

LE DOSSIER Syncope : actualités

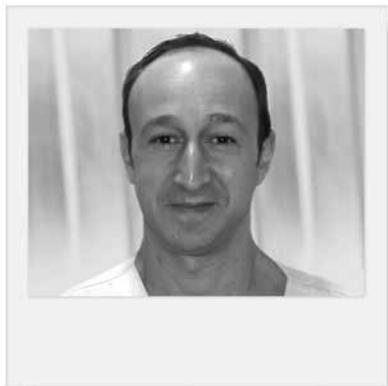
Une unité de syncope en France : dans quelles conditions ?

RÉSUMÉ : La prise en charge de la syncope représente un véritable enjeu de santé publique. En effet, la syncope est un symptôme qui survient fréquemment : 3 à 5 % des consultations aux urgences et 1 à 3 % des hospitalisations. Environ 35 % des patients vont également présenter des récurrences sur une période de suivi de 3 ans.

Les hospitalisations représentent environ 70 % des coûts d'évaluation de la syncope. Le plus souvent, l'évaluation et le traitement de la syncope sont peu méthodiques et non hiérarchisés.

Il apparaît ainsi nécessaire de développer une démarche structurée et cohérente, délivrée dans une unité centralisée, ou par l'intermédiaire d'une organisation multidisciplinaire transversale, afin d'assurer un service de qualité : ainsi est née l'unité de syncope.

La création de ces structures répond à un besoin local. Leur mise en place ne nécessitera pas de moyens financiers importants, mais une réflexion, une réorganisation et une forte implication de la communauté médicale avec une coopération privilégiée et éclairée entre les différentes spécialités.



→ S. BOVEDA
Clinique Pasteur, TOULOUSE.

La syncope : une problématique quotidienne

La prise en charge de la syncope représente un véritable enjeu de santé publique. En effet, la syncope est un symptôme qui survient fréquemment, représentant 3 à 5 % des consultations aux urgences et 1 à 3 % des hospitalisations [1-3]. Par ailleurs, près de 35 % des patients vont présenter des récurrences sur une période de suivi de 3 ans [4, 5].

Ces syncopes récurrentes sont associées à un mauvais statut fonctionnel, avec des répercussions notamment sur l'activité professionnelle : les syncopes vagues fréquentes peuvent par exemple être responsables d'un absentéisme répété, pouvant aller jusqu'à l'incapacité et la perte d'un emploi. Il est également important d'identifier les causes cardiaques de syncope parce qu'il existe des traitements efficaces permettant de réduire le risque de récurrence et de décès.

Les patients présentant des syncopes sont souvent hospitalisés et subissent des investigations répétées et onéreuses, beaucoup d'entre elles n'apportant pas le diagnostic définitif [6]. La décision d'hospitaliser un patient doit avoir deux objectifs : le diagnostic et le traitement. Lorsque l'étiologie de la syncope reste inconnue après une évaluation initiale, une stratification du risque peut être utilisée pour décider ou non d'une hospitalisation. Ainsi, la décision d'hospitaliser dépend du pronostic de l'affection sous-jacente et des traitements à proposer. En dehors de ces deux cas, l'évaluation d'une syncope se fera le plus souvent en ambulatoire.

Coordonner l'évaluation : une nécessité

Les hospitalisations à elles seules représentent 74 % des coûts d'évaluation de la syncope [7]. La durée de séjour des

admissions pour prise en charge de syncope varie de 5 à 17 jours, ce qui met en évidence la diversité des stratégies et des investigations complémentaires utilisées... Le plus souvent, l'évaluation et le traitement de la syncope sont peu méthodiques et non hiérarchisés [7, 8, 9-11]. Certains auteurs ont évalué l'impact de l'introduction de protocoles hospitaliers [8, 11]. Ces études ont montré qu'il était possible d'améliorer les taux diagnostiques et l'utilisation d'investigations complémentaires appropriées. Cependant, un nombre important d'examen complémentaires et d'admissions inutiles à l'hôpital se produisent encore.

Par conséquent, pour optimiser et faciliter l'exécution des recommandations élaborées par les sociétés savantes, il est souhaitable que des unités de syncope (US) se mettent en place. Le groupe de travail sur la syncope de la Société européenne de Cardiologie propose de développer une démarche clinique structurée et cohérente, délivrée soit dans une structure centralisée, soit dans une structure multidisciplinaire transversale, afin d'assurer un service de qualité.

Ainsi, la syncope étant un symptôme fréquent, il est nécessaire de développer des stratégies locales prenant en charge ces patients et intégrant les caractéristiques suivantes :

- l'offre de soins devra optimiser les ressources et les compétences tout en assurant la mise en place et le respect des recommandations publiées ;
- les modèles varieront d'une structure d'unité de syncope sur site unique à une pratique plus transversale où plusieurs spécialités participeront à la prise en charge de la syncope ;
- le patient pourra être adressé directement par le médecin traitant, le cardiologue, par le SAMU/SMUR, par un service d'urgences ou de court séjour ;
- la prise en charge initiale permettra de déterminer les ressources et les compétences complémentaires nécessaires à une investigation plus approfondie ;

– des échanges réguliers entre tous les acteurs (patients, médecins référents, spécialistes, infirmières, services administratifs, structures sanitaires...) devront faciliter la compréhension et l'efficacité des stratégies de prise en charge proposées, ainsi que l'optimisation de l'US qui doit être considérée comme une structure évolutive.

Plusieurs approches, une même philosophie

Les premières US se sont développées en Italie et au Royaume-Uni. Certains groupes ont adopté une approche multidisciplinaire ambulatoire des patients adressés pour syncope. Ces centres ont démontré une diminution significative du nombre d'hospitalisations pour syncope dans leurs établissements par rapport aux hôpitaux similaires non pourvus de ce type de structure. Cela s'est traduit par une économie significative des dépenses hospitalières, attribuée à une diminution des taux de réadmissions, un accès rapide et privilégié aux structures de jour et une diminution de la morbidité grâce à des stratégies thérapeutiques efficaces et ciblées [7].

D'autres modèles correspondent à une unité fonctionnelle à l'intérieur même du service de cardiologie, avec du personnel médical et paramédical dédié [12]. Les patients fréquentant cette US ont un accès privilégié à toutes les autres structures et investigations complémentaires. L'orientation vers cette unité se fera à partir du service d'urgences, ou directement par des médecins généralistes ou spécialistes ayant examiné le patient en première intention. Ce modèle améliore considérablement la prise en charge globale de la syncope par rapport aux hôpitaux similaires ne comportant pas une telle structure [12]. Il réduit le nombre d'explorations inutiles tout en augmentant le rendement diagnostique des examens : par exemple, chez 66 % des patients, moins de deux

examens ont été nécessaires pour établir le diagnostic étiologique d'une syncope précédemment inexplicite [13].

La combinaison des compétences professionnelles est indispensable ; ainsi, l'expérience et la collaboration dans des disciplines telles que la cardiologie, la neurologie, la médecine d'urgence, la gériatrie et la psychiatrie sont pertinentes. Le personnel médical et paramédical devra participer à temps plein à la prise en charge de l'US, et il sera familier avec les recommandations les plus récentes sur la syncope.

L'équipement nécessaire d'une US comprend un électrocardiographe, un matériel pour la surveillance continue par *monitoring* de la pression artérielle et du rythme cardiaque, une table pour la réalisation de tests d'inclinaison, la possibilité d'implanter des enregistreurs d'événements externes et implantables, des appareils pour la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et des Holters ECG de 24 heures. L'US aura aussi un accès facilité à l'échocardiographie, aux explorations électrophysiologiques, aux épreuves d'effort, à l'IRM/scanner cardiaque et cérébral ainsi qu'à l'électroencéphalographie.

Par ailleurs, des locaux dédiés à l'évaluation en ambulatoire sont absolument nécessaires. Les patients devront bénéficier d'un accès privilégié à l'hospitalisation et à tout traitement éventuel de la syncope, tel que l'implantation d'un stimulateur, d'un défibrillateur, une ablation endocavitaire, etc.

Principes généraux d'organisation

La grande majorité des patients souffrant de syncope peuvent être examinés et pris en charge à titre ambulatoire. L'un des objectifs importants d'une US est de réduire le nombre d'hospitalisations en offrant d'emblée au patient un chemine-

LE DOSSIER

Syncope : actualités

ment d'évaluation bien défini, rapide et pertinent, en accord avec les recommandations des sociétés savantes.

L'US dans un centre de référence doit ainsi baser son organisation sur les dernières recommandations pour la prise en charge (diagnostic et traitement) de la syncope, publiées par la Société européenne de Cardiologie (mise à jour en 2009) [14] qui font autorité à l'heure actuelle en France et en Europe.

La stratégie diagnostique sera fondée sur l'évaluation initiale. Le point de départ de l'évaluation d'une syncope est un interrogatoire minutieux et un examen clinique comprenant la recherche d'une hypotension orthostatique. Chez la plupart des jeunes patients sans cardiopathie sous-jacente, sans antécédent familial de cardiopathie, un diagnostic de syncope réflexe peut être posé sans autre exploration. Un ECG 12 dérivations doit également faire partie de l'évaluation générale des patients.

En accord avec ces recommandations, la création d'une US pourra se faire en s'adaptant au plus près à la structure déjà existante dans la plupart des départements de cardiologie français (**fig. 1**).

Conclusion

Les études suggèrent toutes, une amélioration en termes de rendement diagnostique, lorsque la prise en charge de la syncope a lieu dans une unité spécialisée et lorsqu'elle respecte les recommandations des sociétés savantes.

L'US sera bénéfique pour le patient : il pourra être exploré rapidement et le plus souvent à titre ambulatoire, avec une meilleure chance d'avoir un diagnostic précis et un traitement approprié en raison d'une approche multidisciplinaire et du strict respect des recommandations.

L'US sera bénéfique pour les structures de soin et les équipes médicales : la prise

en charge des patients ne nécessitera généralement pas d'hospitalisation, elle sera optimisée, résultant en un gain de temps, de capacités d'hospitalisation et d'efficacité.

L'US sera aussi bénéfique en termes de coût/efficacité : l'économie en journées d'hospitalisation et explorations inutiles a été démontrée par toutes les études basées sur ce type de prise en charge des patients souffrant de syncope. Par ailleurs, l'efficacité et la qualité de l'évaluation et du traitement sont garanties par le respect des recommandations des sociétés savantes qui régissent le fonctionnement de ces unités.

La création de ces structures répond à un besoin local. Leur mise en place ne nécessitera pas de moyens financiers importants, mais une réflexion, une réorganisation et une forte implication de la communauté médicale avec une coopération privilégiée et éclairée entre les différentes spécialités.

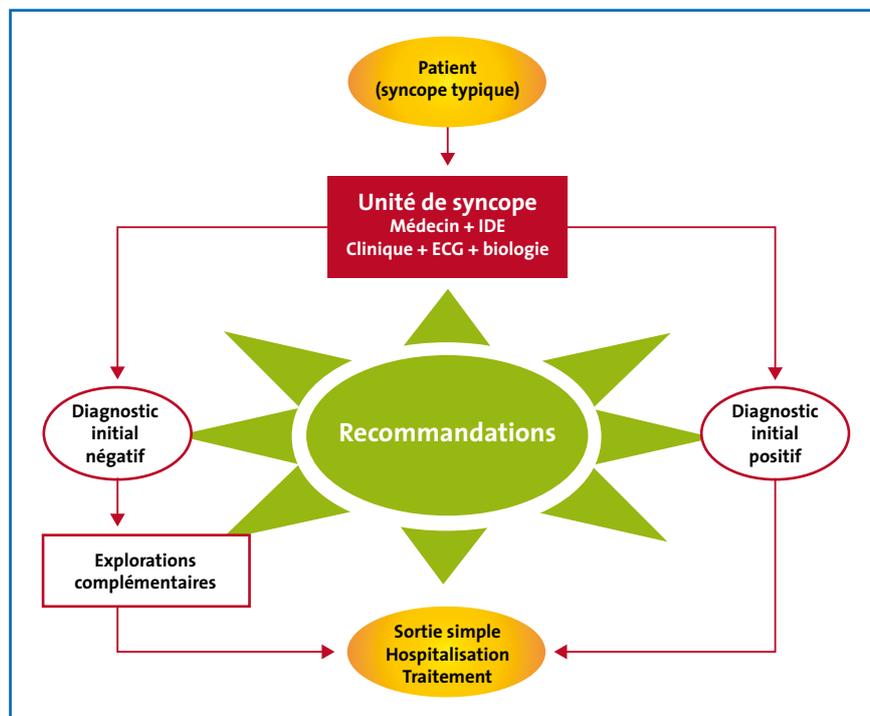


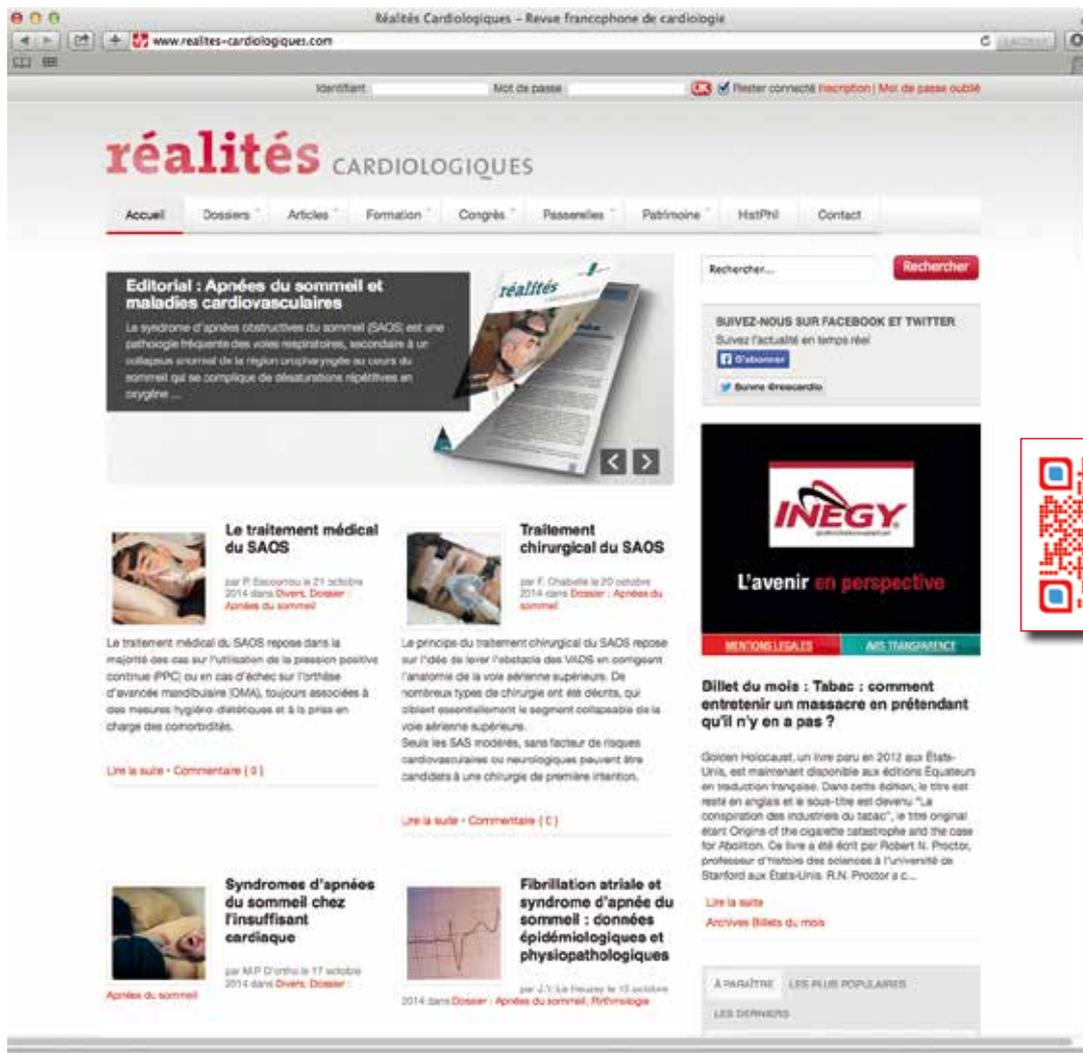
FIG. 1: Principe d'organisation d'une unité de syncope.

Bibliographie

1. DAY SC, COOK EF, FUNKENSTEIN H *et al.* Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med*, 1982;73:15-23.
2. SILVERSTEIN MD, SINGER DE, MULLEY A *et al.* Patients with syncope admitted to medical intensive care units. *JAMA*, 1982;248:1185-1189.
3. MORICETTI A, ASTORINO G. Epidemiological and clinical findings in 697 syncope events. *Minerva Medica*, 1998;89:211-220.
4. KAPOOR W. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine*, 1990; 69:169-175.
5. KAPOOR W, PETERSON J, WIEAND HS *et al.* Diagnostic and prognostic implications of recurrences in patients with syncope. *Am J Med*, 1987;83:700-708.
6. KAPOOR W, KARPF M, MAHER Y *et al.* Syncope of unknown origin: the need for a more cost-effective approach to its diagnostic evaluation. *JAMA*, 1982;247:2687-2691.
7. KENNY RA, O'SHEA D, WALKER HF. Impact of a dedicated syncope and falls facility for older adults on emergency beds. *Age Ageing*, 2002;31:272-275.

8. AMMIRATI F, COLIVICCHI F, SANTINI M. Diagnosing syncope in the clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multi-centre prospective trial – the OESIL 2 study (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *Eur Heart J*, 2000; 21:935-940.
9. DISERTORI M, BRIGNOLE M, MENOZZI C *et al*. Management of patients with syncope referred urgently to general hospitals. *Europace*, 2003;5:283-291.
10. AMMIRATI F, COLIVICCHI F, MINARDI G *et al*. Hospital management of syncope: the OESIL study. *G Ital Cardiol*, 1999;29: 533-539.
11. FARWELL DJ, SULKE AN. Does the use of a syncope diagnostic protocol improve the investigation and management of syncope? *Heart*, 2004;90:52-58.
12. BRIGNOLE M, DISERTORI M, MENOZZI C *et al*. The management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. *Europace*, 2003; 5:293-298.
13. CROCI F, BRIGNOLE M, ALBONI P *et al*. The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three Syncope Units. *Europace*, 2002;4:351-356.
14. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). The Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2009;30: 2631-2671.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



+ riche + interactif + proche de vous