

Journées des filières RESURCOR – RENAIR
29.11.2018



Reco ESC 2018 sur la syncope pour l'urgentiste

Dr FREY Pierre

pfrey@ch-annecygenevois.fr

RE.N.A.U.

Cardiologie - CH Annecy





DÉCLARATION DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

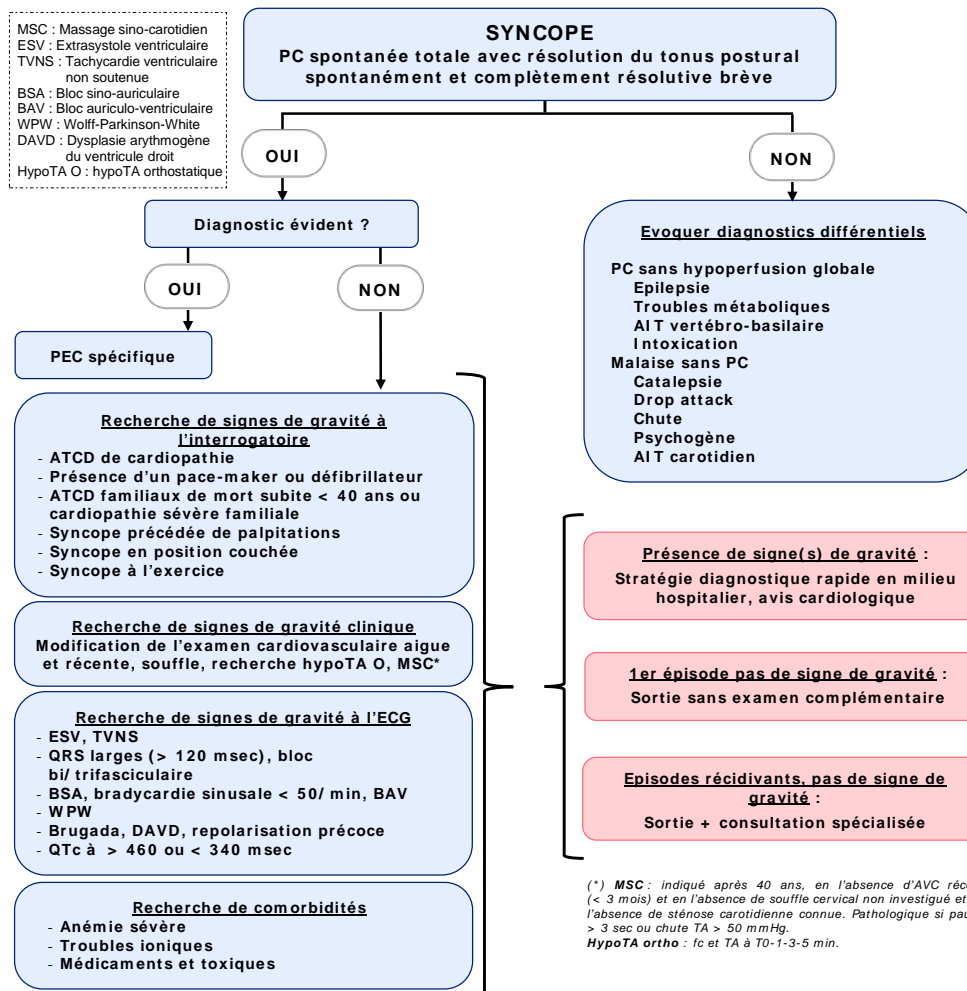
☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer



PRISE EN CHARGE D'UNE SYNCOPÉ DE L'ADULTE

REDACTION : Bureau RESURCOR - Rythmologie
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2018



Références :

- HAS Mai 2008, Pertes de connaissances brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes.
- Guidelines for the diagnosis and management of syncope : the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2009 Nov;30(21) :2631-71.



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2018) **39**, 1883–1948
doi:10.1093/eurheartj/ehy037

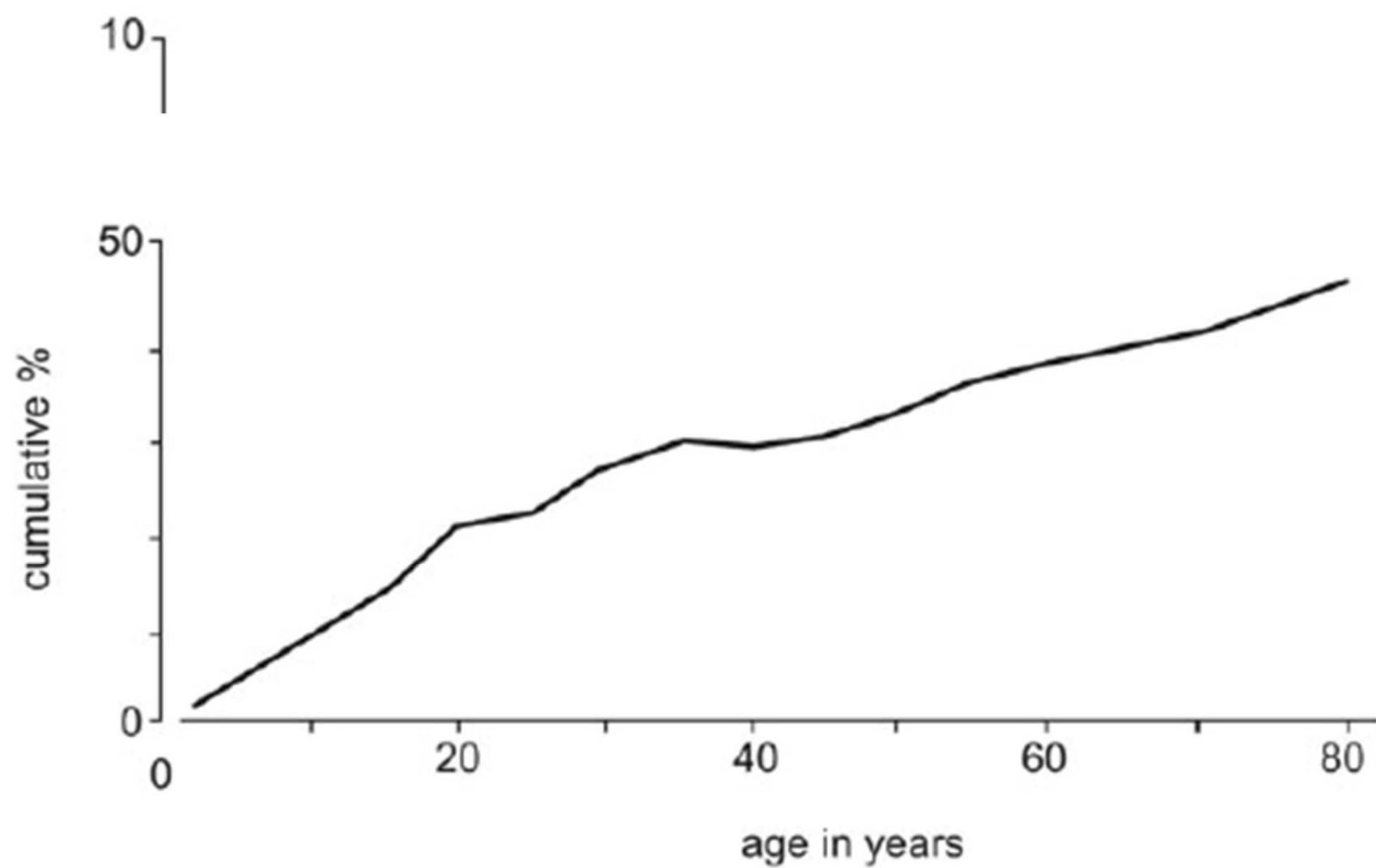
ESC GUIDELINES

2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope

The Task Force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA)

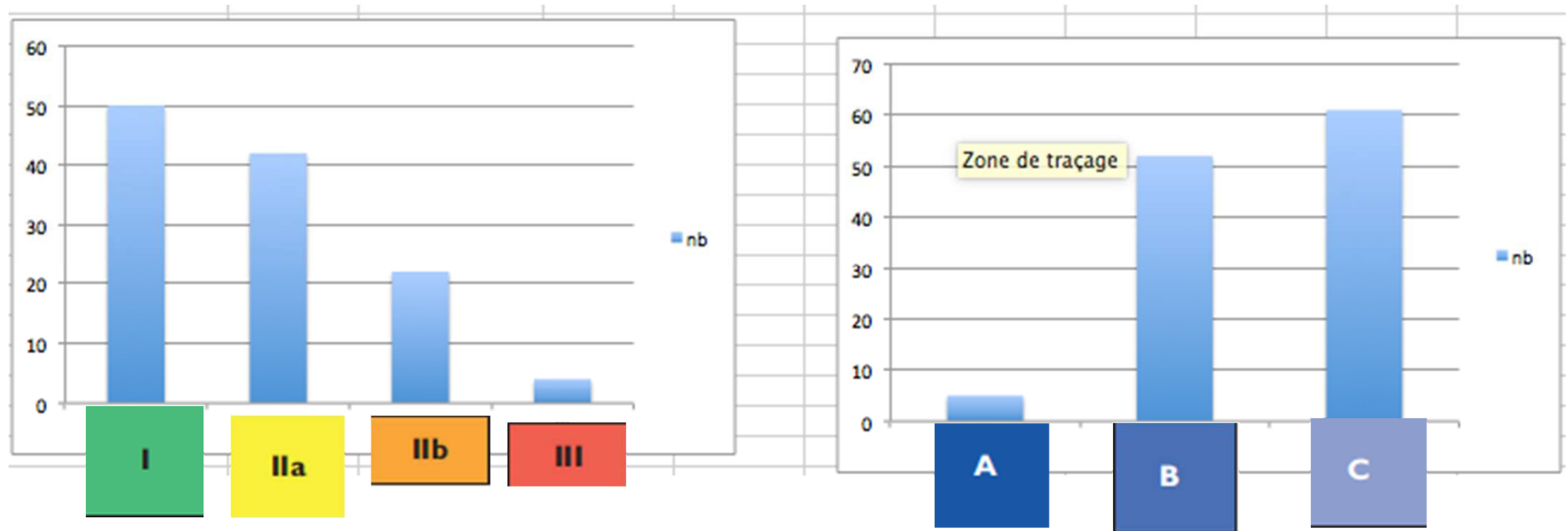
age of first faint



Epidemiologie

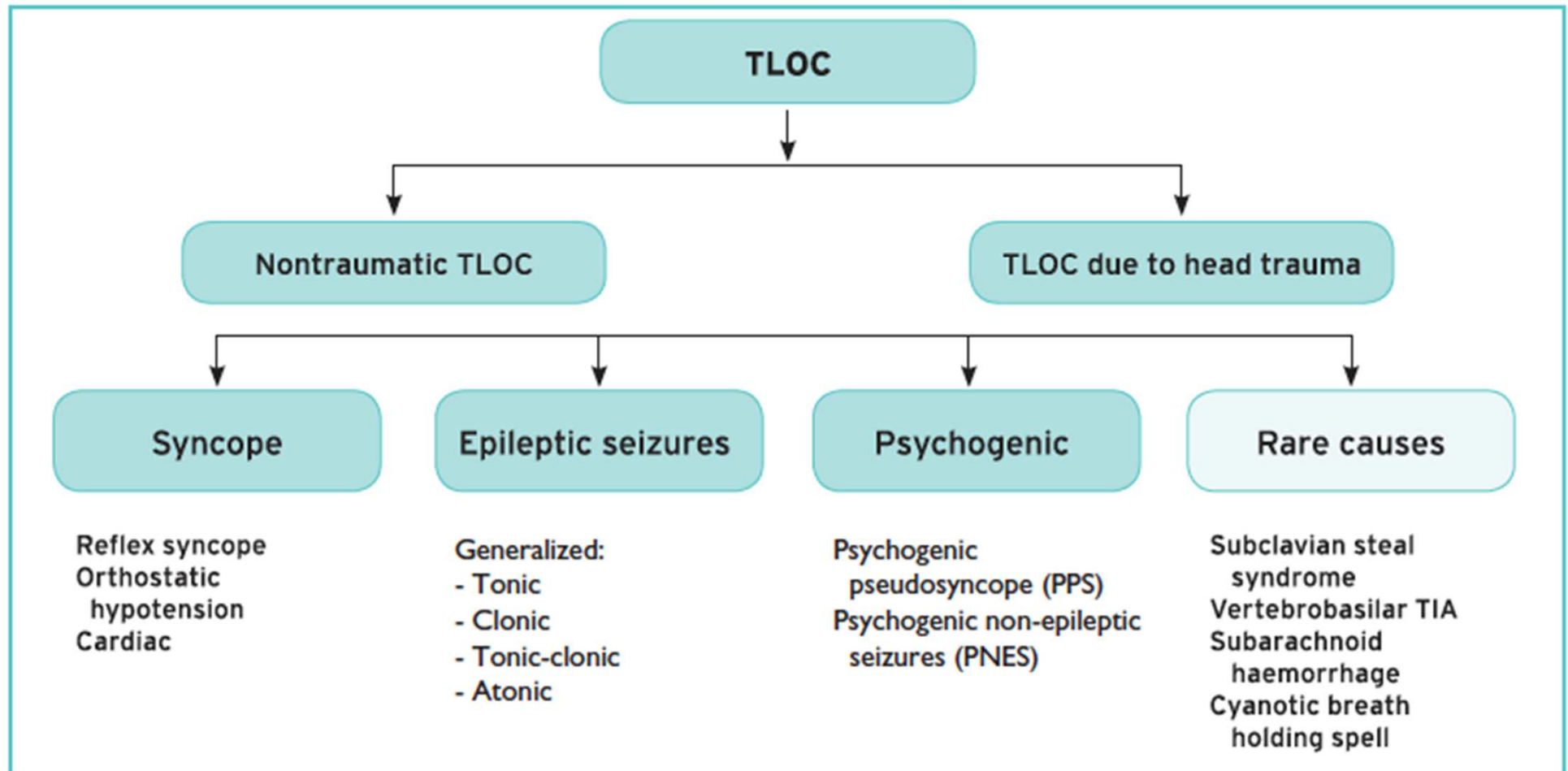
- >1% des causes d'admissions aux urgences
 - >50% d'hospitalisations
- Taux de diagnostic 75%
- Récurrence : 0,3% 1 mois, 22% 2 ans
- Le pronostic dépend de la cause de la syncope que de la syncope elle-même
- Cardiopathie = facteur pronostic le plus important dans la syncope
- Patients jeunes sans cardiopathie structurelle ou électrique ont un bon pronostic

Répartition des recommandations



118 recommandations

Définitions



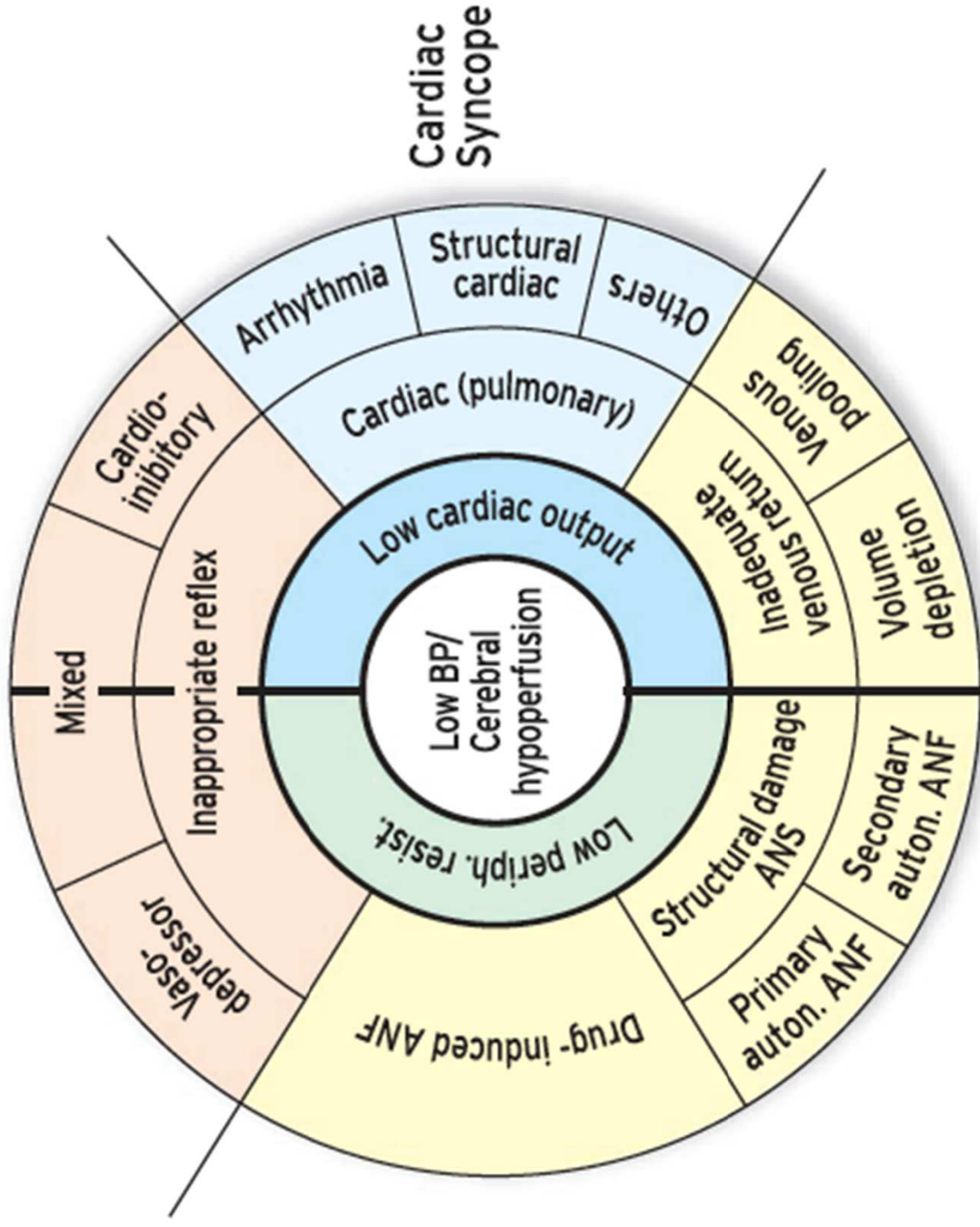
Classification des syncopes

- Reflexe :
 - Vasovagale (orthostatique, émotionnelle..)
 - Situationnelle (mictio, défécation, toux, post exercice)
 - Carotid Sinus Syndrome
- Hypotension orthostatique
 - Médicaments vasodilatateurs
 - Hypovolémie
 - Dysautonomie primaire ou secondaire

Classification des syncopes

- Cardiaques :
 - Arythmies
 - Bradycardies
 - Tachycardies
 - Maladie structurelle (hémodynamiques)
 - RAC serré, IDM, CMH, tamponnade, obstruction par masse intracardiaque, dysfonction prothèse
 - Embolie pulmonaire, dissection aortique, HTAP

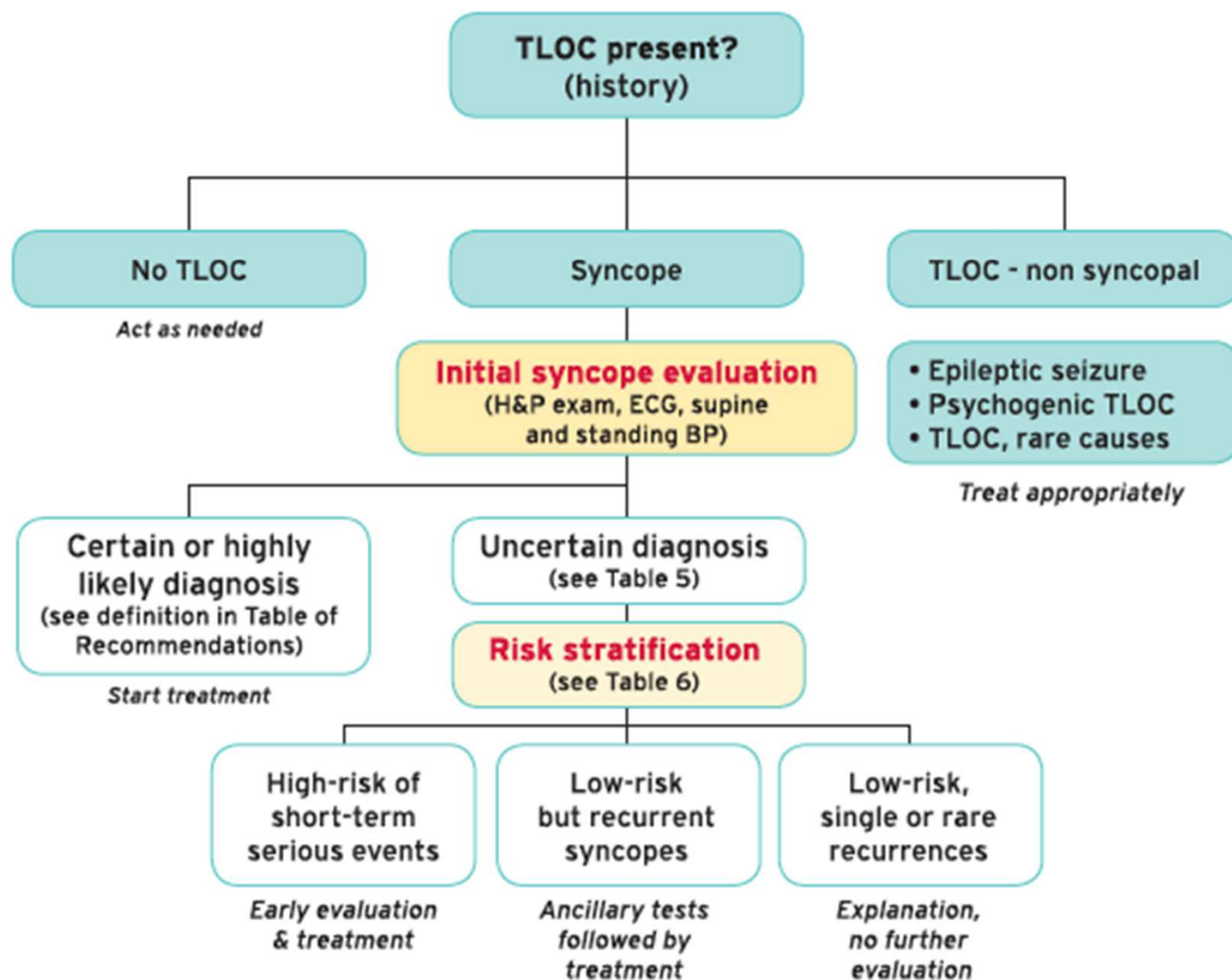
Reflex Syncope

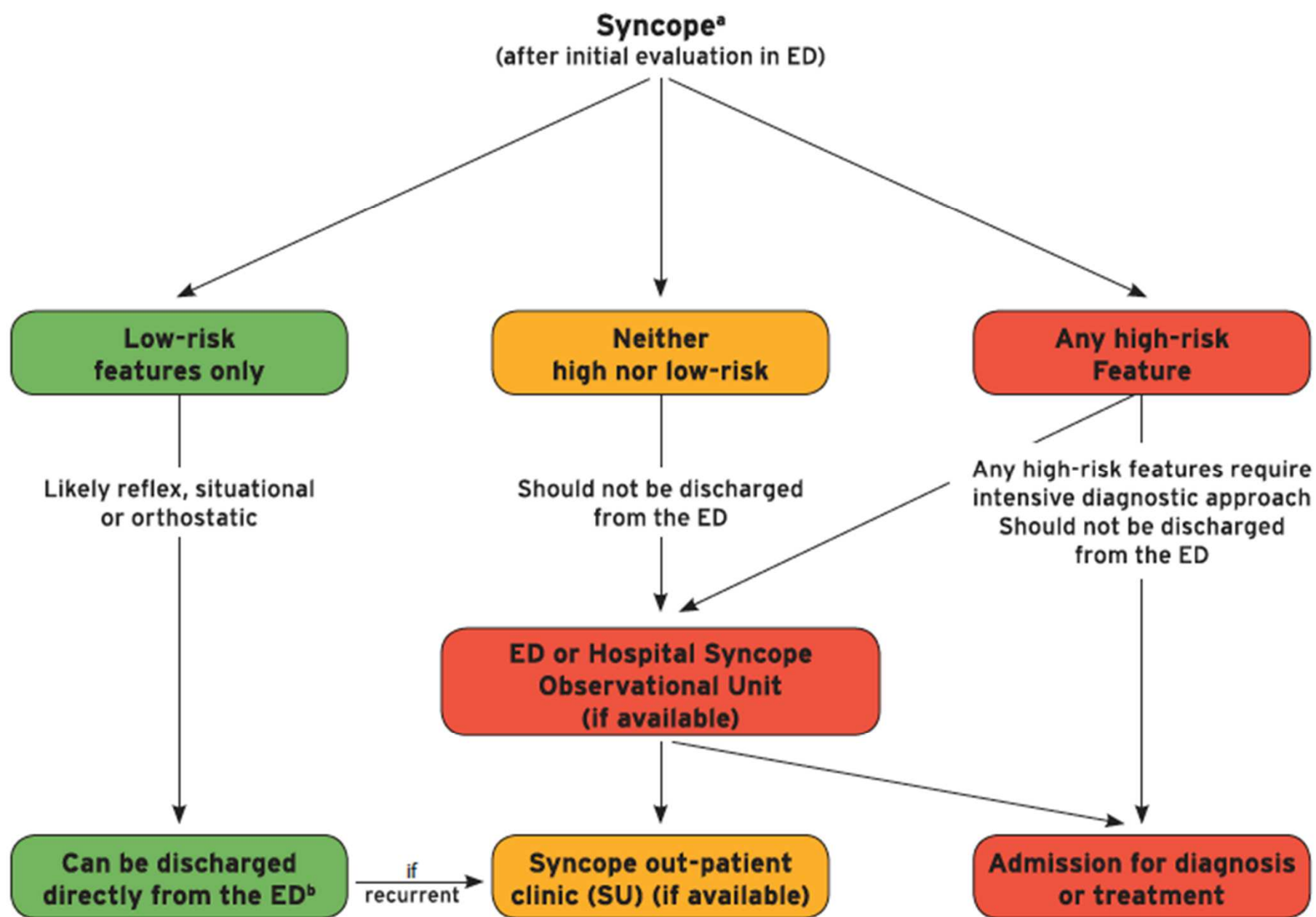


Orthostatic Hypotension

Presentation of patient with probable TLOC

(may include ambulance or referral data)





Prise en charge globale de la syncope :

L'Unité Syncope

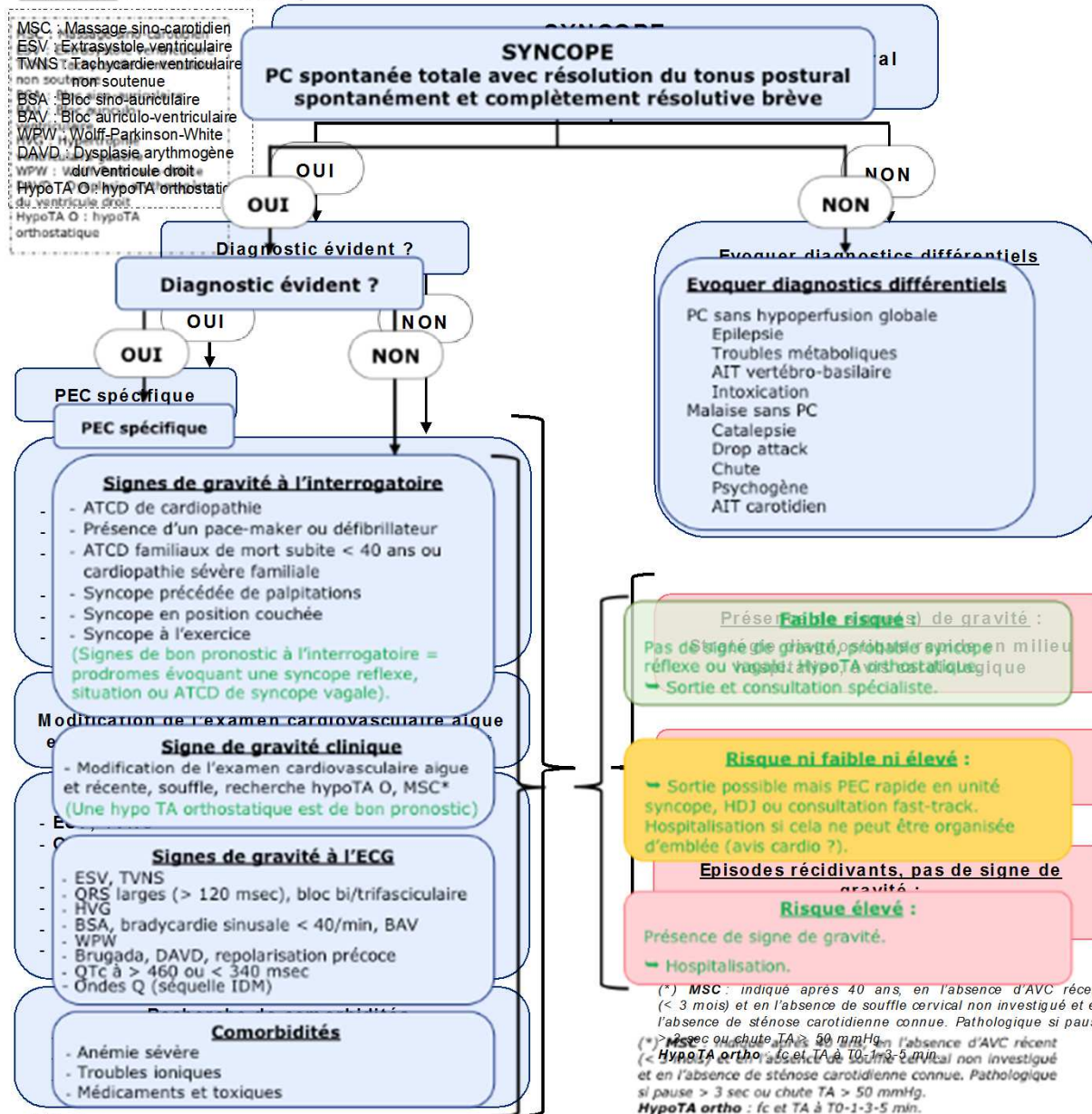
- Organisation standardisée au sein d'un service pour le diagnostic et la gestion des TLOC
- Médecins de différentes spécialités / paramédicaux / IDE d'éducation
- But améliorer l'efficacité diagnostique (jusqu'à 80%) en facilitant l'accès aux différentes explorations
- Permet une cs « fast track » ou prise en charge ambulatoire rapide
- diminue les récurrences, le nombre d'hospitalisation, le nombre de jours d'hospitalisation par patient
- 5 unités syncopes en France



PRISE EN CHARGE D'UNE SYNCOPÉ DE L'ADULTE

REDACTION : Bureau RESURCOR - Rythmologie
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2018
MAJ du 01/01/2019



Références :

- HAS Mai 2008, Pertes de connaissances brèves de l'adulte prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes.
- Guidelines for the diagnosis and management of syncope: the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2009 Nov;30(21):2631-71.

merci

Du temps pour quelques ECG ?

26-Nov-2018 16:41

ID: _____
 Nom: _____
 Sexe: _____ Date naiss: _____ Ans _____
 cm kg mmHg
 Médicament: _____
 Symptômes: _____
 Historique: _____

Fréquence ventriculaire 67 bpm
 Intervalle PR 218 ms
 durée QRS 138 ms
 int. QT/QTc 444/ 459 ms
 axe P/QRS/T 55/ -60/ 108 °
 ampl RV5/SV1 0.405/ 1.225 mV
 ampl RV5+SV1 1.630 mV

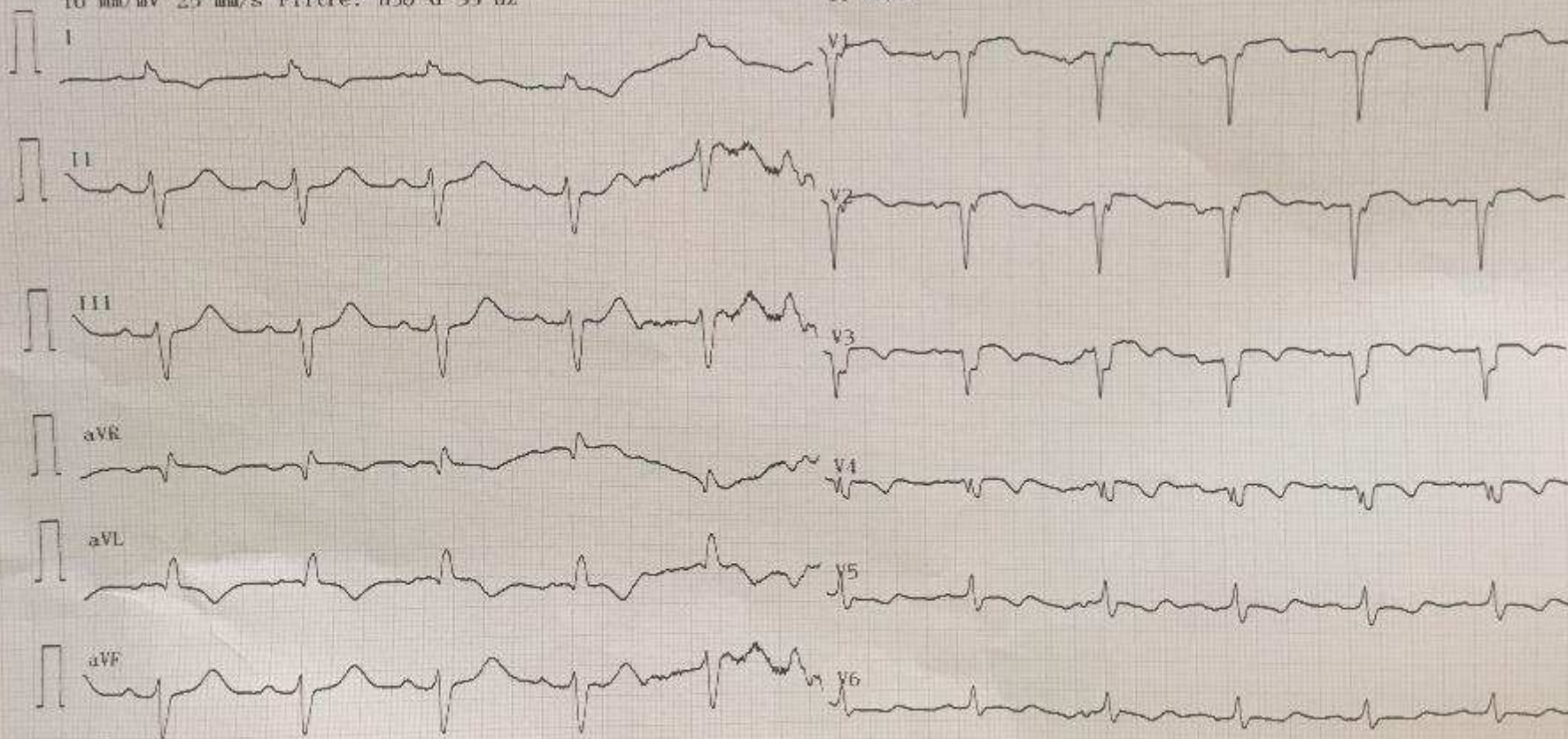
H 70 ans
 IDM
 Defibrillateur

1100 Rythme sinusal
 2231 Bloc AV du 1er degré
 2330 Bloc de conduction intraventriculaire non spécifique
 3132 Infarctus du myocarde antérieur, probablement récent
 7200 Déviation axiale gauche anormale
 0102 ARTEFACT PRÉSENT
 9150 ** ECG anormal**

Rapport non confirmé
 Revu par: _____

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

10 mm/mV



Exam: CH ANNECY

26-Nov-2018 16:19

Ans
entrée M31c

1922 Rythme indéterminé (tachycardie)
2330 Bloc de conduction intraventriculaire non
spécifique
3534 Infarctus du myocarde latéral, ancienneté
indéterminée
9150 ** ECG anormal**

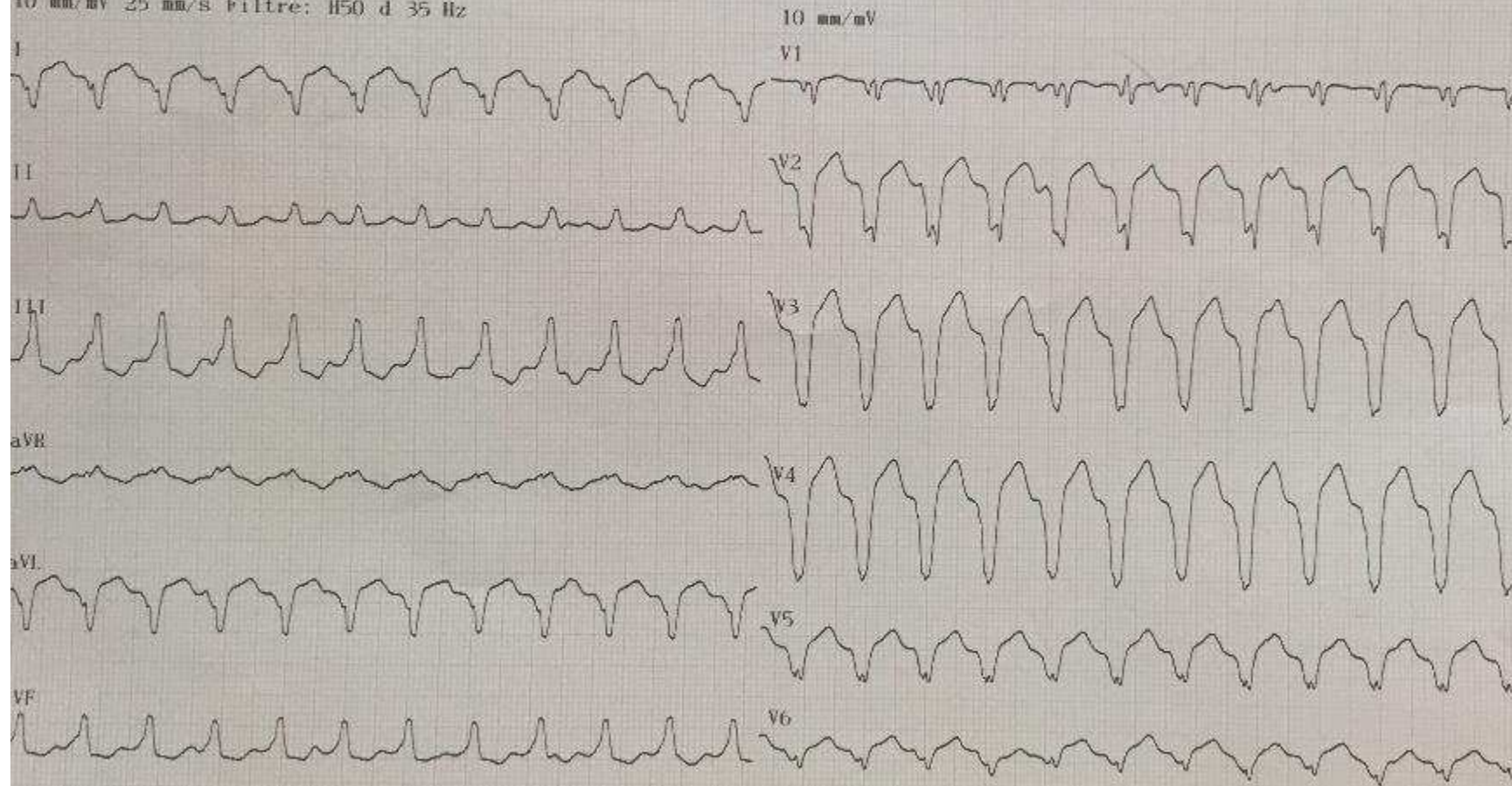
oriqu:

ence ventriculaire 140 bpm
valle PR **** ms
QRS 176 ms
QT/QTc 390/ 472 ms
T/QTc ****/ 126/ -11
RV5/SV1 0.000/ 0.340 mV
RV5+SV1 0.340 mV

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

Rapport non confirmé
Revu par:

TV sur séquelle d'IDM



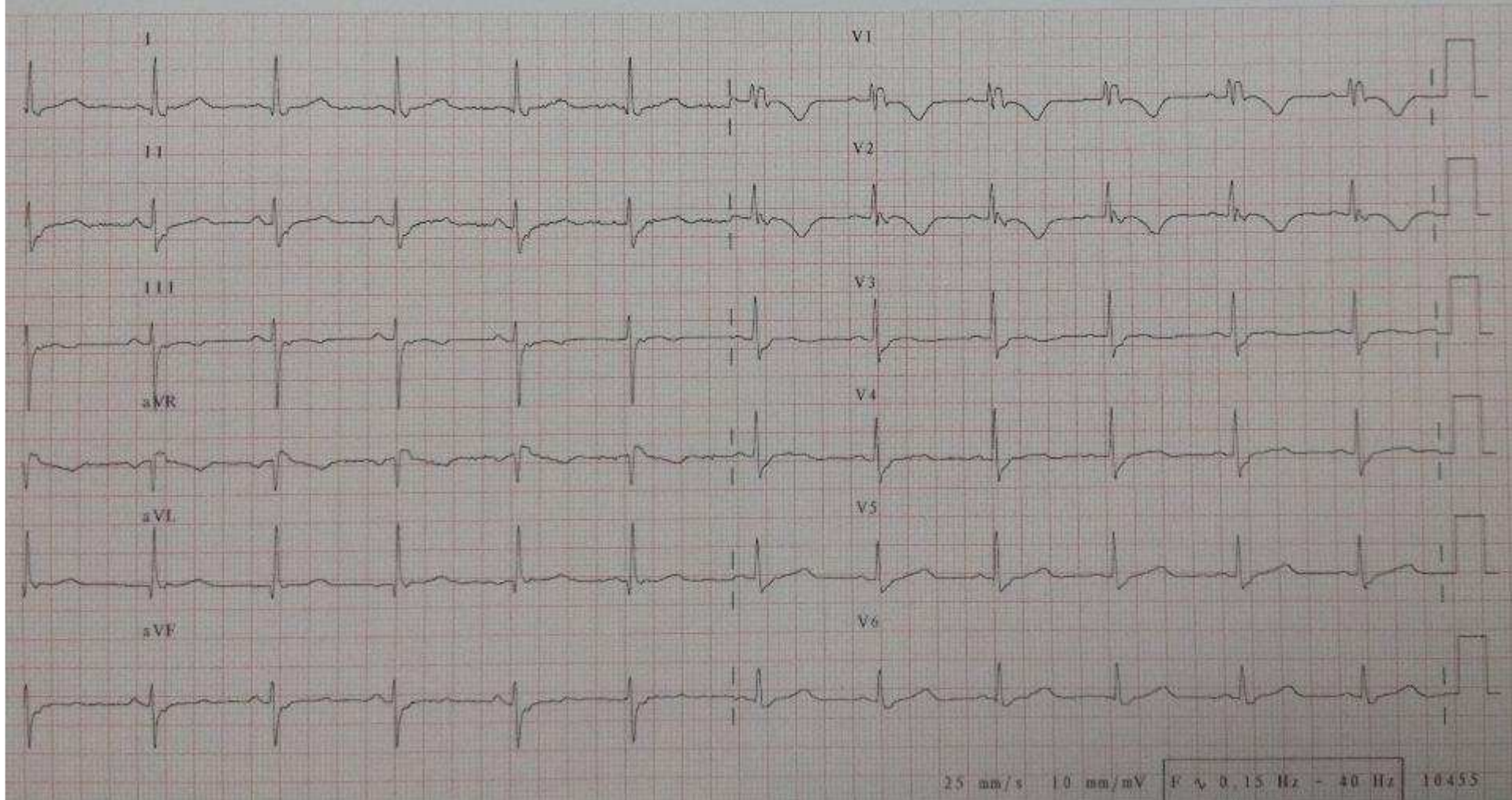
05-03 03-05 Service:

Exam: CH ANNECY

Femme 50 ans
ATCD Familial

Aspect BBDt incomplet
T negatives V1 V2 V3
Onde epsilon

TV SUR DAVD



ID:

Nom:

1-Jun-2017 15:42

Sexe:

Date naiss:

Ans

1100 Rythme sinusal

cm

kg

mmHg

9110 ** ECG normal **

Médicament:

Symptômes:

Historique:

ECG d'urgence

Fréquence ventriculaire 79 bpm
 Intervalle PR 156 ms
 durée QRS 82 ms
 int. QT/QTc 370/405 ms
 axe P/QRS/T 49/-3/35 °
 ampl RV5/SV1 0.430/0.705 mV
 ampl RV5+SV1 1.135 mV

H 72 ans

Syncope il y a 1 an

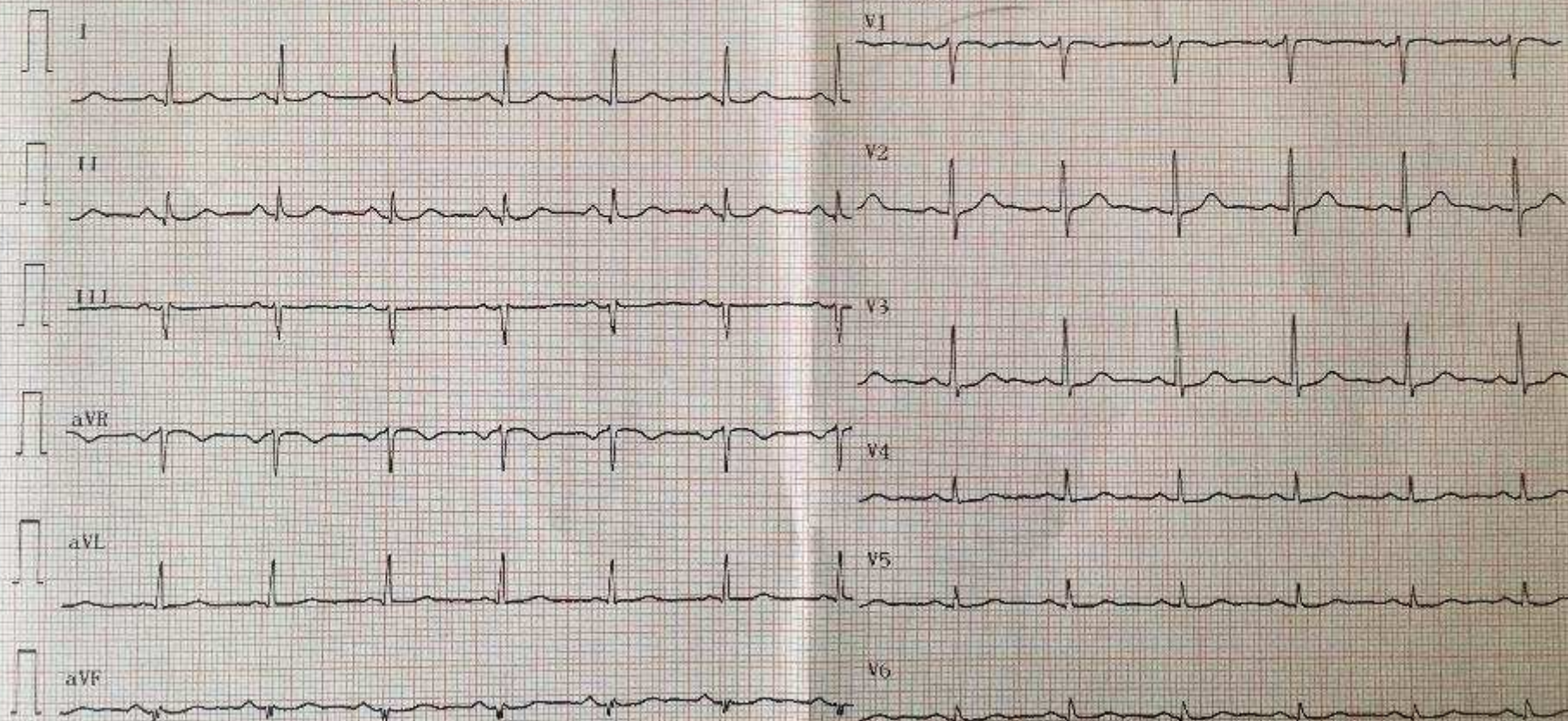
REVEAL

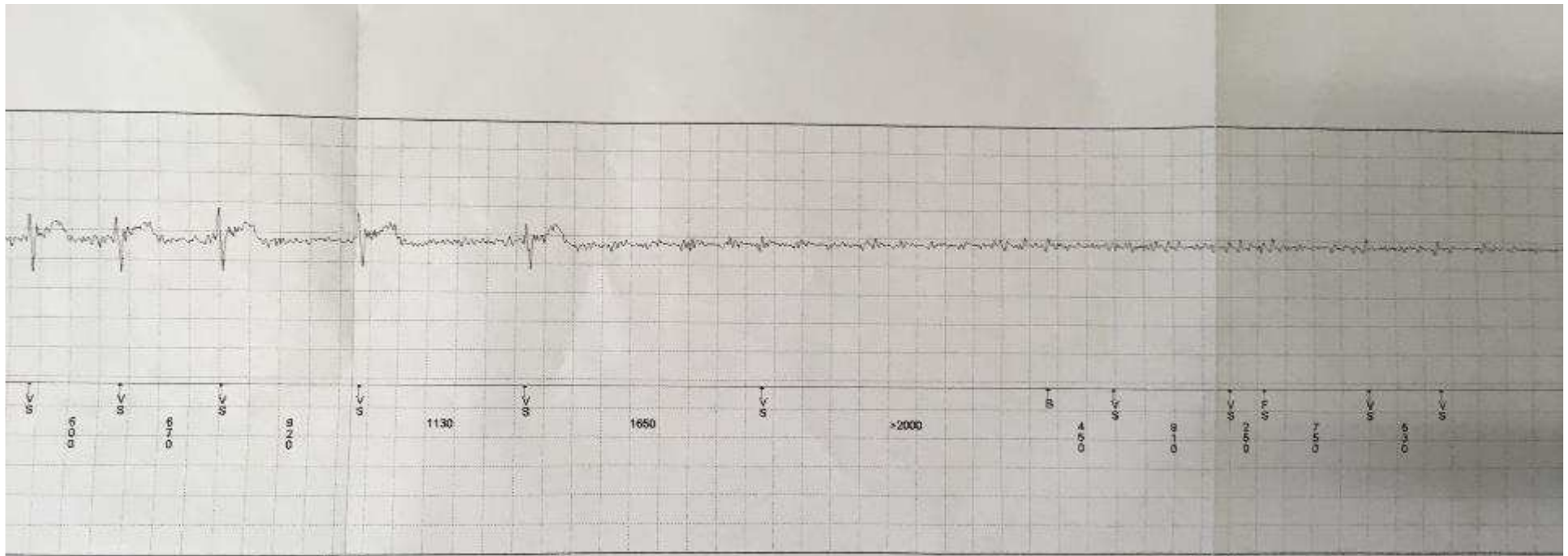
Rapport non confirmé

Revu par:

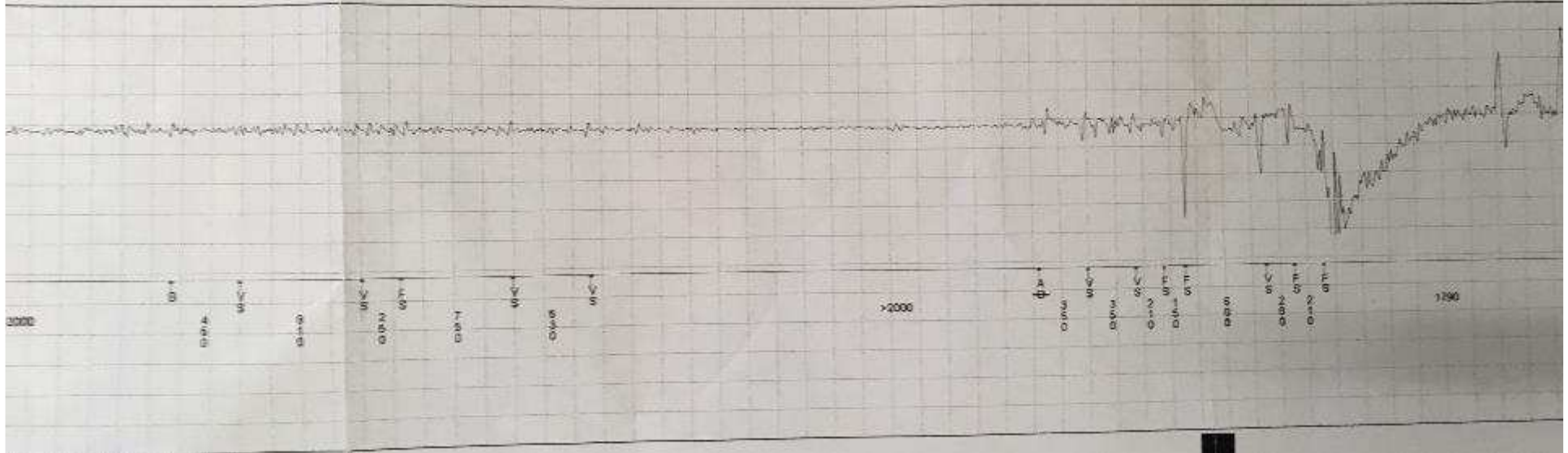
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 35 Hz

10 mm/mV





ARRET SINUSAL



14-9-2015 13:26

N°
ID:

Sexe:

Date naiss:

cm

kg

Ans

mmHg

Medicamen:

Symptômes:

Historique:

ECG

68 bpm

intrvl PR

168 ms

dur. QRS

74 ms

intrvl QT/QTc

346/364 ms

axe P/QRS/T

79/75/210 °

ampl RV5/SV1

2.66/0.76 mV (R + S 3.43 mV)

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 D 35 Hz

1100

Rythme sinusal

4012

Sous-decalage modere de ST

4048

Anomalie de ST de l'onde T non specifique

9150

** ECG anormal**

Femme 80 ans

ACFA parox

LERCAN / PREVISCAN / SOTALOL

Rapport non confirmé

Revu par:

10 mm/mV

aVL

I

aVR

II

aVF

III

V1

V2

V3

V4

V5

V6

14-9-2016 11:26

ID:

Nom:

Sexe:

Symptômes:

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 150 Hz

Date naiss:

Ans

Historique:

kg

mmHg

51 bpm

Stabilité à SAV pour.

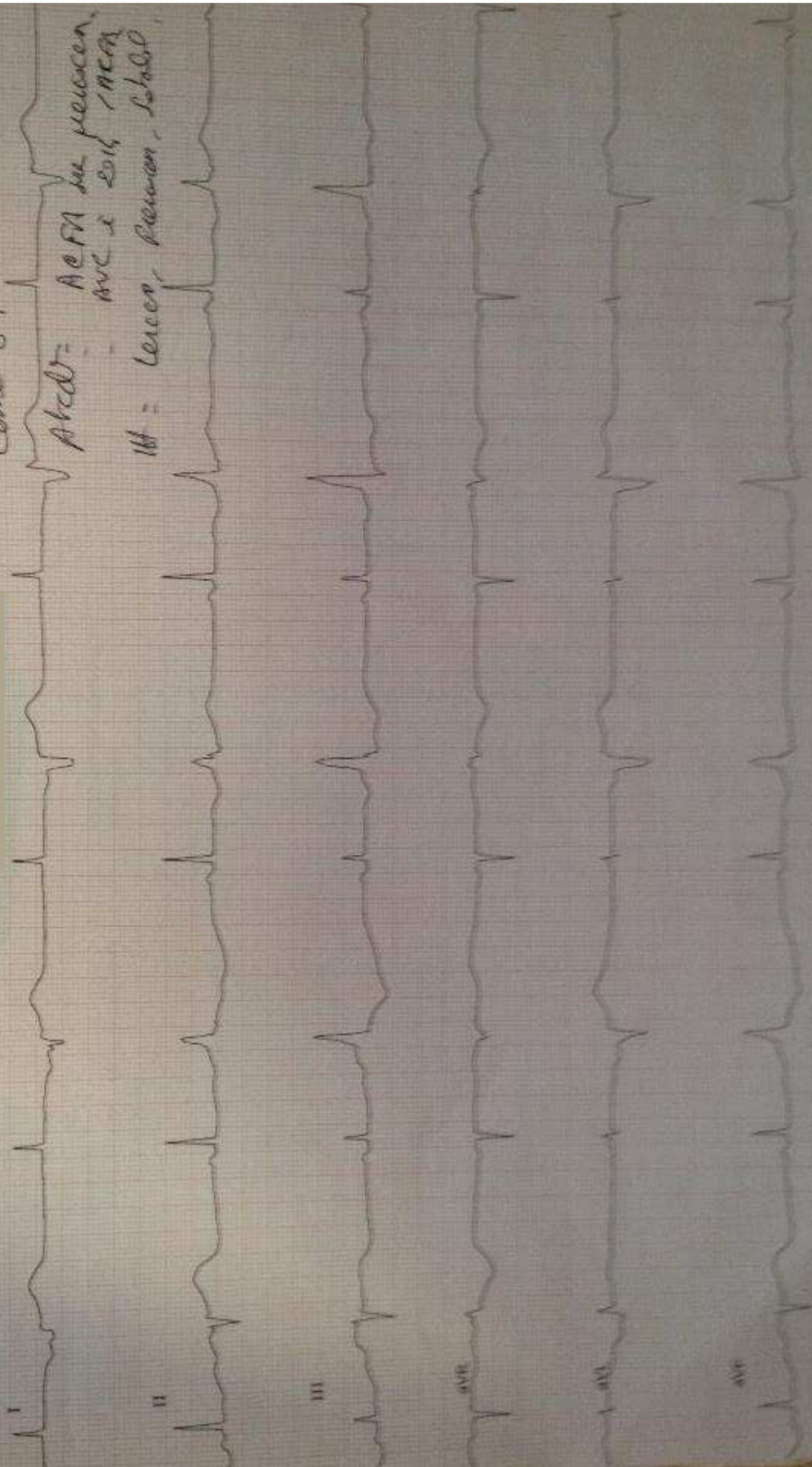
Come G7

Atcd:

ACFA au repos.

AVC à 2016 / ACFA

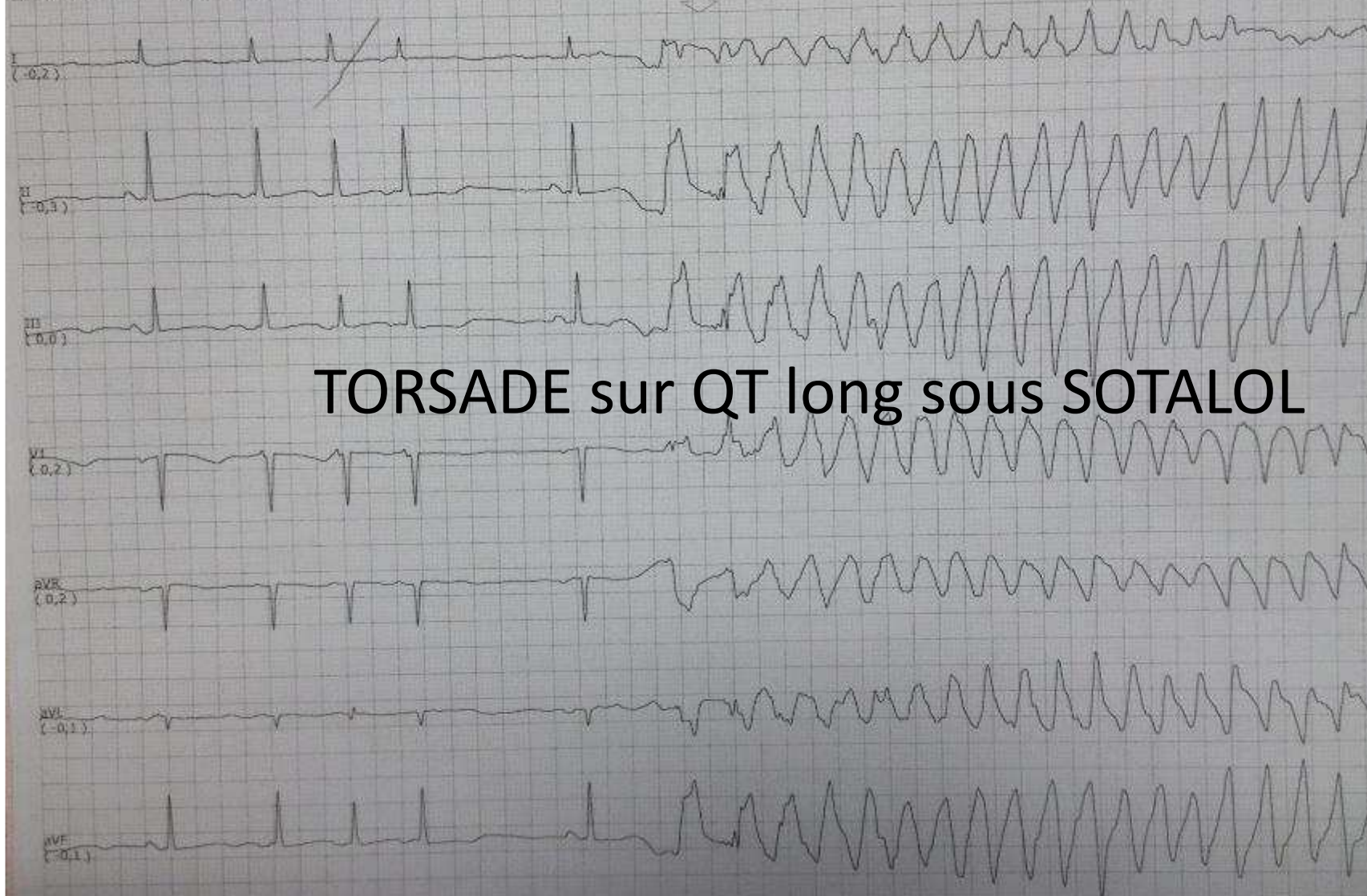
HT = Lencor, Paracetamol, L2000



999999999 14-sept.-2015 13:06:23

FC 58 ST II -0,3 mm

SpO2 99% ***Fréq 58 PNI 138/72(99)13:03 Art1 Capteur Temp1 T1 36,6°C



2-6-2015 20:41

Nom:
ID:
Sexe: cm Date naiss: kg Ans
Medicamen:

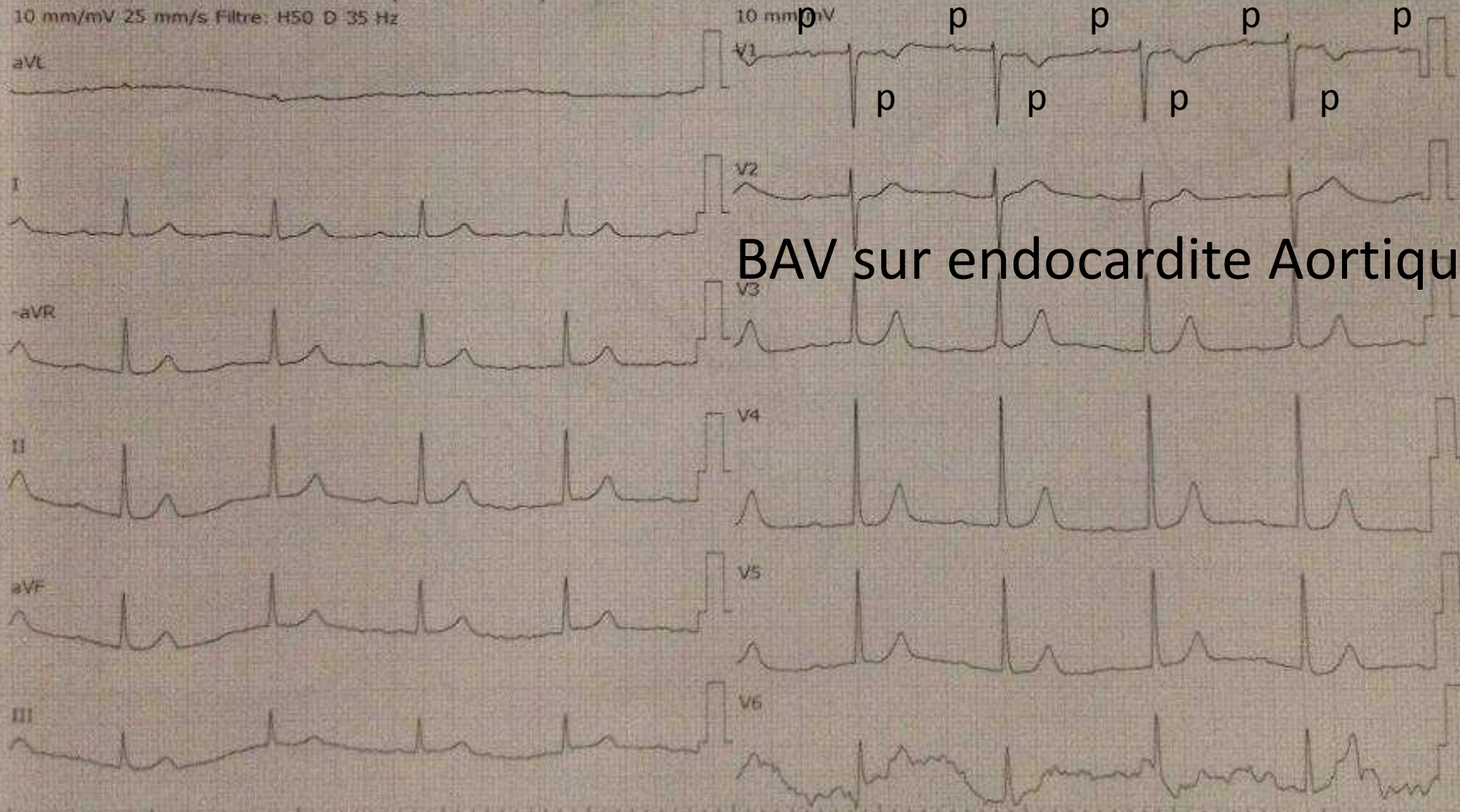
1100 Rythme sinusal
2231 Bloc AV du 1er degre
9150 ** ECG anormal**

Symptômes:
Historique:

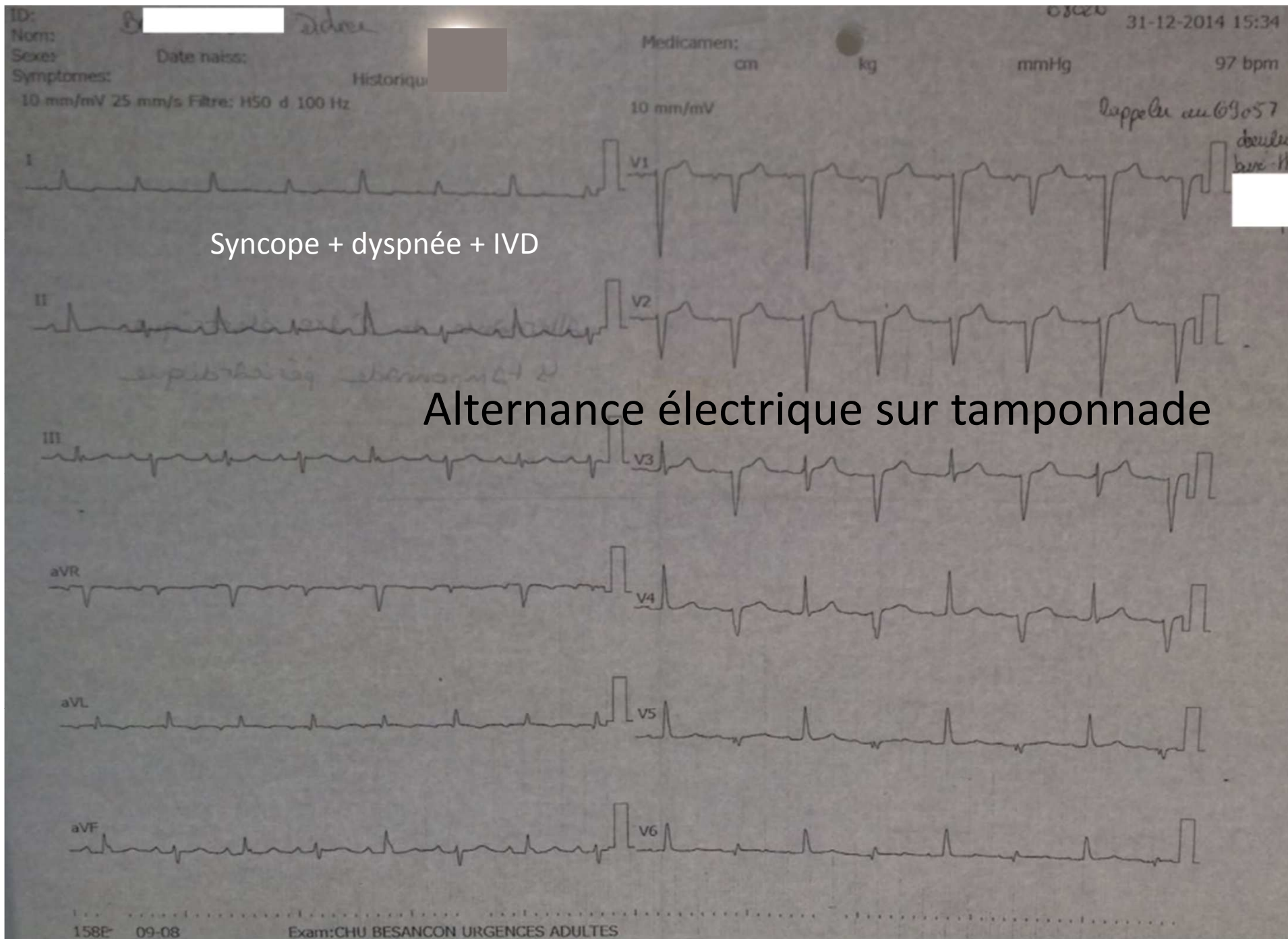
FC 59 bpm
intrvl PR 322 ms
dur. QRS 82 ms
intrvl QT/QTc 440/439 ms
axe P/QRS/T 19/59/58 °
ampl RV5/SV1 1.69/1.41 mV (R + S 3.10 mV)
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 D 35 Hz

Femme 85 ans
Syncope + fièvre + souffle

Rapport non confirmé
Revu par:



BAV sur endocardite Aortique



ID:

Nom:

Sexe: Homme

Date naiss:

Ans

Symptômes:

Historique:

10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 D 100 Hz

Medicamen:

cm

11-8-2018 8:42

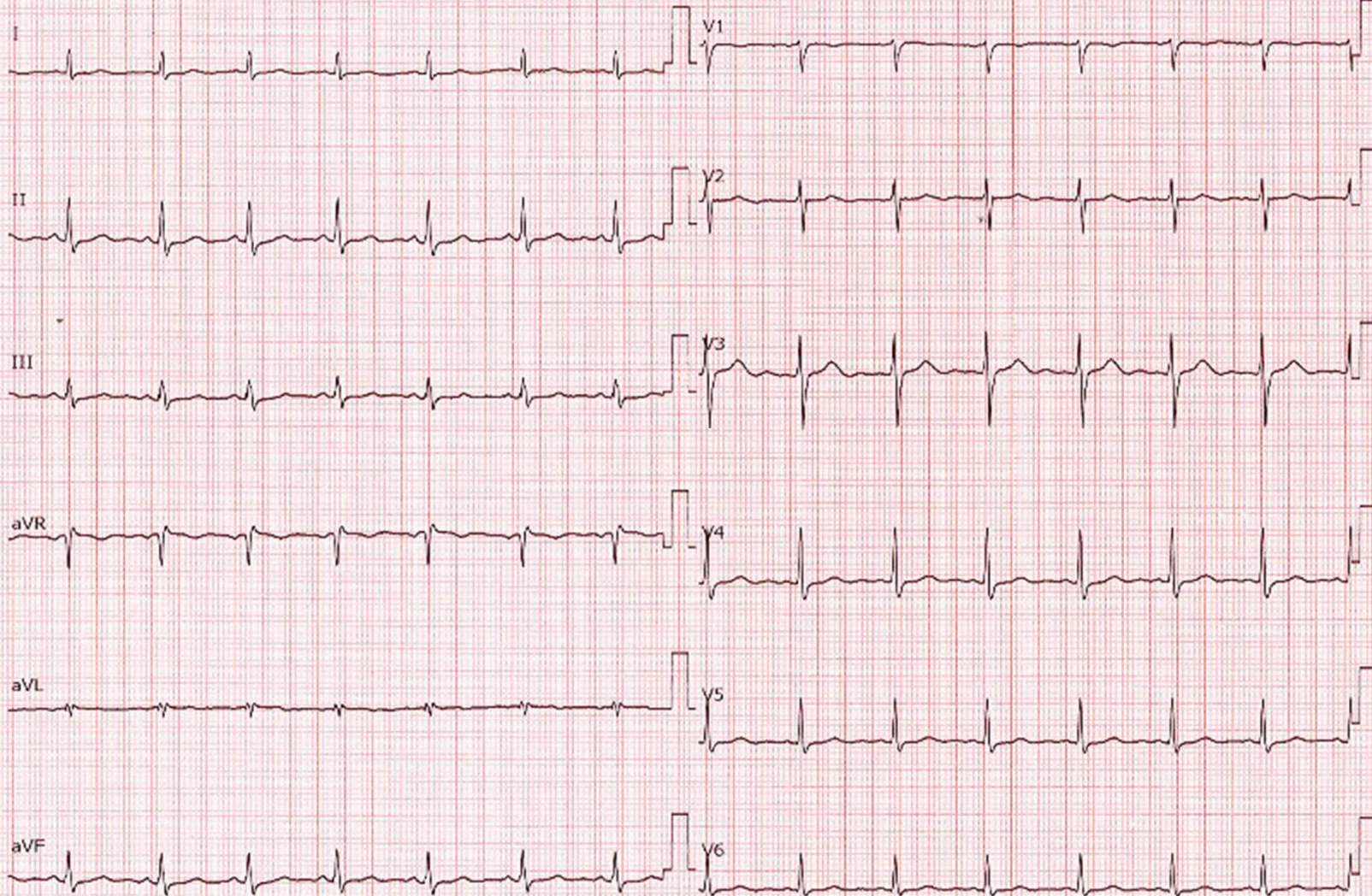
Femme 26 ans

Pas d'ATCD

mmHg

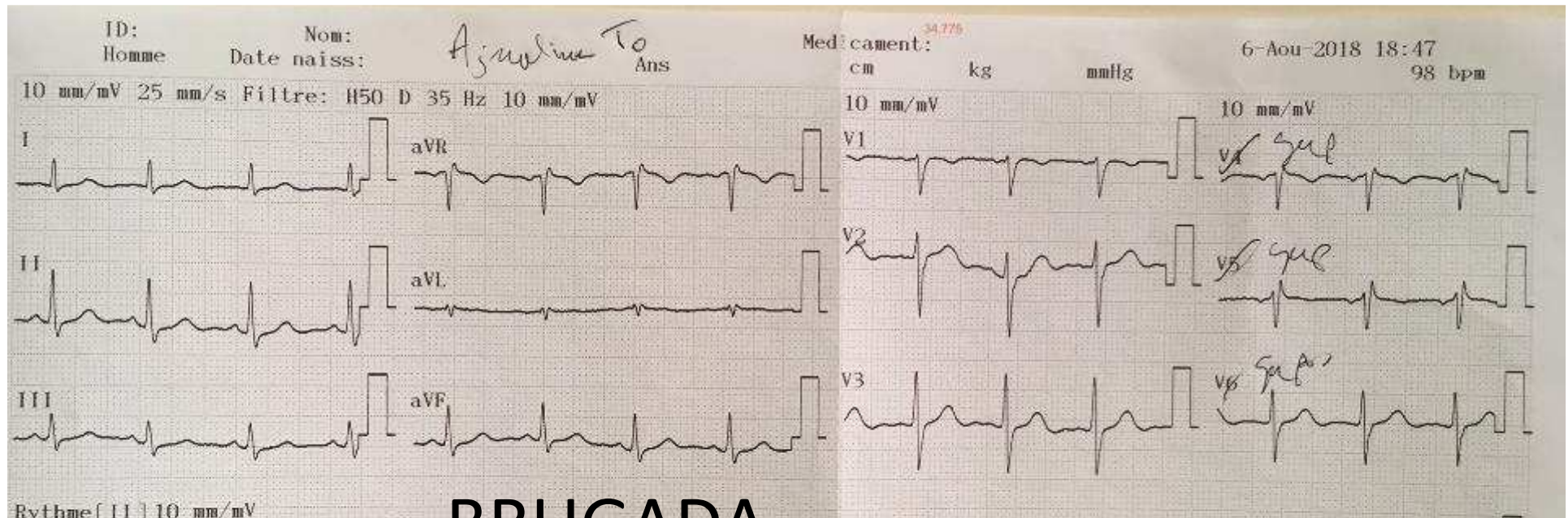
90 bpm

Syncope précédées de palpitations

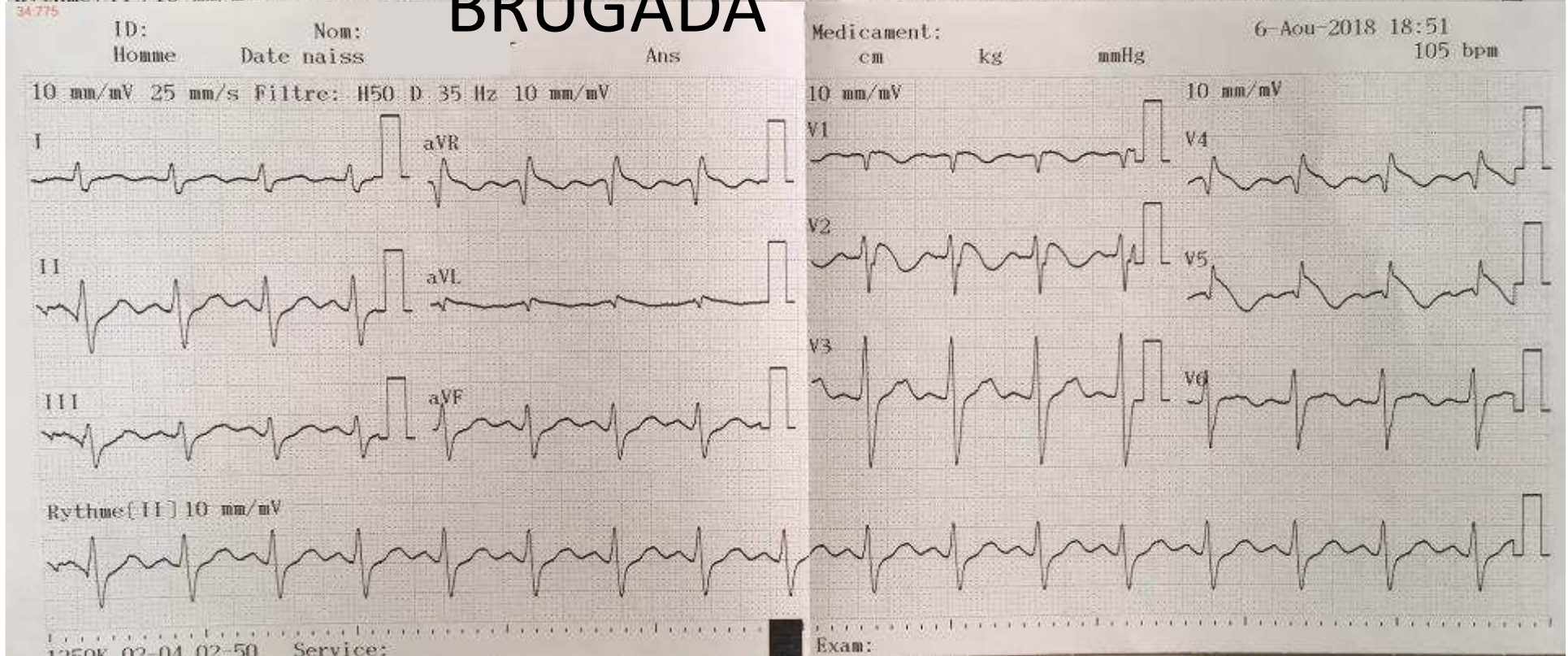


158E 12-03

Exam: CH ANNECY



BRUGADA



II 25 mm/s
10 mm/mV

III F 0.05 Hz-40 Hz

aVR

Homme 40 ans
Pas d'ATCD

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

ESV / onde T

