

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 cardioinhibitrices 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



Prise en charge des syncopes



Jean-Claude Deharo, Marseille

Syncope events/visits per 1000 patient-years

General population
18.1 – 39.7



General practice
9.3



ED
0.7

30-40% des sujets
auront une syncope
dans leur vie

Classification

Neurocardiogéniques

- SVV
- HRSC
- Situationnelles
 - Toux
 - Défécation
 - Déglutition

HypoTA orthostatique

- Iatrogènes
- Hypovolémie
- Dysautonomiques

Arythmiques

- Bradycardie
 - BAV / DS
- Tachycardie
 - TSV / TV

Maladies Cardiaques ou Pulmonaires

- Rétéciss^t Aortique / CMH
- EP / HTAP
- IDM

Critères diagnostiques – Evaluation initiale

- **Syncope neuro-cardiogénique :**
 - **Pas de cardiopathie**
 - **Longue histoire de syncopes**
 - **Facteurs déclenchants**
 - **Position debout prolongée, chaleur, atmosphère surpeuplée**
 - **Nausées et vomissements**
 - **Après les repas**
 - **Après l'exercice**
 - **Rotation de la tête, pression glomus**

Critères diagnostiques – Evaluation initiale

- **Syncope d'origine cardiaque :**
 - **Cardiopathie sévère**
 - **Exercice ou couché**
 - **Palpitations**
 - **TV suspectée (TVNS, ins cardiaque)**
 - **BBB, BAV 2° Mobitz I, BS<50/mn**
 - **WPW, QT long, DAVD, Syndrome de Brugada**

Stratification du risque

- **Mauvais pronostic**
 - **Cardiopathie**

- **Bon Pronostic**
 - **Jeune, cœur sain, ECG normal**
 - **Syncopes neuro cardiogéniques**
 - **Hypotension orthostatique**
 - **Syncope inexpliquée**

Scores de risque à court terme

Short-term risk (1 week to 1 month).

Study	Clinical markers
San Francisco [18]	Abnormal ECG, low blood pressure, CHF, SOB, hematocrit <30%
Rose rule [19]	Abnormal ECG, elevated BNP, chest pain, fecal blood
STePS [21]	Abnormal ECG, trauma, no warning, male gender

ECG, echocardiography; CHF, congestive heart failure; SOB, shortness of breath; BNP, brain natriuretic peptide.

Haut risque à court terme

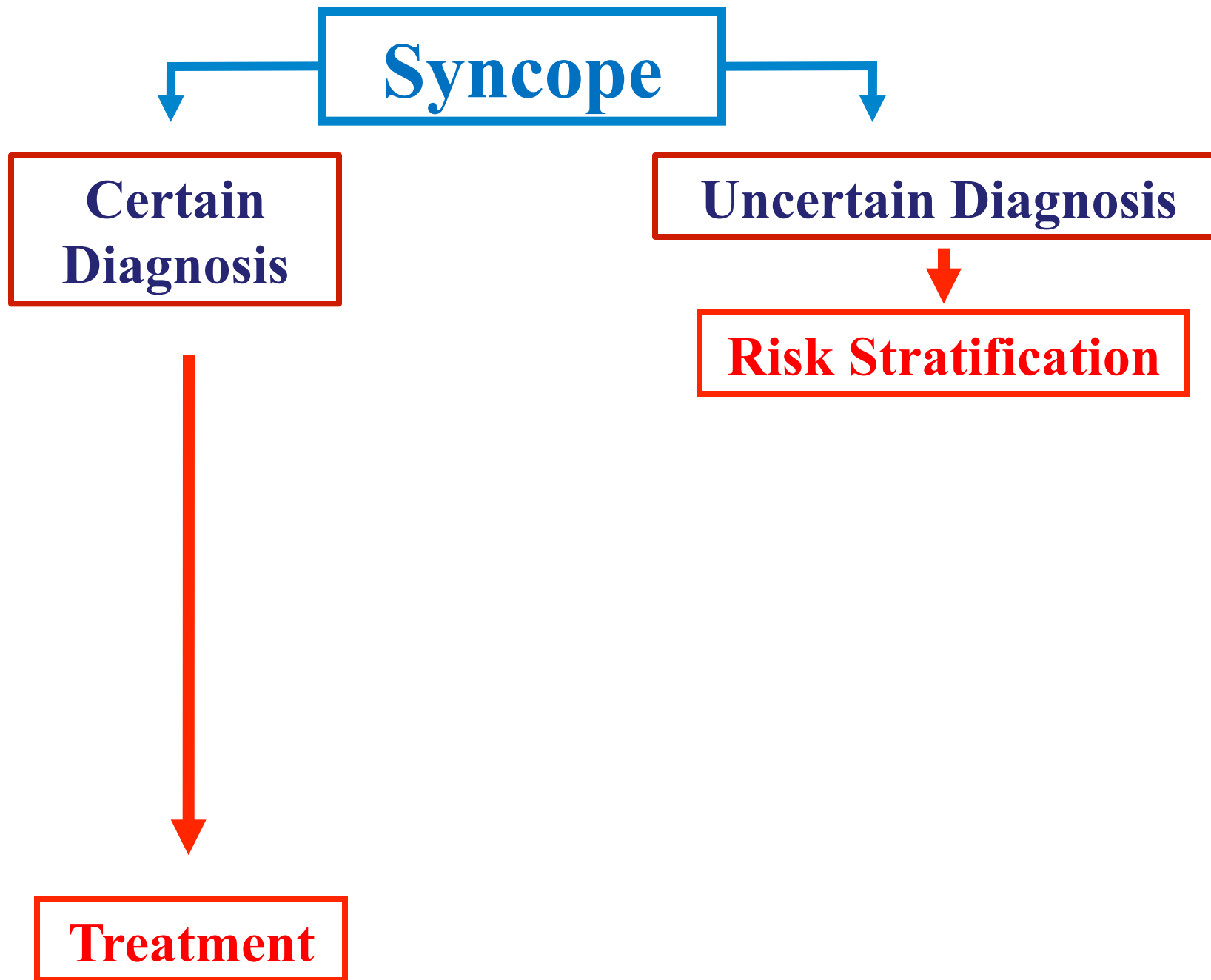
- 1) ACS or symptoms suggestive of ACS associated with syncope i.e. chest pain or shortness of breath.
- 2) Evidence of CHF at the time of presentation or a history of it.
- 3) History of structural heart disease.
- 4) Abnormal ECG.
- 5) Anemia.
- 6) Hemodynamic instability.

Scores de risque à plus long terme

Longer-term.

Study	Clinical markers
Martin et al. [22]	Abnormal ECG, CHF, SOB, ventricular arrhythmia, age >45 years
OESIL score [23]	Abnormal ECG, age >65 years, history of cardiovascular disease, no warning
EGSYS [24]	Palpitation before event, abnormal ECG or heart disease, syncope during effort, syncope supine

ECG, echocardiography; CHF, congestive heart failure; SOB, shortness of breath.



- High risk patients :
 - Situations in which there is a clear indication for ICD independently of the symptom
 - Severe structural heart disease
 - Palpitations, Syncope at exertion or supine
 - Family history of SCD
 - ECG features suggesting an arrhythmic syncope: BBB, Sinus bradycardia, WPW, channelopathies (Brugada, ARVD, Long/Short QT)
 - Severe comorbidities



Quand hospitaliser ?

Severe structural heart disease or coronary heart disease:

- Heart failure
- Low left ventricular ejection fraction
- Previous myocardial infarction

Clinical features suggestive of arrhythmic syncope:

- Syncope in supine position
- Syncope during exertion
- Palpitations associated with syncope
- Family history of sudden cardiac death

Electrocardiographic findings suggesting arrhythmic syncope:

- Nonsustained ventricular tachycardia
- Bifascicular block (left bundle branch block or right bundle branch block combined with left anterior or posterior fascicular block)
- Other intraventricular conduction abnormalities with QRS complex duration >120 ms
- Inadequate sinus bradycardia (<50 bpm) or sinoatrial block in absence of negative chronotropic medications (e.g. beta-blockers or nondihydropyridine calcium channel blockers) or physiologic bradycardia associated with physical training
- Pre-excited QRS complex
- Prolonged or short QT interval
- Right bundle branch block pattern with ST elevation in leads V1–V3 (Brugada pattern)
- Negative T waves in right precordial leads, epsilon waves and ventricular late potentials suggestive of arrhythmogenic right ventricular dysplasia

Important co-morbidities:

- Severe anemia
- Electrolyte abnormalities