



DOCUMENT CONCERNANT LES CLINIQUES
MONOTHEMATIQUES

« LA CLINIQUE DE LA SYNCOPÉ »

Version Hôpital de Jolimont (Hopital1)

Juin 2018

Rédaction : Antoine de Meester et Marc Alkhori
Service de cardiologie du groupe Jolimont

♥ 1 – Documents administratifs

1. Données administratives

Nom de la clinique : **Clinique de la Syncope (CdIΣ)**

Site : **Hôpital de Jolimont, rue Ferrer 159, 7100 Haine Saint Paul**

Unités concernées : **cardiologie, neurologie, soins d'urgence, gériatrie, psychiatrie, ORL**

Nom du responsable : **Antoine de Meester**

Fonction : **Chef de service en cardiologie à Jolimont**

N° de téléphone : **064-23.48.51**

Adresse mail : antoine.demeester@jolimont.be

2. Mission = RAISON D'ETRE, spécificités de la clinique, plan stratégique

But = prise en charge diagnostique et thérapeutique rigoureuse et uniforme quel que soit le spécialiste qui reçoit le patient (consultation/urgence/hospitalisation dans un service)

3. Objectifs (SMART) – S : Spécifique, M : Mesurable, A : Accessible, R : Réaliste, T : Temporel

4. Population cible

- **Population** : tout venant du service des soins d'urgence ou de consultation (envoyé par un médecin traitant), ou autre service : pex. orthopédie (# col du fémur suite à une syncope) ou gériatrie (bilan de chute (réelles syncopes à l'hétéroanamnèse)
- **Volume estimé** : 1-3% des admissions dans un service de soins d'urgence
- **Prise en charge non complexe** :
 - objectivation du pronostic vital (en urgence)
 - hospitalisation à l'unité coronaire (A1) si pronostic en cause
 - clinique ambulatoire avec organisation des examens complémentaires
- **Guidelines** : 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope

5. Description de l'équipe

- **Acteurs** = médecins et infirmiers de l'institution ; pas d'engagement spécifique
- **Coordinateur** : Assistant Spécialiste en Cardiologie MACCS (deck 4846)
- **Membres (actuels) de la clinique (4-2018)**

| | | |
|----|------------------------|--|
| 1 | Dr ... (deck 4-3-4820) | Médecin coordinateur (assistant spécialiste en cardio) |
| 2 | Dr Antoine de Meester | Cardiologue |
| 3 | Dr ... | Urgentiste |
| 4 | Dr Pierre Hanotier | Géiatre |
| 5 | Dr Iuliana Amon | Neurologue |
| 6 | Dr ... | ORL |
| 7 | Dr Patrice Jurysta | Psychiatre |
| 8 | Mr Eric Husson | Infirmier chef de service aux soins d'urgence |
| 9 | Mme Xavière Roussel | Infirmière chef de service en cardiologie (C1A) |
| 10 | Mr Mourad Boudouft | Biotechnicien en électrophysiologie |

- **Implication / rôle des acteurs** :
 - Motivation de recrutement et prise en charge appropriée
 - Communications en interne et externe (médecins généralistes)
 - Discussion de cas complexes
 - Publication des résultats globaux /an (publication médicale, Jolimont)

6. Locaux et matériel, budget, partenaires

- Locaux : salle consultation C1A (salle de tilt-test)
- Matériel : voir plus loin (ECG, échographie, monitoring, tilt-test, ...)
- Budget : idem consultation
- Partenaires : cliniques de la syncope : idem
 - à l'hôpital de Nivelles
 - et au CHRMH (site Mons)

7. Organisation et offre de service

= Organiser le parcours standardisé du patient au sein de l'institution

- Patient avec syncope vu au service des soins d'urgence/ hospitalisation
 - appel du coordinateur (deck 4846)
 - évaluation du risque vital :
 - choix = hospitaliser (+ télémétries) ou examens en ambulatoire
 - appel d'autres spécialistes de la clinique : neurologue, ORL, psychologue, ...

= Identifier les différentes étapes du processus

- Modalités d'entrée dans la clinique : urgences/ consultations
- Offre de service : bilan rapide, entraînant une possibilité de traitement rapide (éviter les récurrences de syncope et la morbidité associée (# col fémur, traumatisme,...)
- Organisation en ambulatoire : via le coordinateur
- Modalité de sortie : bilan, confirmation du diagnostic/traitement par le cardiologue

8. Communication et promotion de la clinique : Plan

- Communication aux services concernés + généralistes (GLEM, dodécagroupes, ...)
- Brochures à réaliser
- Présentation des résultats : 1x/an
- Comparaison des résultats des différentes localisations de la clinique (Jolimont, Nivelles, CHRMH) + points à améliorer

9. Résultats pour les patients et l'organisation

- Listing de tous les patients inscrits dans cette clinique
 - Feuille CRF classique avec anamnèse spécialisée
 - Bilan : diagnostic, examens réalisés, ...
 - Evaluation couts/ bénéfiques
 - Envoi rapide résultats aux médecins concernés (scanner + Email)
- Indicateurs de performance pour le patient
- Indicateurs de satisfaction pour le patient
- Budget : charges / produits

10. Potentiel d'amélioration / objectifs futurs

- Participation des services concernés
- Communication à l'extérieur
- Besoin de renforcement : investissements en matériel, locaux, médecins ou infirmières ou autre paramédical selon le nombre de cas traités par an

♥ 2. Notions générales sur les syncopes

La syncope est définie comme une perte de connaissance (PdC), soudaine, brève et spontanément résolutive, due à une hypoperfusion cérébrale transitoire. Les autres causes d'altération de conscience sont la lipothymie, le vertige, le coma ou le choc. La perte de conscience en présence d'un signe neurologique focal est définie comme un accident ischémique transitoire (AIT). De plus l'AIT n'est pas une cause de syncope.

Le pronostic de la syncope est fonction de son étiologie, ... à savoir une mortalité à 1 an de 30%, 12%, et 6% si cause cardiaque, cause non cardiaque ou cause indéterminée. Les termes « présyncope » ou « near-syncope » décrivent des états avec prodromes typiques, non suivi d'une PdC brève ; leur mécanisme physiopathologique est souvent semblable.

Les causes des syncopes sont connues ... vraies syncopes ou pseudo-syncopes :

- ✓ **Syncopes vraies (84%) :**
 - **neurocardiogénique** : syncope vasovagale, hypersensibilité sinocarotidienne
 - **orthostatique** : neuropathie autonome (diabète, amyloïdose), médicaments (diurétiques, nitrés, hypotenseurs,...), déshydratation, hémorragie aiguë
 - **arythmies** : bradycardie et/ou pause cardiaque, tachycardie (TSV, TV, TdP)
 - **atteinte cardiaque structurelle** : sténose valvulaire aortique, cardiomyopathie hypertrophique, embolie pulmonaire massive, tamponade péricardique, ...
 - **Cause cérébrovasculaire** : syndrome de vol vasculaire, crise d'épilepsie, AIT
- ✓ **Autres causes (= pseudosyncope ou « non-syncopal attack ») (16%) :**
 - **Avec perte de connaissance** : drop attack, hypoglycémie, hypoxie, intoxication
 - **Sans PdC (psychogénique)** : hystérie, panique, tétanie, alcoolisme, ...

Le diagnostic étiologique des syncopes est possible dans $\geq 90\%$ des cas avec l'anamnèse, l'examen clinique et l'ECG. Une origine cardiaque doit être exclue, vu la récurrence fréquente et le pronostic plus sombre. Il faut rechercher la possibilité de plusieurs causes associées. Chez la personne âgée, penser aux polymédications. L'étiologie reste méconnue dans $\pm 30\%$ des cas. L'hystérie est une cause de pseudosyncope (exclusion). Une anamnèse des médicaments (hypotension artérielle, bradycardie, proarythmies) est nécessaire.

Pensez à un diagnostic différentiel entre crise d'épilepsie, syncope vagale et cardiaque

| Types | Crise d'épilepsie | Syncope vagale | Syncope cardiaque |
|---------------------|--|--|---------------------------------|
| Prodromes | - | nausées, transpiration, palpitations, vision floue | (aucun : syncope d'Adam-Stokes) |
| Circonstances | abus d'alcool | fatigue, émotion, ... | - |
| Position | sans importance | debout | sans importance |
| Signes ou symptômes | cyanose, morsure de langue, respiration ample | pâleur, sudations | pâleur |
| Post-syncope | désorientation, somnolence, déficit latéralisé | récupération rapide | récupération lente |

Avant de réaliser une mise au point de syncope, il faut se poser **trois questions** :

- Est-ce réellement une syncope ?
- le diagnostic étiologique est-il possible ? (+ circonstances, syncope, antécédents, ...)
- Le patient est-il à haut risque d'évènements cardiovasculaires ou de mort subite ?

Une syncope de type vasovagale d'après l'anamnèse et l'examen clinique, ne nécessite aucun examen complémentaire, ... ou rarement un tilt-test. Par contre, si l'on suspecte une origine cardiaque (pronostic plus réservé) ou si la syncope est inexplicée et récidivante, un diagnostic précis doit être posé par d'autres examens, selon le cas.

- ECG ... anomalies à voir : bloc de branche (bibloc ou tribloc), bloc SA ou pauses ≥ 3 secondes, ondes q (infarctus) ou raretés (WPW, QT allongé, Brugada, ...)
- **Massage du sinus carotidien (MSC)** si suspicion d'hypersensibilité sinocarotidien
 - exclusion d'une sténose carotidienne et sous monitoring ECG
 - + si : pauses > 3 sec (ou chute de TAs > 50 mmHg) et si le MSC reproduit la syncope
- **Épreuves d'orthostatisme** (différence de TA couché et debout) : + si chute de TAs > 30 mmHg ou TAd > 10 mmHg ; le test doit être positif à 3 reprises au moins
- **Holter de 24h**. A faire si syncopes répétées (> 1x/semaine) : examen peu performant !
- **Epreuve d'effort** : ST-, arythmie à l'effort, hypo TA, incompetence chronotrope
- **Échographie** : confirme la suspicion clinique (sténose aortique, myxome, tamponade)
- **Tilt test** : diagnostic de syncope vasovagale et/ou suivi (Tilt Training)
- **Tests électrophysiologiques spécifiques** : potentiels tardifs, TWA, test à l'ajmaline, ...
- **Étude électrophysiologique** : examen invasif (hospitalisation de 24h) à faire surtout si :
 - syncope suspecte d'origine cardiaque à l'anamnèse, l'histoire clinique et/ou l'ECG
 - syncope inexplicée après un STEMI ou cardiomyopathie, si FEVG basse (< 40%)
 - syncope traumatique (fractures) ou récidivante, surtout chez les personnes âgées
- Si Suspicion de crise d'épilepsie ... **NE PAS POST-POSER l'EEG** (à faire très vite donc)

Le management d'une syncope se fait dans un service d'urgence avec une stratification du risque pour le patient. Les guidelines ESC de 2018 recommandent (Recommandations IB):

- Les patients avec facteurs de faible risque, souvent ceux qui ont une syncope reflexe ou une hypotension orthostatique peuvent sortir du service d'urgence
- Les patients avec facteurs de haut risque doivent avoir une évaluation rapide et précoce intensive dans un service monitorisé aux urgences (ED observation unit), dans une unité de syncope (Syncope Unit) ou en hospitalisation
- Les syncopes sans critères de haut ou faible risque doivent être observées dans le service d'urgence ou dans une unité de syncope, au lieu d'une hospitalisation

A noter :

- Evaluation d'une présyncope comme celle d'une syncope vraie (idem pronostic)
- Eviter en routine les examens avec impact faible sur la stratification du risque (sauf si la clinique le recommande) = radiographie du thorax, CT cérébral, biologie de routine, et en plus : D-dimères, BNP ou troponine
- Utiliser la clinique de la syncope (**CdIΣ**) dans la plupart des cas avec RV rapide en ambulatoire. Hospitaliser juste les patients avec critères de haut risque !
- Interrogation rapide dans le service d'urgence d'un PM-ICD si syncope
- Des scores de stratification du risque = bien, mais ne vaut pas un bon jugement clinique devant le patient examiné avec soins

Ci-joint le tableau des facteurs de risque selon les nouvelles guidelines ESC 2018 sur le management des syncopes. Un item de haut-risque nécessite une hospitalisation, vu le pronostic sérieux. Le patient à risque intermédiaire est celui sans facteurs de haut-risque, mais avec des comorbidités (insuffisance rénale ou hépatique chronique, BPCO, cancer, maladie cérébrovasculaire ou antécédents de cardiopathie) ; dans ce cas, monitoring minimum 3h, et voir hospitalisation ou examens en externe (clinique de la syncope).

Stratification du risque d'une syncope (cfr 2018 ESC Guidelines)

| Evènement syncopal | |
|--|-----|
| Faible risque | |
| - Associé à des prodromes typique de syncope reflexe (ou vagale) | O/N |
| - Après un event (visuel, auditif) ou une douleur soudaine ou inexplicquée | O/N |
| - Après une station debout prolongée, conditions de chaleur ou de foule | O/N |
| - Pendant un repas ou en post prandial | O/N |
| - favorisé par toux, défécation, miction | O/N |
| - après une rotation de la tête ou une pression sur le sinus carotidien | O/N |
| - passage rapide de la position couchée en debout | O/N |
| Haut risque | |
| Majeur | |
| - lors d'un début de précordialgies, dyspnée, douleur abdominale, ou de céphalées | O/N |
| - lors d'un exercice (sport) ou en position couchée | O/N |
| - palpitations à début brusque avant la syncope | O/N |
| Mineur | |
| - absence de symptômes d'alerte ou prodromes court (< 10 secondes) | O/N |
| - histoire familiale de mort subite à un jeune âge | O/N |
| - syncope dans une position assise | O/N |
| Antécédents | |
| Faible risque | |
| - Récidives de syncope dans les mêmes circonstances (depuis des années) | O/N |
| - Absence de cardiopathie structurale sous-jacente | O/N |
| Haut risque | |
| - Maladie cardiaque structurale ou coronaire sévère (FEVG basse, infarctus, ...) | O/N |
| Examen clinique | |
| Faible risque | |
| - Examen clinique normal | O/N |
| Haut risque | |
| - Tension artérielle systolique < 90 mmHg inexplicquée dans le service d'urgence | O/N |
| - Possibilité de saignement gastro-intestinal au toucher rectal (ou anémie ++) | O/N |
| - Bradycardie < 40 bpm persistante au repos sans causes (médicaments, sportif) | O/N |
| - Souffle systolique non diagnostiqué | O/N |
| ECG 12-dérivations | |
| Faible risque | |
| - ECG normal | |
| Haut risque | |
| Majeur | |
| - Modifications ECG compatibles avec une ischémie myocardique | O/N |
| - Bloc AV du 2 ^e degré Mobitz II et bloc AV complet ou FA lente < 40 bpm | O/N |
| - Bradycardie sinusale < 40 bpm persistante ou bloc sino-atrial avec pauses > 3 secondes au repos sans causes (médicaments, sportif) | O/N |
| - Bloc de branche, troubles de conduction intraventriculaire, HVG, ou ondes q compatible avec une cardiopathie ischémique ou une cardiomyopathie | O/N |
| - TV soutenue ou TVNS | O/N |
| - Dysfonction d'un pacemaker (PM) ou d'un défibrillateur implantable (ICD) | O/N |
| - Syndrome ou pattern de Brugada (type1) ou QT prolongé > 460 msec (LQTS) | O/N |
| Mineur | |
| - Bloc AV 2 ^e degré Mobitz I ou bloc AV 1 ^{er} degré avec intervalle PR très long | O/N |
| - Bradycardie modérée asymptomatique inappropriée ou FA lente (40-50 bpm) | O/N |
| - Tachycardie paroxystique (TRNAV ou TRAV) ou FA | O/N |
| - Autres : Syndrome de WPW, pattern de Brugada atypique, suspicion de dysplasie arythmogène du VD (T- en V1-V2 ou onde epsilon) | O/N |
| Tableau : Voir tous les critères (O/N = oui/non) | |

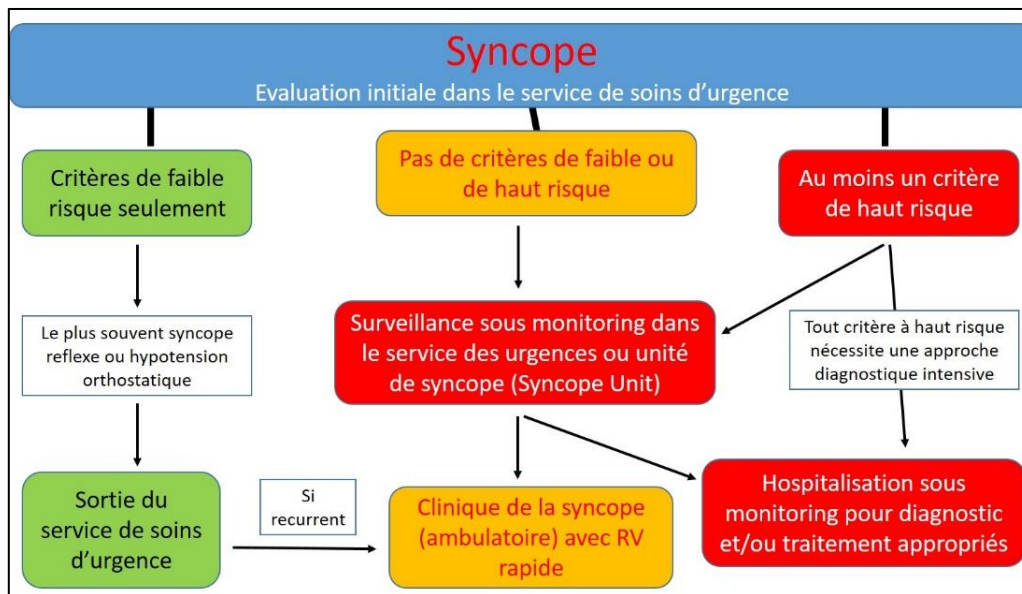


Figure : tri des patients avec syncope en fonction des facteurs de risque

Le monitoring implantable de longue durée (2-3 ans) (= ILR : Implantable Loop Recorder) permet le diagnostic de certaines syncopes rythmiques (arythmies paroxystiques, rares, de brève durée, mal diagnostiquées (crise épileptiforme), ... mais responsables de morbidité importante (chute, fracture, ...)

- ILR majore le taux de diagnostic de syncope d'origine inconnue (43-88% vs Holter 2%)
- Placement sous-cutané (entre 1^{ère} et 4^{ème} côte, ligne médiane, à gauche) sous anesthésie locale ; système d'injection de l'implant pour les nouvelles générations : Reveal® Linq (Medtronic) et Confirm® DM3500 (St Jude Medical - Abbott)
- Précautions comme tout implant (PM ou ICD), peu de complications : infection, migration, allergie

Les indications reconnues (et remboursées) de l'ILR en Belgique sont :

- Syncopes récidivantes de nature indéterminée malgré un bilan non invasif exhaustif, et s'il existe un risque de récurrence endéans la durée théorique de vie du dispositif
- Syncope, même isolée, et s'il existe des facteurs de gravité potentiels tels que mentionnés dans les recommandations internationales et après bilan non invasif et éventuellement invasif exhaustif
- AVC/AIT cryptogénique pour lequel une démarche diagnostique complète, comprenant au minimum un enregistrement continu de l'activité électrique cardiaque durant une semaine n'a pas pu démontrer la cause de l'AVC/AIT, et pour lequel la mise en évidence d'une FA aurait pour conséquence l'instauration d'une anticoagulation orale



Figure: monitorings implantables REVEAL® XT et Linq (Medtronic). Manquent les ILR Confirm® (Abbott) et Biomoniteur® (Biotronik)

♥ 3. Généralités sur la clinique de la syncope (Syncope Unit)

Le management des syncopes est complexe malgré l'aide des recommandations et de guidelines. Plusieurs causes sont à considérer : différentes spécialités accueillent les patients avec syncope, son approche est souvent multidisciplinaire et, dans beaucoup de structures hospitalières, il n'existe pas de trajet de soins précis et clair pour la prise en charge de ces patients. D'où un nombre important de diagnostics inexpliqués, ... et surtout une multiplication d'examens inutiles, qui ont un coût pour le patient et la société !

Il existe, par ailleurs, de **réelles difficultés diagnostiques** (connues ou non)

- Dénier de la perte de connaissance de la part du patient (stress lié aux conséquences)
- Confusion entre syncope vraie et chute (surtout chez la personne âgée)
- Tableaux cliniques multiples (cardiopathie et syncope vagale, multiples médicaments).
- Crise épileptiforme associée (syncope vasovagale convulsive fréquente)
- Influences médicamenteuses (hypotenseurs, diurétiques) ou toxiques (drogues)
- Toujours évoquer ces 3 diagnostics : hypoglycémie, alcool ou intoxication au CO₂
- Composante psychogène à ne pas négliger
- Sensation de vertiges ou d'instabilité, compliquant la notion de prodromes
- Présence de troubles neurologiques transitoires
- Anamnèse difficile
 - o Amnésie de l'épisode syncopal
 - o Confusion dans les termes : vertiges, chute, malaises, syncope
 - o Importance de bien expliquer ou caractériser les prodromes
 - o Type de syncope : durée, respiration, pâleur des téguments, ...
- Absence de témoin compliquant la validation de la syncope
- Effet de l'âge : amnésie, chute vs syncope, confusion, traumatisme, médicaments ++, ...
- Transmission erronée des données de la syncope
- Erreurs diagnostiques (pex. si massage sinocarotidien)
- Prédiagnostic en fonction de la spécialité qui accueille le patient
- La « syncopologie » n'est pas reconnue comme une spécialité à part entière

Importance de l'identification systématique des patients âgés à risque = Score ISAR (Identification of Senior At Risk) = outil de dépistage à réaliser si ≥ 75 ans

De ce fait, une **clinique de la syncope (CdIΣ)** regroupant plusieurs spécialistes est nécessaire (Syncope Team) ; elle doit comprendre des cardiologues, des neurologues, des ORL, des gériatres, des urgentistes, des internistes (spécialisés en troubles autonomiques) et des psychiatres.

La démarche diagnostique doit être rapide, efficace, avec peu d'examens inutiles en première intention. Il faut pouvoir également orienter le patient vers des consultations ambulatoires ou vers une hospitalisation avec surveillance sous monitoring (si risque de morbi-mortalité). Il faut éviter toute hospitalisation inutile, mais aussi sous-estimer les conséquences des syncopes.

Le but des CdIΣ est donc triple :

- ✓ réduire le % de syncopes inexpliquées,
- ✓ réduire les hospitalisations
- ✓ et réduire le coût du management des syncopes.

La CdlΣ doit donc comprendre

- Un responsable « Syncope Specialist » de la CdlΣ = référent expert médical
- Un personnel paramédical et technique, compétant et recyclé, dédié à la clinique,
- Une base « physique » de la CdlΣ avec un point d'appel centralisé
- Un trajet de soins clair
- Une stratégie qui adhère aux recommandations récentes
- Une possibilité d'accès rapide aux examens complémentaires
- Un avis aisé pour les spécialités connexes
- Une prise en charge thérapeutique cohérente, avec suivi régulier
- Une base de données avec peer-review et information/publication des résultats
- Des possibilités d'éducation et training des cliniciens rencontrant ces patients

Le cardiologue est le plus souvent au centre du management ; il fait appel aux autres spécialités en fonction du tableau cliniques. Une réunion des cas difficiles est souhaitée de manière régulière, càd 1x/mois minimum (Syncope Team).

L'équipement en cardiologie doit comprendre au minimum :

- Une possibilité de surveillance (aux soins d'urgence ou dans une unité avec télémétrie) du rythme cardiaque ou de la tension artérielle
- Un ECG 12-dérivations et possibilité d'enregistrement de rythme
- Des monitorings Holter de 24h et MAPA
- Une échographie cardiaque, un équipement d'épreuve d'effort
- Une table de tilt-test (inclinaison)
- Un accès à des enregistreurs d'évènements (implantables ou non)
- Des tests de fonction autonome basique
- La possibilité de réaliser tous les tests (pex. examen électrophysiologique)
- Une table de lecture de télécardiologie (si implantation de moniteurs ILR)

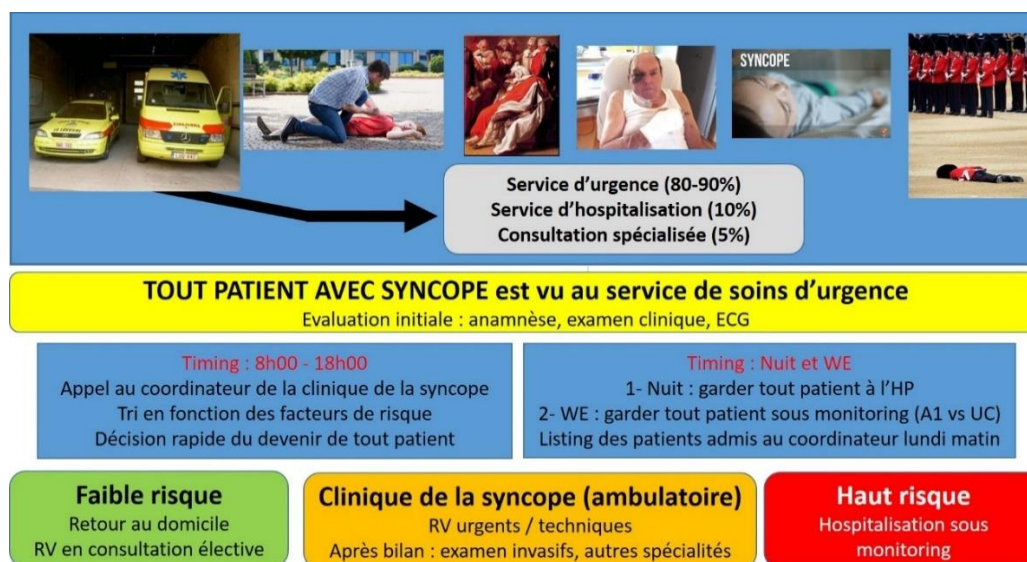
Il existe différents modèles résumés au tableau suivant :

| | |
|-----------------------------|---|
| Modèle italien | <ul style="list-style-type: none">- Unité fonctionnelle dans le service de cardiologie- Surveillance : cardiologue expert et infirmières spécialisés- Accès via les urgences, une consultation ou un service hospitalier |
| Modèle américain | <ul style="list-style-type: none">- Unité fonctionnelle incorporée dans le service des urgences- Surveillance (6h) : urgentistes généraux et infirmières du service- Accès surtout via les soins d'urgence (et les autres ???) |
| Modèle anglais | <ul style="list-style-type: none">- Unité ambulatoire autonome (externe) dédiée aux syncopes- Surveillance : généralistes/gériatres et personnel paramédical |
| Modèle français (Marseille) | <ul style="list-style-type: none">- Unité dans un service de rythmologie spécialisé- Surveillance : un médecin généraliste coordinateur (plein-temps)- Tous les examens cardiologiques sont réalisés rapidement, avec très peu d'hospitalisations (< 5% des cas)- L'unité est le lieu du suivi thérapeutique- Accès via les urgences, une consultation ou un service hospitalier |
| Modèle à Jolimont | <ul style="list-style-type: none">- Unité de cardiologie monitorisée ou consultation (< 7 jours)- Supervision : coordinateur = assistant spécialiste en cardiologie |

Le modèle doit se conformer à la structure et des possibilités techniques de l'hôpital, et aussi des ressources humaines dédiées à cette clinique. Toute innovation diagnostique ou thérapeutique doit être rapidement implémentée. Une accréditation des CdlΣ est souhaitée (financement, peer-review).

♥ 4. Clinique de la syncope à Jolimont : EN PRATIQUE

- ✓ Patient admis pour une syncope ou PdC brève dans un service d'urgence, au cours d'une hospitalisation ou lors d'une consultation
 - Exclure : bilan de chute ou bilan de malaises peu définis
 - Score ISAR d'office si patient ≥ 75 ans
- ✓ Appel au coordinateur de la **CdIS** : Asefeh Defaee : deck 4846
 - En son absence : Dr Antoine de Meester (deck 4851)
- ✓ Bilan de départ : Anamnèse, clinique, ECG dans le service des soins d'urgence
 - Confirmation d'une syncope vraie
 - Stratification du risque : haut-risque ou bas risque ou no-high-no-low-risk
 - Destination du patient après avis du coordinateur de la **CdIS**
 - Hospitalisation sous monitoring (A1 ou unité coronaire ou SI)
 - Suivi ambulatoire par le coordinateur
 - RV en consultation < 1 semaine
 - RV examens en externe (échocardiographie, ETO, doppler des vaisseaux du cou, EEG, IRM, Tilt-test, Holter, ...)
 - Avis d'autres spécialités que la cardiologie



- ✓ Clinique ambulatoire de la syncope
 - Examens complémentaires + suivi de l'itinéraire clinique
 - Bilan définitif : étiologie + traitement : données dans le CRF

♥ 5. Annexes : documents

- Doc1 : Stratification du risque d'une syncope
- Doc2 : Listing de patients de la clinique de la syncope
- Doc3 : CRF clinique de la syncope
- Doc4 : Score ISAR
- 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope