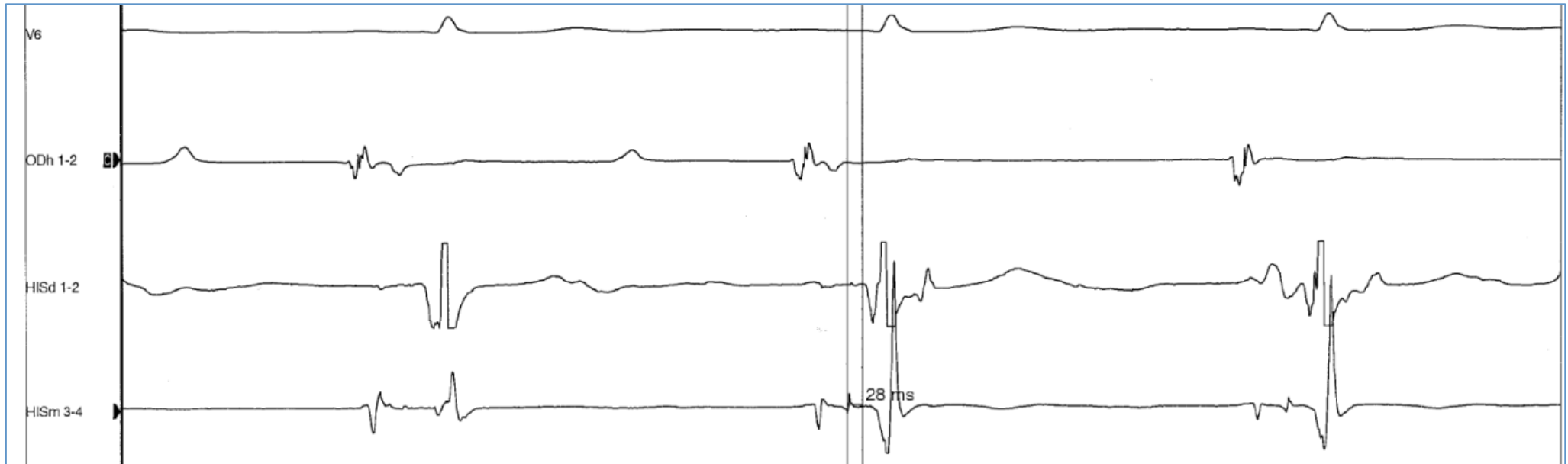
In hospital telemetry – Syncope recurrence



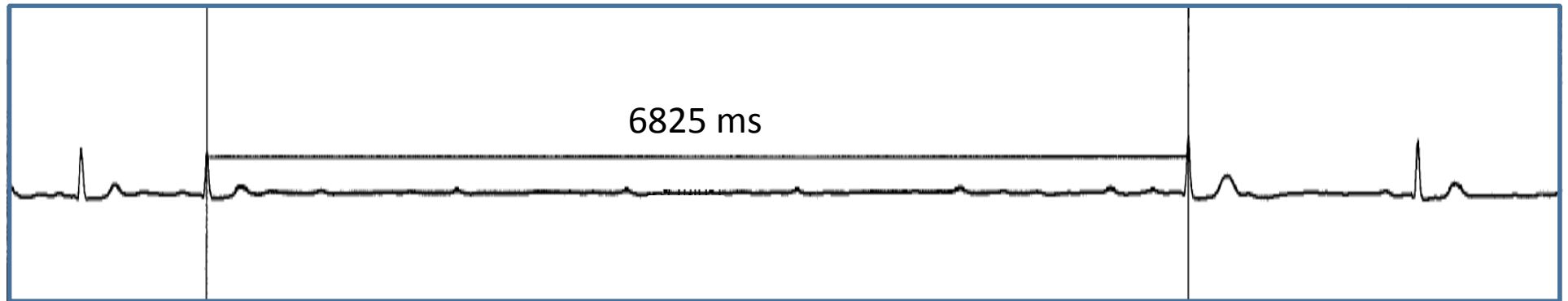
In hospital telemetry – Syncope recurrence



EPS: normal



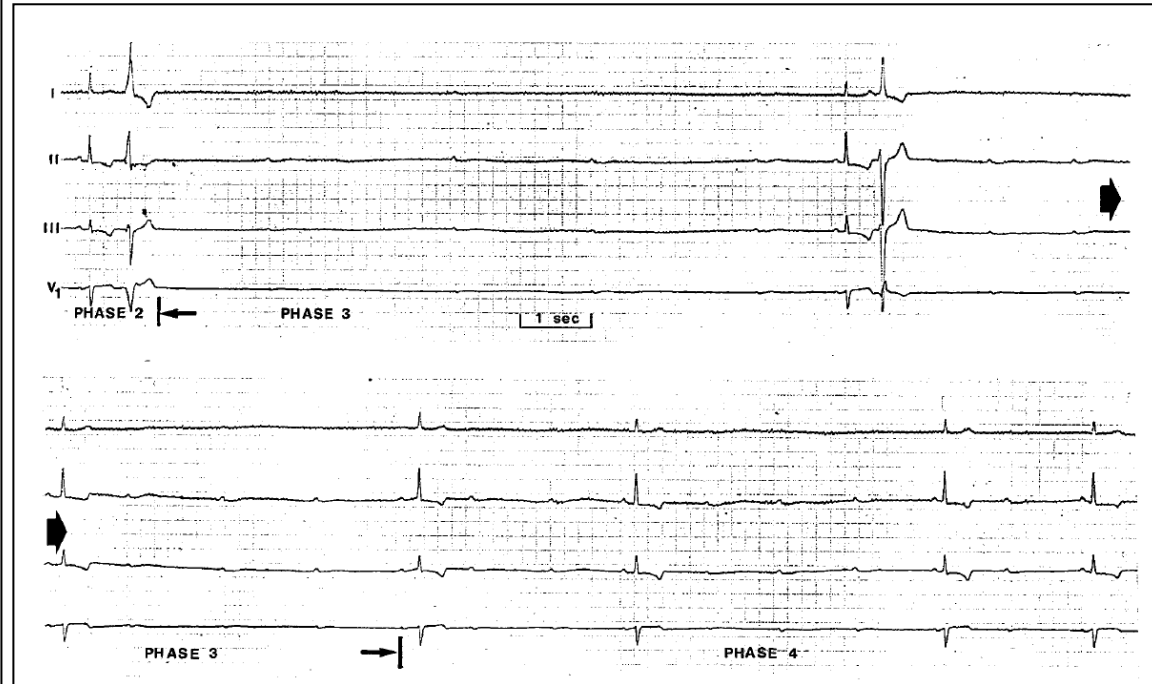
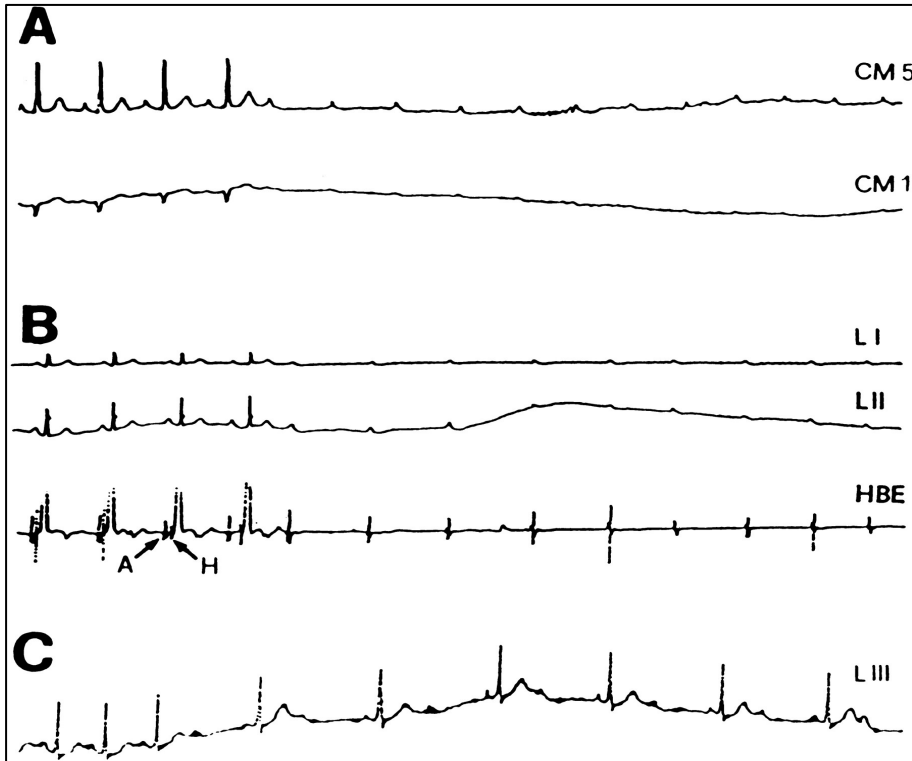
20 mg ATP injection



Unexplained syncope and no high risk of SCD

Is there a role for ATP-test?

ATP-induced AV block in patients with unexplained syncope



Brignole M et al., Circulation 1997

Flammang D et al., Circulation 1999

**I) Unexplained syncope
and positive adenosine
triphosphate test.
Pacing may be useful to reduce
syncopal recurrences.**

IIb

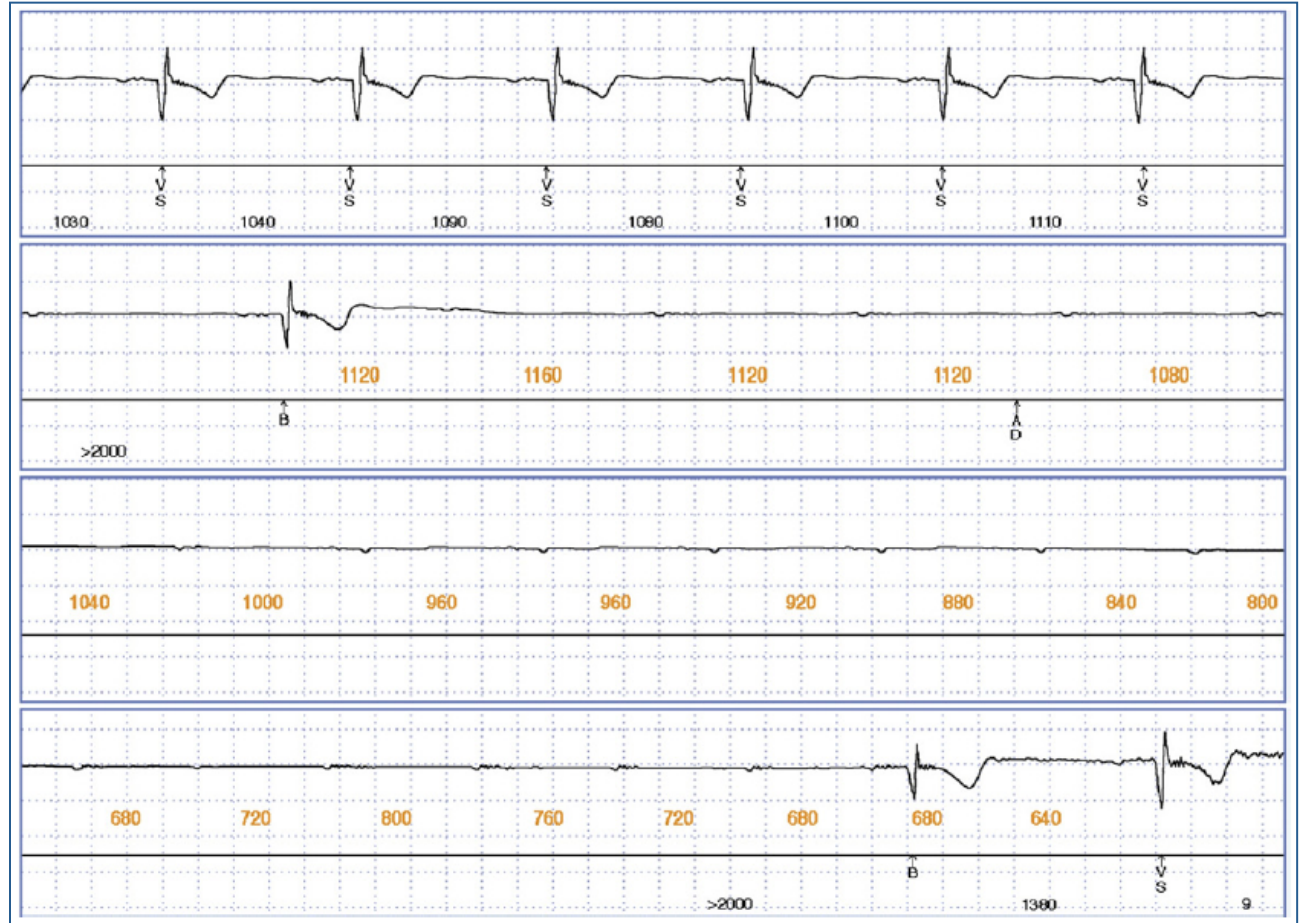
B

Syncope due to « idiopathic paroxysmal AV block »

N = 18 pts with
recurrent syncope and
documented 3°
paroxysmal AVB

Age 55±19 years

- Normal ECG
- Normal EPS
- Positive ATP test 16/18
- No permanent AVB over
a very long FU period



PM 17/18 → No recurrence

Unexplained syncope with no prodromes

N = 15 pts with
recurrent syncope and
no prodromes

Age 61 ± 12

- Normal heart
- Normal ECG
- Positive ATP test 10/15
- Adenosine pattern close to IPA VB patients

Date de prélèvement spécifiée : 15Nov10
Commentaire :

Dysfonctionnement :

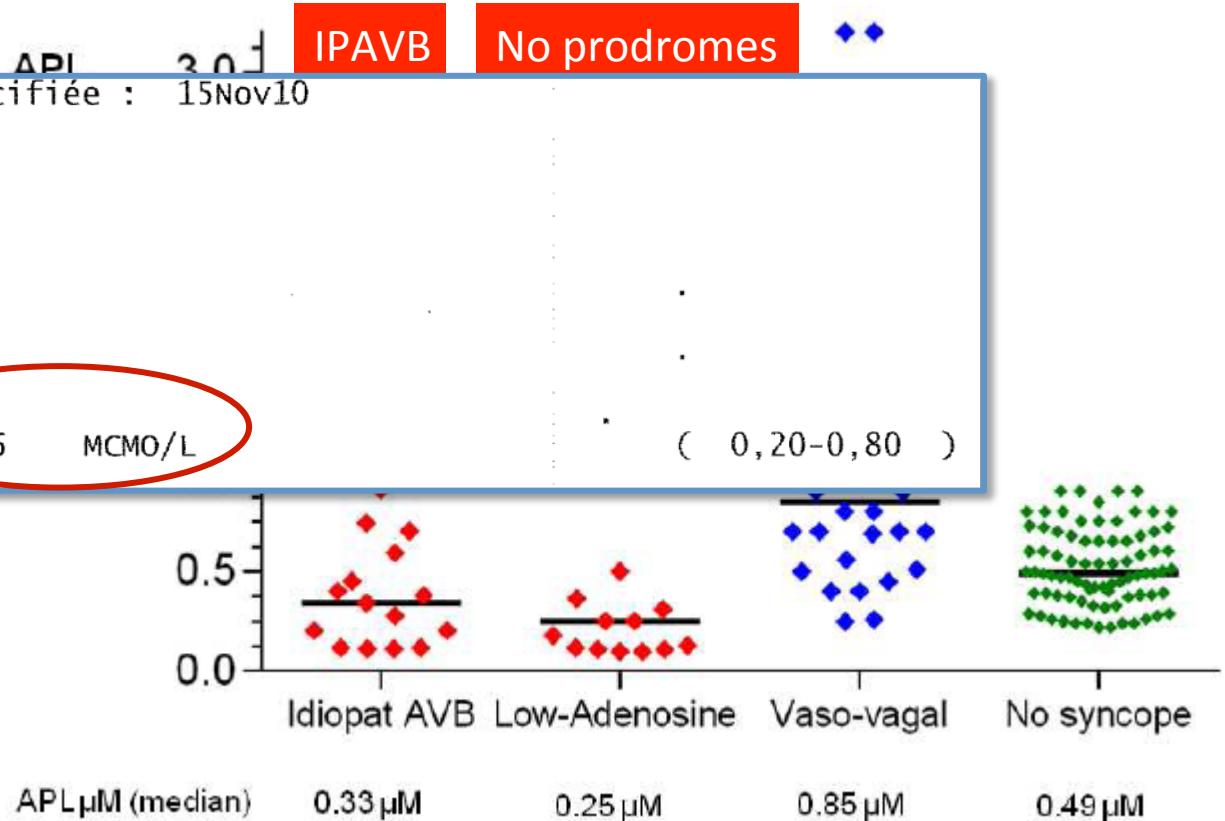
BIOCHIMIE SANGUINE

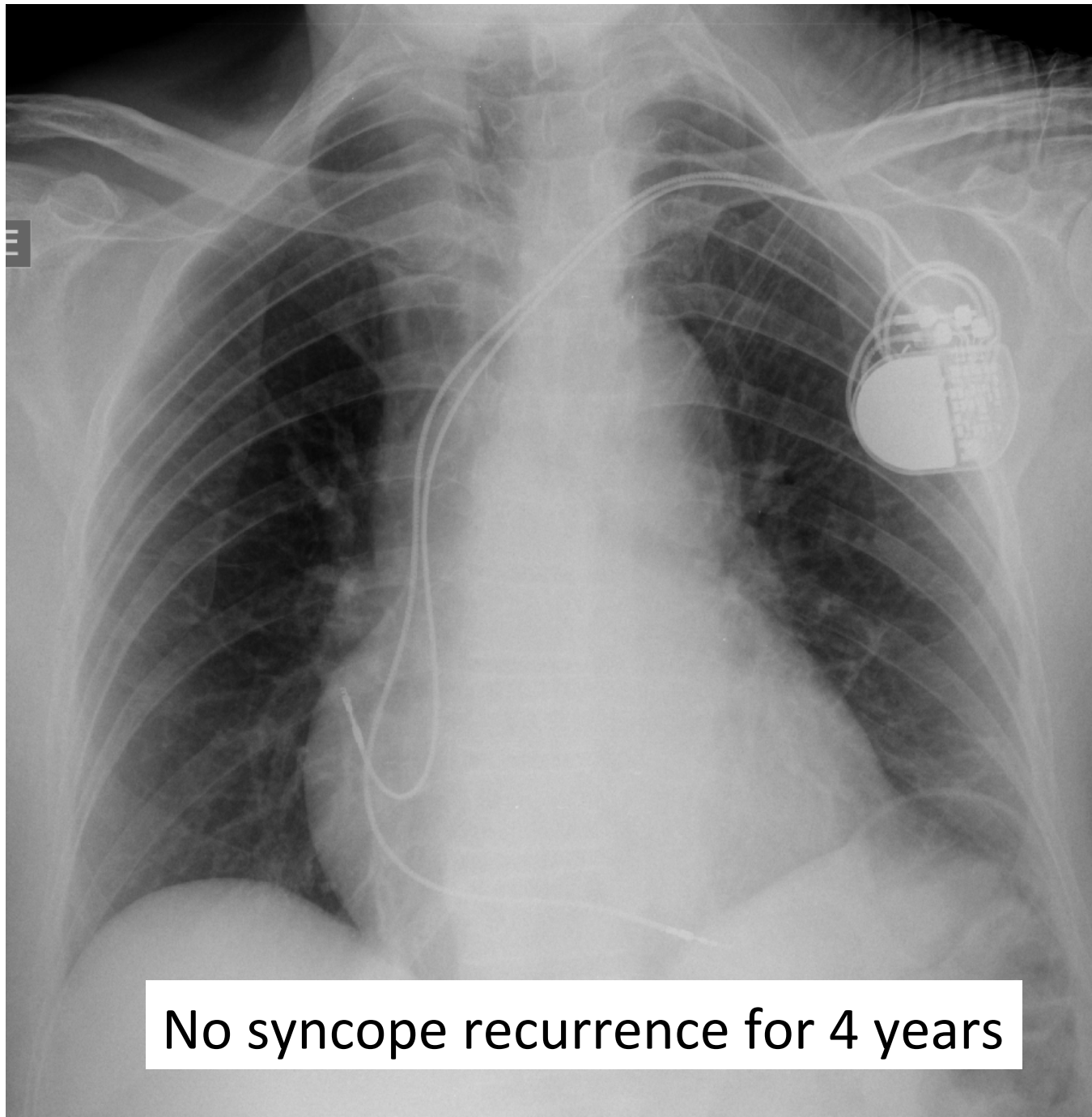
TEMPS -----> ?

ADENOSINE

0,15 MCMO/L

(0,20-0,80)



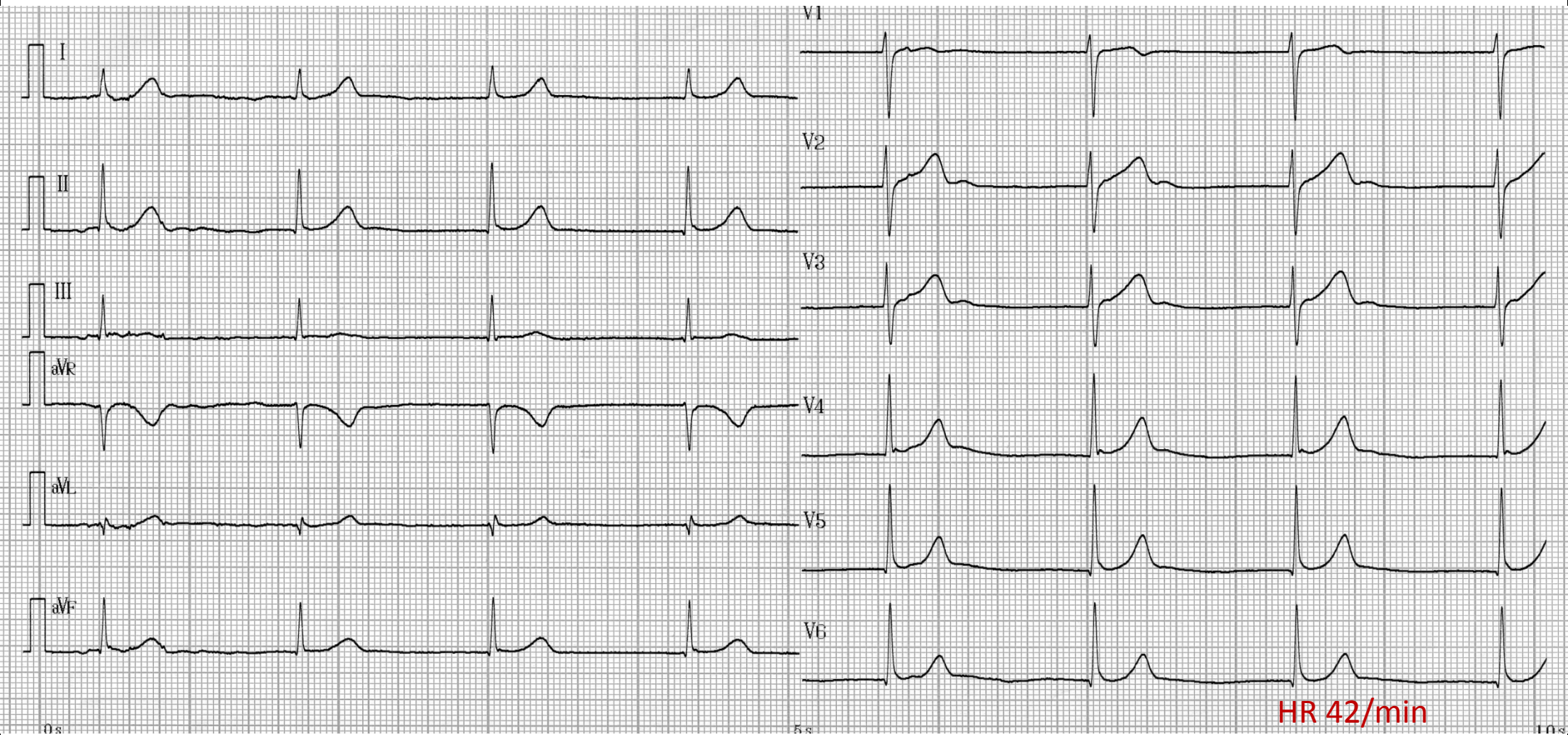


No syncope recurrence for 4 years

Recurrent Severe Syncope and No Prodrome

- 1/ Perform a complete work-up
- 2/ ATP test + Adenosine dosage + Monitoring
- 3/ Then discuss pacing (age, severity of syncope, patient preference...)

Female, 14 y., recurrent syncope (swimming pool, stress...).



Quelles explorations ?

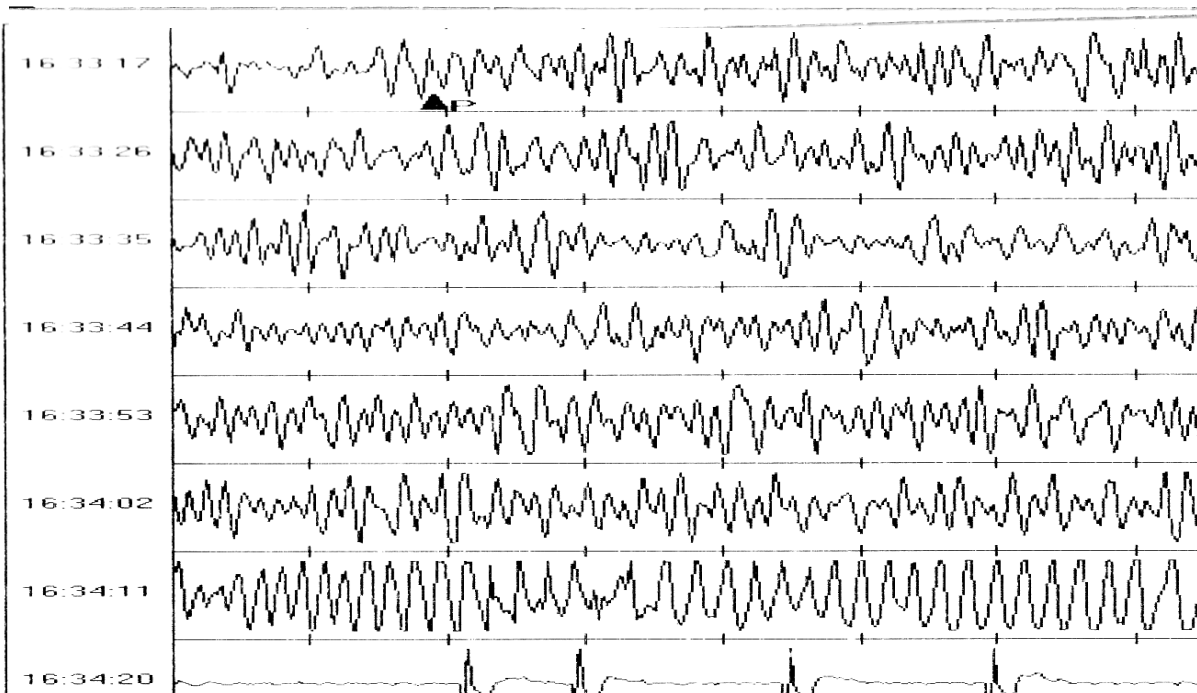
- Epreuve d'effort
- Exploration électrophysiologique
- Enquête génétique
- Autre

Explorations négatives

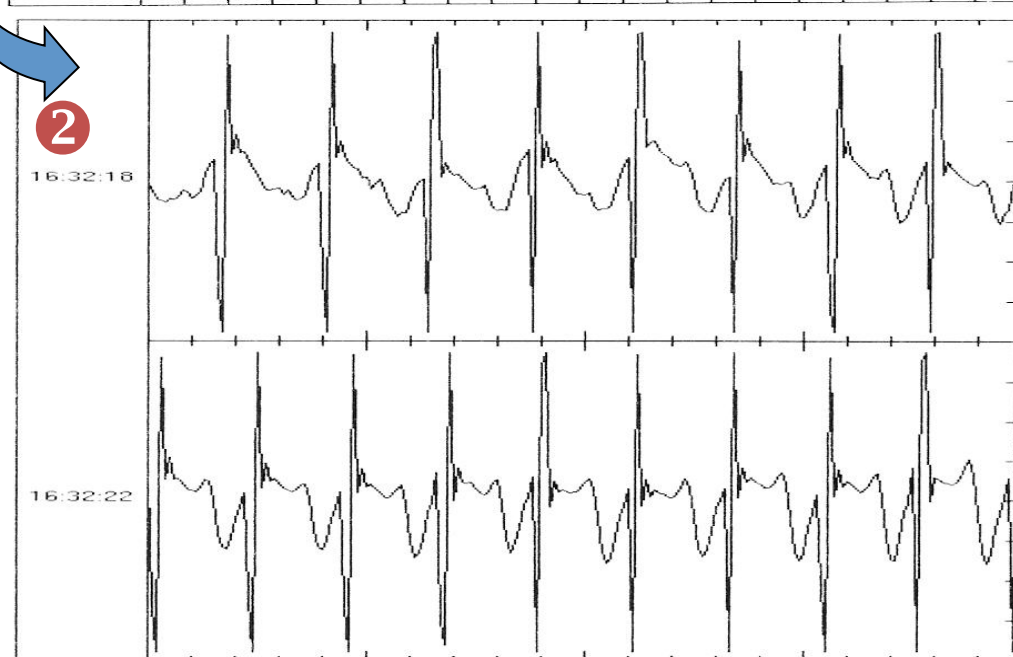
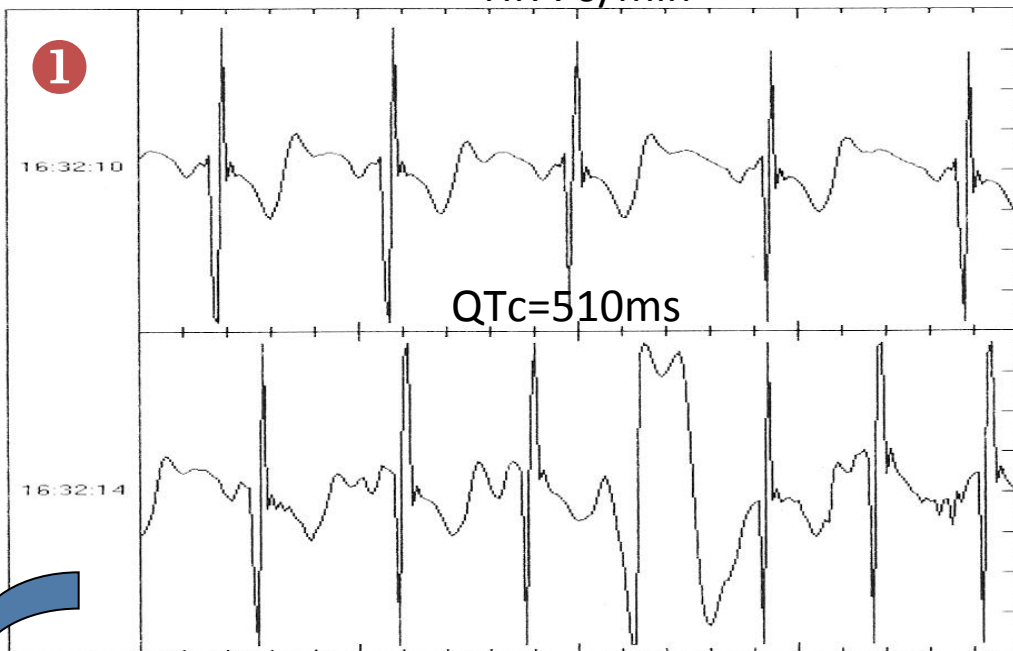
- Pas d'attitude thérapeutique spécifique
- Bêta bloquants
- Autre

Syncope

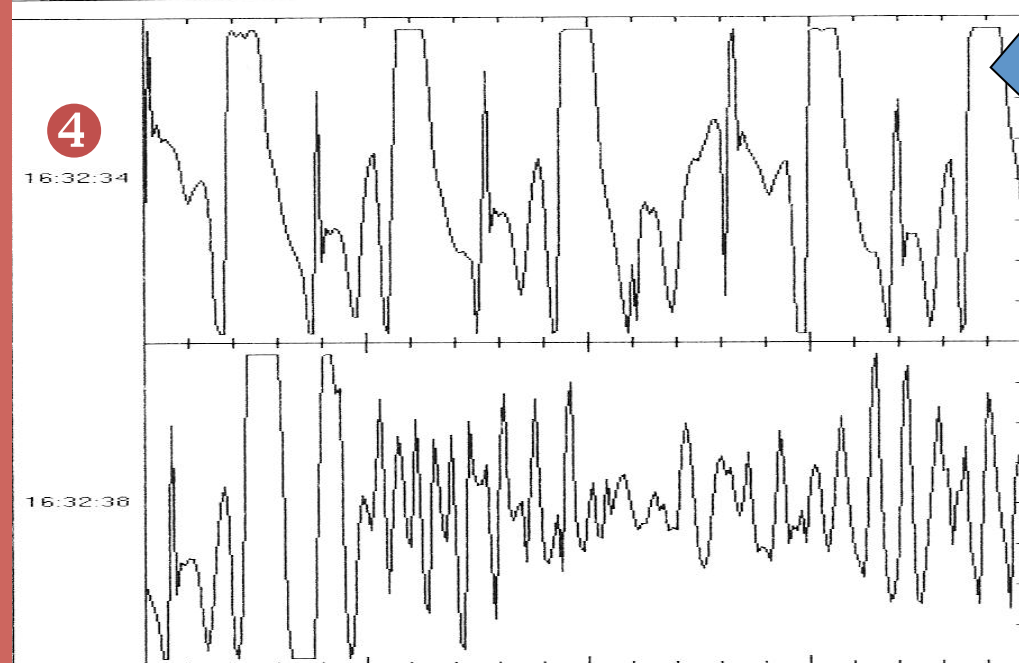
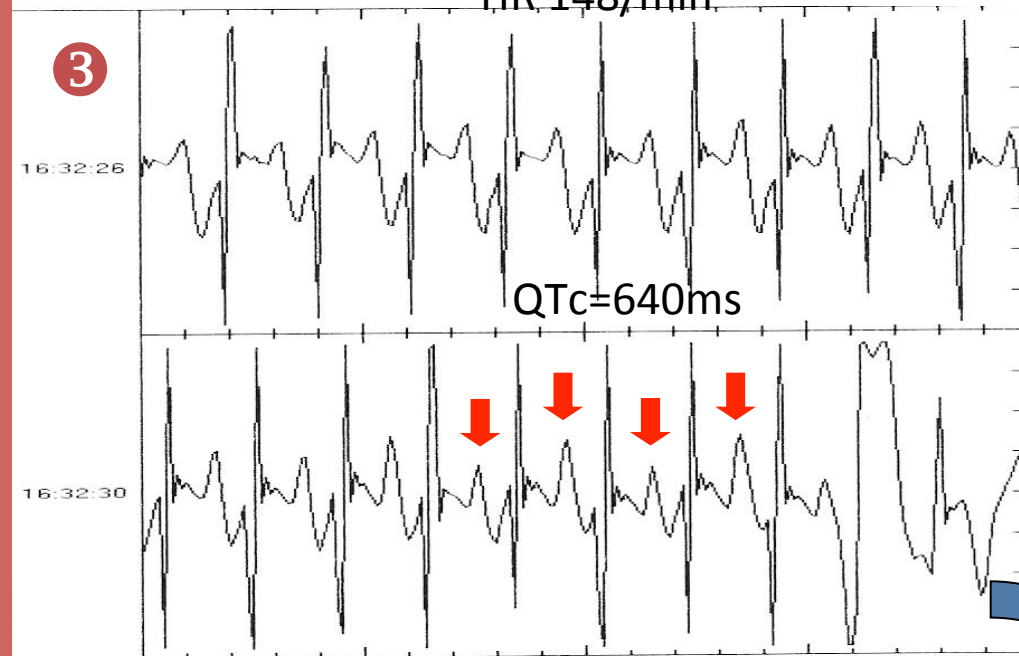
Beta-blockers
« forgotten »



HR 76/min



HR 148/min

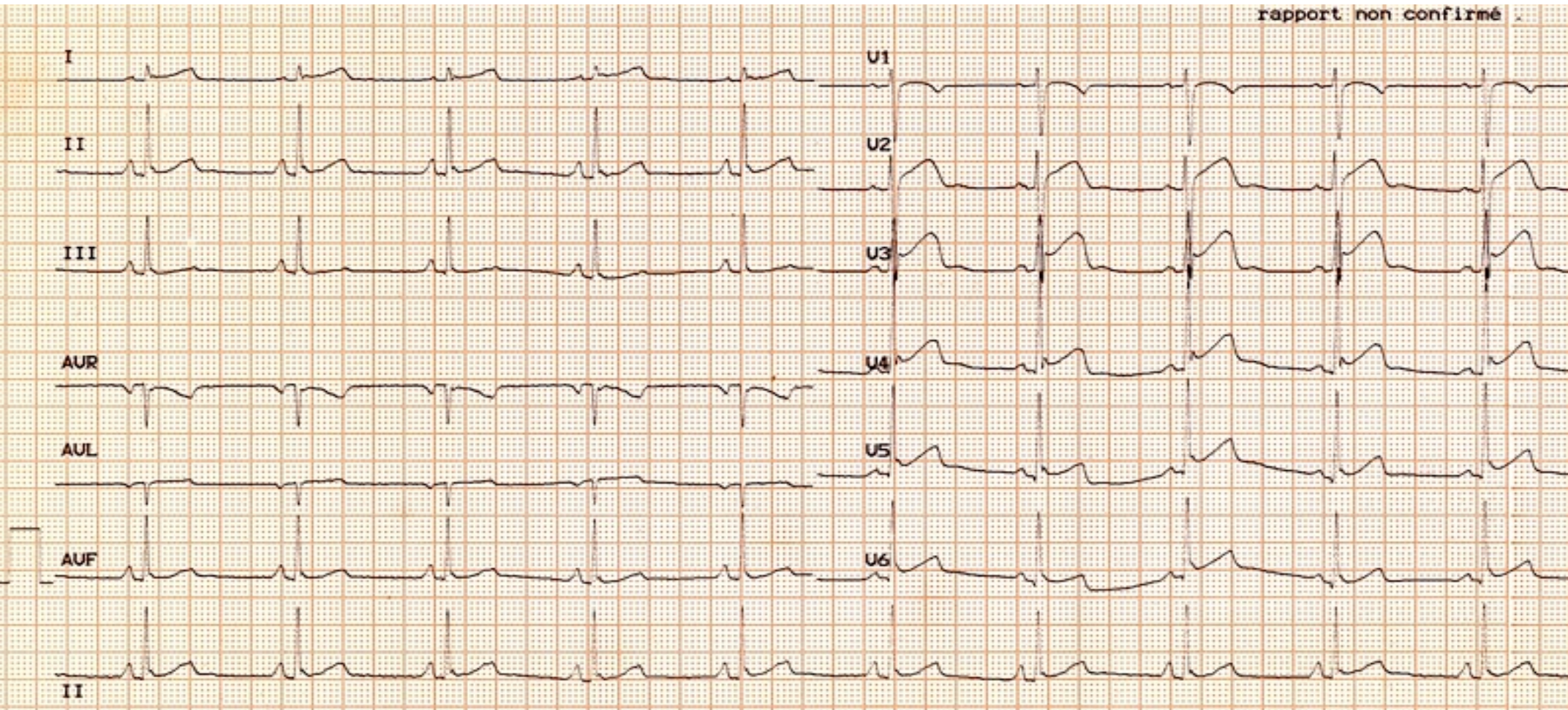


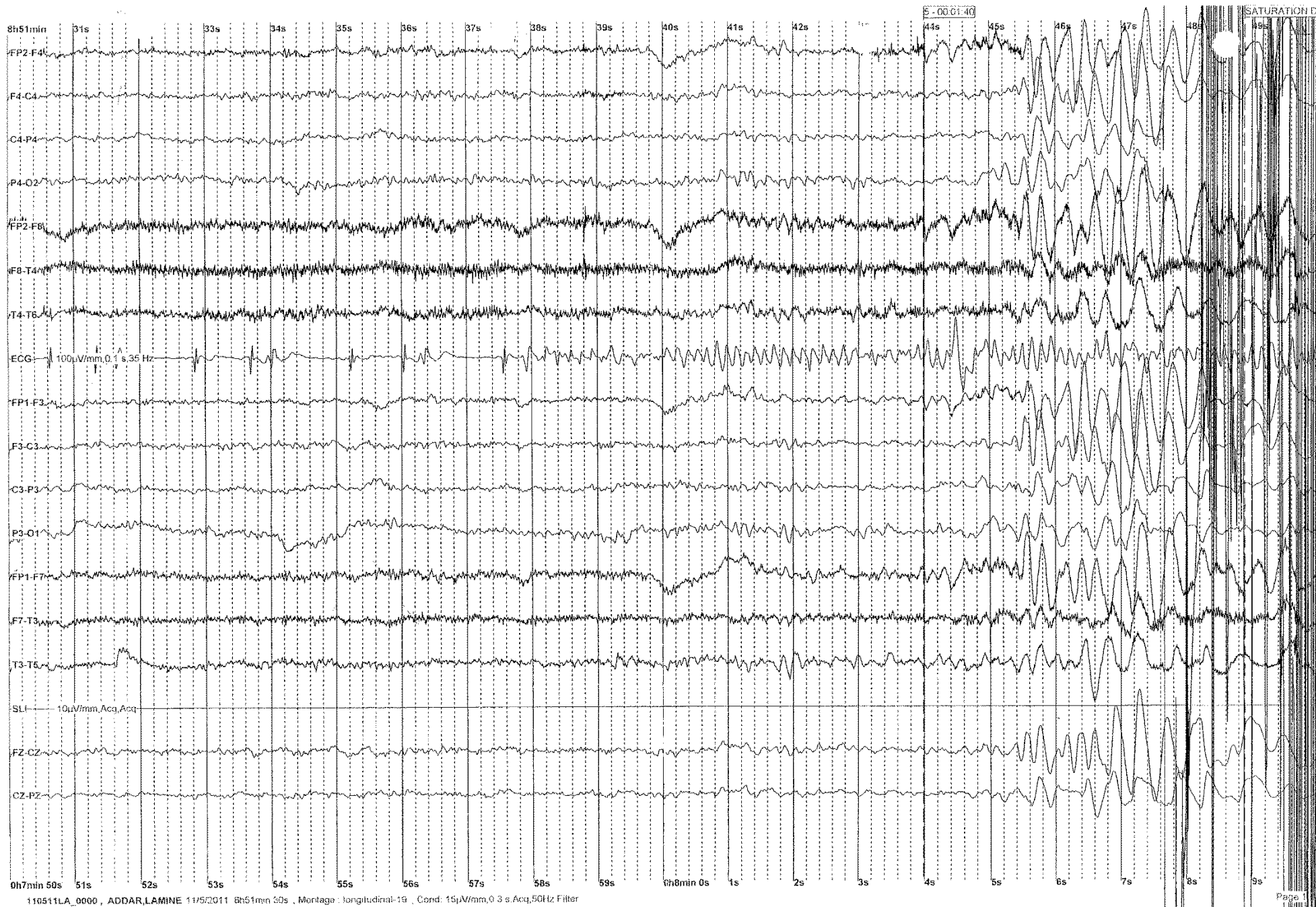
12 ans, syncopes « convulsivantes » à deux reprises
le matin

- Retrouvé par sa sœur inconscient, avec perte d'urines

se rend aux urgences...

12 ans, « épileptique »





Question 1

Parmi les critères suivants, lequel n'est pas en faveur d'une syncope neuro-cardiogénique?

- 1- Histoire familiale de syncopes vagales
- 2- Amnésie de la perte de connaissance
- 3- Clonies
- 4- Traumatisme sévère

Question 2

Parmi les critères suivants, lequel n'est pas en faveur d'un mauvais pronostic à court terme après une syncope?

- 1- Dyspnée
- 2- Anémie
- 3- Hémocult positif
- 4- Sexe féminin

Question 3

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie?

- 1- En présence d'une syncope typique avec BBDt la mise en place d'un PM peut être proposée sans autres explorations
- 2- L'EEP a une excellente valeur prédictive positive pour la détection du BAV paroxystique
- 3- Le moniteur ECG implantable peut être proposé en cas de syncope typique, BBG complet et EEP négative
- 4- Le test à l'Ajmaline ne sert plus à évaluer la conduction lors d'une EEP

Question 4

Concernant les syncopes vagales (une seule vraie)

- 1- Les bêta bloquants ont fait la preuve de leur efficacité chez le jeune
- 2- La Midodrine agit par effet vasoconstricteur
- 3- La stimulation cardiaque est efficace sur les formes cardionhibitrices au test d'inclinaison
- 4- Les manœuvres de contre-pression s'adressent avant tout aux patients sans prodromes ou à prodromes très brefs

Question 5

Après une syncope (une seule vraie)

- 1- La conduite est autorisée à la sortie de l'hôpital après pose d'un PM
- 2- La conduite est autorisée à la sortie de l'hôpital après pose d'un DAI
- 3- la conduite est contre-indiquée si la syncope est inexpliquée
- 4- Les syncopes vagales sévères contre-indiquent la conduite