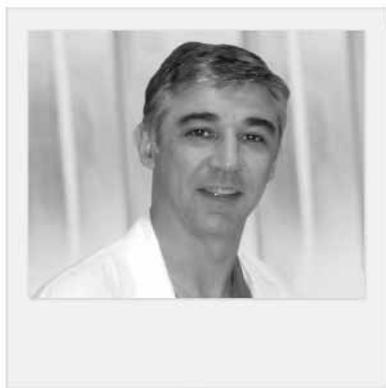


Les unités de syncope : organisation, matériel, résultats et économies

RÉSUMÉ : La stratégie d'évaluation des syncopes a connu des évolutions décisives ces dernières années, notamment grâce à la publication de recommandations. Néanmoins, l'application de ces recommandations est rendue difficile par le caractère multidisciplinaire nécessaire à l'approche de ce symptôme et par l'absence de réseaux de soins préétablis. C'est dans ce contexte que des unités spécialisées dans le diagnostic des syncopes, les "unités de syncope", voient le jour actuellement. Ce sont des centres d'expertise assurant un accueil rapide et ambulatoire des patients, appliquant les recommandations en cours et offrant un accès privilégié aux techniques et spécialistes nécessaires. Plusieurs modèles ont été proposés. Ils ont tous montré leur efficacité en termes de réduction des coûts, principalement par réduction du nombre d'hospitalisations, du délai d'attente avant examens complémentaires, et par l'expertise qui y est déployée, gage d'une prise en charge plus efficiente.



→ J.C. DEHARO, P. TAGHJI,
E. PEYROUSE
Hôpital de la Timone,
CHU, MARSEILLE.

Les syncopes affectent 3,5 % de la population générale et récidivent dans 30 % des cas. Elles représentent 1 à 6 % des admissions en service d'urgence et 0,6 à 1 % des motifs d'hospitalisation pour les auteurs américains [1, 2]. L'évaluation des syncopes a connu des évolutions considérables ces dernières années, notamment grâce à la publication de recommandations [3].

Néanmoins, force est de reconnaître que l'application de ces recommandations est souvent rendue difficile par le caractère multidisciplinaire de l'approche nécessaire et surtout par l'absence de réseaux de soins préétablis. C'est dans ce contexte que des unités spécialisées dans le diagnostic des syncopes, les "unités de syncope" [3, 4] – "syncope units" des Anglo-Saxons – voient le jour actuellement.

Unités de syncopes : Définition – Equipement

La nécessité de s'adapter aux divers systèmes de soins explique la diversité

des modèles proposés. Quelle qu'en soit la forme, une unité de syncope est un réseau de soins organisé ayant pour but d'offrir une démarche rapide, efficiente en termes de rentabilité diagnostique et de coût. Ces unités apportent aux patients et professionnels de santé une filière de soins "clairement lisible" en vue d'une prise en charge rapide et efficace. Bien qu'il soit difficile de donner une définition univoque d'une "unité de syncope", on peut retenir qu'une telle unité dispose d'un personnel médical et paramédical dédié, gage d'une prise en charge **experte**; la stratégie d'exploration adhère aux **recommandations** et standards internationaux reconnus; elle assure aux patients, au terme de l'évaluation initiale, un **accès rapide aux investigations** complémentaires invasives et non invasives nécessaires, ainsi que le recours éventuel à d'autres spécialistes selon les besoins; la **prise en charge thérapeutique** entre également dans le champ de compétence de ces unités (conseils, suivi,...).

Le **tableau I** précise les principaux critères définissant une unité de syncope.

- Ce type d'unité est un point "de convergence" où les patients peuvent être référés, bien connu des professionnels de santé assurant la prise en charge initiale.
- Ce sont des structures spécialisées dans le diagnostic de la syncope, répondant aux "standards" en cours, notamment en termes d'application des recommandations.
- L'approche multidisciplinaire y est disponible, comprenant essentiellement les aspects cardiologiques, neurologiques, de médecine d'urgence et de gériatrie.
- Les patients y sont évalués sur un mode ambulatoire et ont un accès rapide aux examens complémentaires, afin de limiter les coûts afférant à des hospitalisations souvent longues et non coordonnées.

TABLEAU I : Unité de syncope. Cahier des charges.

Les différents modèles existants

Chaque site et chaque système de soins ayant à développer les solutions qui lui sont appropriées, différents modèles d'unités de syncope ont été proposés dans la littérature.

>>> **Le "modèle italien", en service de cardiologie** (*The functional syncope management unit*) :

Il s'agit d'une unité dirigée par des cardiologues experts en "syncopologie", au sein d'un service de cardiologie. Les patients y accèdent via les services de l'hôpital, les urgences, ou la consultation externe. La prise en charge y est donc le plus souvent secondaire à l'évaluation initiale. Le **tableau II** présente le matériel pouvant équiper une unité de syncope du type de celle décrite dans le modèle italien.

Le modèle italien est détaillé dans les études EGSYS-1 [5] et EGSYS-2 [6]. Dans EGSYS-1, 6 hôpitaux ayant une unité de syncope placée en service de cardiologie sont comparés à 6 hôpitaux n'en ayant pas. Bien que le nombre de patients référés en unité de syncope après l'évaluation initiale soit faible dans cette étude (11 % seulement), une diminution significative du nombre d'investigations superflues a été notée, ainsi qu'un plus grand nombre de diagnostics de syncopes neuro-cardiogéniques. EGSYS-2 est une étude prospective, contrôlée,

multicentrique qui évalue l'intérêt du recours à une unité de syncope. Les unités de syncope interviennent en aval des services d'urgences. Elles sont ici vues comme une filière de soins assurant une stricte adhésion aux recommandations en cours.

L'expertise de l'équipe impliquée est complétée par un logiciel dédié assurant une étroite compliance avec les recommandations. Le travail précis que les médecins en charge de l'unité sont "régulièrement" impliqués dans la prise en charge de ce type de pathologie. Cette étude montre clairement la supériorité d'une prise en charge standardisée : **amélioration du rendement diagnostique, diminution du nombre d'hospitalisations et du nombre d'examens complémentaires. Il en résulte une très nette diminution du coût global des soins**: diminution du coût moyen par patient de 19 % et du coût moyen par patient et par diagnostic de 29 %.

- Un enregistreur électrocardiographique, un système de surveillance monitorée de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque.
- La possibilité de réaliser des tests d'inclinaison.
- L'accès aux enregistreurs d'événements rythmiques (implantables ou non).
- L'accès à la mesure ambulatoire de la pression artérielle, au holter de 24 heures, aux explorations du système nerveux autonome.
- Enfin, un accès préférentiel aux autres évaluations et traitements nécessaires en cas de syncope.

TABLEAU II : Dans la forme la plus aboutie d'unité de syncope, l'équipement doit comprendre les éléments ci-dessus.

>>> **Le "modèle américain", dans le service des urgences** (*Syncope Observational Unit in Emergency Department*)

Il est décrit dans l'étude SEEDS [7]. Cette étude prospective monocentrique randomisée, d'une durée de plus de 4 ans, a évalué l'intérêt d'une prise en charge standardisée **en unité de syncope incorporée aux services d'urgences d'un hôpital universitaire de soins tertiaires**, par comparaison à une prise en charge traditionnelle, chez un groupe de patients considérés comme à risque "intermédiaire" pour leur pronostic cardiovasculaire. Dans ce modèle, l'unité de syncope est composée d'un médecin urgentiste expérimenté (en moyenne diplômé depuis plus de 10 ans) et d'une infirmière. L'anamnèse, l'examen physique complet et l'électrocardiogramme ayant été réalisés, une télémétrie d'au moins 6 heures est mise en place, associée à un monitoring tensionnel horaire. En cas d'anomalies électrocardiographiques ou de l'examen physique, une échographie transthoracique est réalisée. Un test d'inclinaison, une recherche d'hyper-réflexie sinocarotidienne ou une consultation spécialisée de rythmologie peuvent être demandés par le médecin urgentiste selon les besoins. Au terme de ces 6 heures, les patients sans indication d'hospitalisation se voient proposer un suivi par consultation. Cette étude montre, chez 106 patients consécutifs, **une amélio-**

LE DOSSIER

Syncope : actualités

ration du taux de diagnostic étiologique suspecté initialement (multiplié par 7), **la diminution du taux d'admissions hospitalières** (divisé par 2) **sans modification de la durée d'hospitalisation moyenne. Cela ne s'accompagne d'aucune augmentation de mortalité à 2 ans ni d'un nombre plus important de récives syncopales.**

>>> Les "modèles anglais"

● *The Day-Case Syncope Evaluation Unit*

Mise en place à Newcastle par Kenny *et al.* [8], **elle se présente sous la forme d'un département de soins externes au sein d'un hôpital général.** Une approche multidisciplinaire basée sur l'application d'algorithmes diagnostiques est proposée aux patients ayant présenté une chute ou une perte de connaissance, avec une orientation particulière vers les sujets âgés. Les patients hospitalisés dans d'autres services, venant des urgences ou consultants externes, sont vus dans de très brefs délais, puis revus plus ou moins rapidement si besoin. Après une consultation par un gériatre, un médecin interniste ou un médecin généraliste, les patients ont accès à la plupart des examens complémentaires non invasifs ainsi qu'à de nom-

breuses méthodes thérapeutiques occupationnelles et à une prise en charge par des infirmières spécialisées. Le taux de consultations y est passé de 90 en 1991 à 2400 en 1999. **Indépendamment de critères d'efficacité diagnostique et de rapidité d'accès aux diverses explorations, l'étude montre que cette structure conduit à une réduction très importante des coûts, essentiellement par une diminution des durées de séjours hospitaliers en cas d'admission, et du nombre des réadmissions.**

● *The Rapid Access Black-out Clinic*

Décrite par Fitzpatrick, cette unité de syncope fonctionne comme un "centre d'orientation" des patients ayant présenté un trouble de la conscience. L'unité est sous la responsabilité d'infirmières spécialisées dans le domaine de l'épilepsie, des arythmies cardiaques et de la gériatrie. Les patients adressés par des médecins généralistes ou des services d'urgence remplissent un questionnaire. Ce questionnaire est analysé par les infirmières. Un cardiologue peut éventuellement être consulté pour l'interprétation de certains examens complémentaires, en particulier l'électrocardiogramme. A l'issue de

cette évaluation, les patients sont référés, selon les besoins, vers un cardiologue, un neurologue, un gériatre, un médecin généraliste ou un psychologue. La continuité des soins est assurée par la tenue et le partage d'une base de données.

● *The Rapid Referral for Unexplained Transient Loss of Consciousness (R. Sutton)*

Il s'agit d'un modèle pragmatique développé en relation avec les services d'urgence. Un questionnaire très élaboré est rempli pour chacun des patients ayant présenté une perte de connaissance, puis transmis à l'équipe de l'unité de syncope par fax. Les patients sont ensuite contactés et orientés selon les données du questionnaire.

Aucun modèle n'apparaît supérieur aux autres, ils ont tous montré leur efficacité en termes de réduction des coûts, principalement par réduction du nombre d'hospitalisations, du délai d'attente avant examens complémentaires, et par l'expertise qui y est déployée, gage d'une prise en charge plus efficiente. Le **tableau III** rappelle les principales caractéristiques des modèles d'unités de syncope.

	L'unité fonctionnelle en service de cardiologie Modèle italien	L'unité placée en service d'urgences Modèle américain	L'unité ambulatoire dédiée Modèle anglais [1]	Les unités d'orientation après trouble de la conscience Modèle anglais [2]
Personnel impliqué	Cardiologue/Personnel paramédical	Médecin urgentiste/Personnel paramédical	Médecins généralistes & gériatres/Personnel paramédical	Personnel essentiellement paramédical
Localisation	Service de cardiologie	Service des urgences	Unité autonome	Unité autonome
Type	Unité fonctionnelle dans un service de cardiologie	Lits dédiés au sein du service des urgences	Plateforme de soins ambulatoires	Antenne de consultation/Locaux administratifs
Provenance des patients	Patients externes, des urgences, hospitalisés	Patients admis aux urgences	Patients externes, des urgences, hospitalisés	Services d'urgence et de secours

TABLEAU III : Quelques modèles connus.

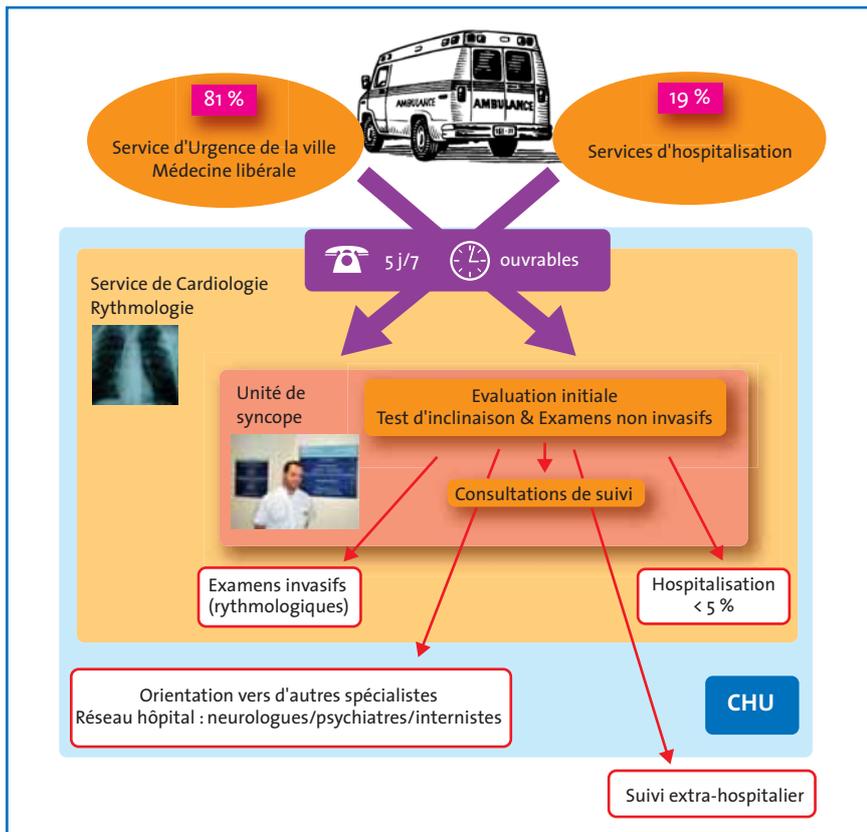


FIG. 1.

Un exemple : l'unité de syncope du CHU La Timone à Marseille

Cette unité de syncope (**fig. 1 et 2**) a été créée de façon formelle en 2008, au sein d'un service de rythmologie de CHU. Les premiers mois de fonctionnement ont été dédiés à la mise en place de la structure: formation du médecin généraliste assurant la coordination de l'unité à temps plein, des infirmières, information des médecins urgentistes, création d'un réseau de médecins pour les diagnostics différentiels (neurologie et psychiatrie principalement), création d'une base de données spécifique aux syncopes, uniformisation des protocoles d'examens complémentaires. Depuis, le fonctionnement de l'unité se base avant tout sur



FIG. 2.

un médecin à plein temps, strictement dédié à cette activité, entouré d'une équipe paramédicale partagée. Spécialement formé pour la prise en charge de cette pathologie, il reçoit les patients adressés par les urgences, les médecins libéraux, généralistes ou cardiologues. Rarement, il reçoit des patients adressés par d'autres services de l'hôpital. La prise en charge y est donc initiale ou, plus souvent, secondaire. L'unité se situant au sein même d'une unité de rythmologie, elle a un accès direct au test d'inclinaison, au holter, au monitoring tensionnel et rythmique. L'accès est facilité et très rapide pour tous les examens à visée cardiaques (échographie, holter ECG, exploration électrophysiologique, pose de holter implantable). Si la réalisation d'un test d'inclinaison est nécessaire, le médecin de l'unité effectue l'examen dans les plus brefs délais. Si un diagnostic non cardiovasculaire est évoqué, le patient est dirigé vers les spécialistes concernés (neurologie, gériatrie, psychiatrie...) selon des réseaux préétablis.

LE DOSSIER

Syncope : actualités

L'unité ambulatoire ne dispose pas de lits d'hospitalisation propres et a très rarement recours à l'hospitalisation (moins de 5 % des cas), qu'elle organise le cas échéant. L'unité est aussi le lieu de suivi (et de traitement) des patients ayant des syncopes neurocardiogéniques sévères et des patients appareillés de moniteurs ECG implantables ou externes. En 2009, c'est-à-dire lors de la première année pleine de fonctionnement de l'unité de syncope, il y a été réalisé près de 400 consultations. Comparée à l'activité de 2009 à la même période, l'activité de 2010 correspond au triple de celle de 2009.

Conclusion

Les unités de syncope sont la nécessaire prolongation des recommandations des Sociétés savantes, dont l'application demeure encore aléatoire en dehors de structures dédiées. Selon les systèmes de soins, différents modèles sont envisageables. Dans la

forme la plus "rudimentaire", il s'agit d'un spécialiste de la syncope offrant ses services, entouré d'un réseau informel ; les modèles les plus aboutis font appel à une équipe multidisciplinaire dédiée, disposant de locaux et de moyens spécifiques.

Quelle qu'en soit l'organisation, les unités de syncope ont unanimement montré leur efficacité en termes d'augmentation du nombre de diagnostics et de réduction des coûts. De telles structures devront se généraliser dans un proche avenir.

Bibliographie

1. KAPOOR WN. Evaluation and management of patients with syncope. *JAMA*, 1992 ; 268 : 2553-60.
2. MANOLIS AS, LINZER M, SALEM D *et al*. Syncope : current diagnostic evaluation and management. *Ann Int Med*, 1990 ; 112 : 850-63.
3. MOYA A, SUTTON R, AMMIRATI F *et al*. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009) : the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 2009 ; 30 : 2631-71.
4. CROCI F, BRIGNOLE M, ALBONI P *et al*. The application of a standardized strategy evaluation in patients with syncope referred to three syncope units. *Europace*, 2002 ; 5 : 351-5.
5. BRIGNOLE M, DISERTORI M, MENOZZI C *et al*. Management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. *Europace*, 2003 ; 5 : 293-8.
6. BRIGNOLE M, UNGAR A, BARTOLETTI A *et al*. Standardized-care pathway vs usual management of syncope patients presenting as emergencies at general hospitals. *Europace*, 2006 ; 8 : 644-50.
7. SHEN W, DECKER W, SMARS P *et al*. Syncope evaluation in the emergency department study (SEEDS). A multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation*, 2004 ; 110 : 3636-45.
8. 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 : 272-5.

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