

LE DOSSIER

Syncope : actualités

Les scores pronostiques après une syncope : quels patients hospitaliser ?

RÉSUMÉ : Devant la fréquence et l'hétérogénéité des causes de syncopes, il est important de définir des marqueurs de mauvais pronostic devant conduire à une évaluation rapide des patients en hospitalisation, idéalement dans une unité de syncope.

La stratification du risque doit être précoce, basée sur les *guidelines* ESC, et peut être facilitée par l'usage de scores pronostics. Parmi les éléments primordiaux de stratification du risque retrouvés dans les scores, on retrouve quasi systématiquement les anomalies ECG et la présence d'une cardiopathie.



→ **P. JACON, P. DEFAYE**
Hôpital Albert-Michallon,
CHU GRENOBLE.

La syncope se définit par une perte de connaissance brutale avec perte du tonus postural liée à un bas débit cérébral, sans prodrome, de durée courte, avec reprise de conscience rapide. Une fois le diagnostic posé, l'objectif principal de la prise en charge est la stratification du risque, afin d'évaluer en urgence les patients présentant un risque d'événements sévères, tout en limitant les hospitalisations coûteuses et inutiles. En dehors des critères classiques proposés par les *guidelines* ESC [1], plusieurs scores pronostiques ont été élaborés pour permettre un dépistage rapide des patients nécessitant une évaluation intensive.

Les scores : pour quoi faire ?

La syncope est un symptôme fréquent, sa prévalence est de l'ordre de 30 % dans la population générale [2]. Elle représente 1 à 6 % des consultations médicales et plus de 3 % des admissions en service d'urgence. Aux États-Unis, 30 à 40 % des patients se présentant en service d'urgence pour syncope sont admis en

hospitalisation, soit un coût annuel de 2,4 millions selon les données Medicare.

Le pronostic de la syncope va être extrêmement variable en fonction de la cause. Dans la cohorte de Framingham [3], parmi les étiologies retenues, on retrouve dans 9,4 % une origine cardiovasculaire et dans 21 % une cause vasovagale, la syncope restant de cause indéterminée dans 36 % des cas. Les syncopes d'origine cardiovasculaire sont associées à un pronostic péjoratif, alors que les patients souffrant de syncopes d'origine non cardiovasculaire auraient un pronostic proche de celui de la population générale (**fig. 1**).

Les études pronostiques réalisées sur la syncope aux urgences montrent que les événements surviennent souvent très précocement après la première évaluation, souvent dans les 48 premières heures. Les taux d'événements graves survenant dans les 7 à 31 jours suivant l'admission peuvent varier entre 7 et 23 % selon les études. Devant ces constatations, il semble important de déterminer, lors du premier examen

LE DOSSIER

Syncope : actualités

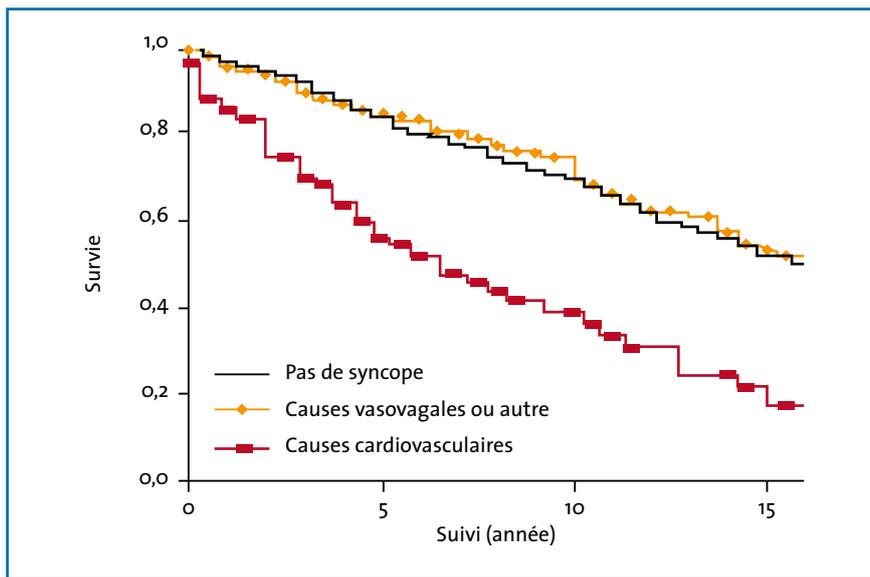


FIG. 1 : Courbes de survie des patients ayant présenté une syncope dans la cohorte Framingham. D'après [2].

mens complémentaires les plus pertinents pour la prise en charge. Cette prise en charge orientée en unité de syncope ("syncope unit") permet d'améliorer la rentabilité diagnostique tout en limitant les surcoûts liés aux hospitalisations prolongées et examens complémentaires inutiles.

La stratification du risque dans les recommandations

Pour aider le praticien dans la décision clinique pour la prise en charge du patient ayant présenté une syncope, les recommandations 2009 de la société européenne de cardiologie (ESC) pour la prise en charge des syncopes proposent une liste de critères imposant une évaluation intensive (**tableau I**).

au cabinet ou aux urgences, la gravité potentielle pour l'orientation des patients présentant une syncope.

L'objectif d'une stratification du risque rapide va être de définir les patients "à risque" nécessitant une évaluation

intensive (**fig. 2**), avec le score le plus simple et reproductible possible (et dans l'idéal pouvant être utilisable par n'importe quel médecin). Plus qu'une hospitalisation, il s'agit de guider les patients vers une unité permettant la réalisation rapide et orientée des exa-

Ces critères sont proposés par le consensus d'experts de l'ESC en adéquation avec les données de la littérature, mais leur valeur prédictive n'a pas été évaluée dans sa globalité. Leur utilisation simplifiée sous forme de logiciel est proposée dans l'étude EGSYS-2

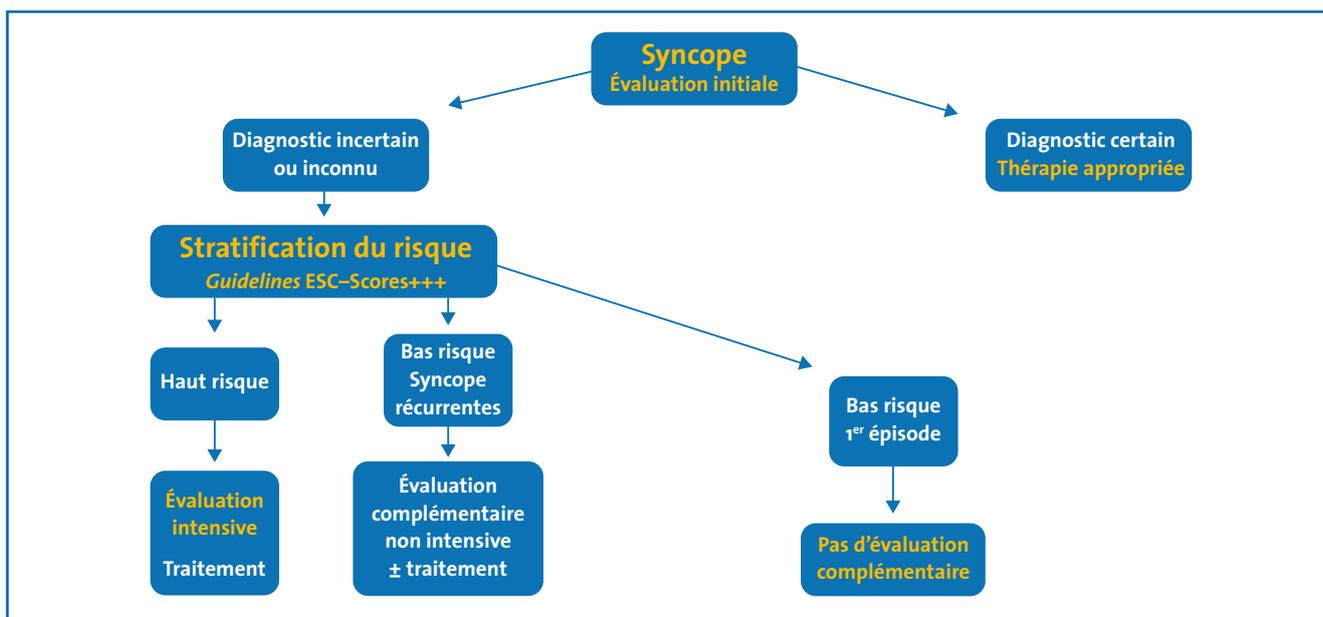


FIG. 2 : Organigramme de prise en charge des syncopes. Adapté d'après guidelines ESC 2009 [1].

Atteinte cardiaque sévère ou coronaropathie (insuffisance cardiaque, FEVG basse ou ATCD d'IDM)

Arguments cliniques ou ECG pour une syncope d'origine rythmique

- Syncope à l'exercice ou en position allongée
- Syncope associée à des palpitations
- Histoire familiale de mort subite
- TVNS
- Bloc bifasciculaire (BBG ou BBD + HBAG ou HBPG) ou autre trouble de conduction intraventriculaire avec QRS > 120 ms
- Bradycardie sinusale inappropriée (<50/min) ou *block* sino-atrial en l'absence de traitement chronotrope négatif ou de surentraînement
- Préexcitation ventriculaire
- QT long ou QT court
- Aspect de BBD avec sus-ST V1-V3 (aspect évocateur de Brugada)
- Ondes T négatives en précordial droit, onde epsilon, évocateurs de DAVD

Comorbidités importantes

- Anémie sévère
- Troubles métaboliques

TABLEAU I : Stratification du risque selon les recommandations ESC 2009 : Critères de gravité imposant une hospitalisation ou une évaluation intensive.

[4]. Dans une étude non randomisée comparant son usage à une démarche conventionnelle, ce type d'outil permet d'améliorer la rentabilité diagnostique, diminue les hospitalisations et la durée des séjours hospitaliers et améliore les coûts par patient.

Les scores pronostiques

Plusieurs scores simples ont été établis et validés pour la stratification du risque. La plupart ont été proposés avant la publication des recommandations 2009 et sont décrits dans celles-ci. L'intérêt de ces scores se veut pronostique, il est donc nécessaire que le diagnostic positif de syncope soit bien défini avant leur utilisation. Leur objectif est donc d'obtenir un outil simple de bonne valeur prédictive négative afin de ne pas laisser passer une syncope potentiellement grave, tout en étant suffisamment sélectif pour éviter la réalisation d'examen complémentaires inutiles.

Un résumé des principales caractéristiques de ces scores est proposé dans le **tableau II**. Tous ont leurs avantages et leurs faiblesses, en l'occurrence, tous n'ont pas fait l'objet d'un cursus de validation complet (études de dérivation, de validation interne puis de validation externe). Il faut noter également que ces scores ont été étudiés essentiellement pour le dépistage en service d'urgence, leur utilisation au cabinet n'est donc pas toujours adaptée (avec l'usage de paramètres biologiques pour certains scores). Pourtant, tout leur intérêt réside dans une utilisation très précoce, avant la réalisation d'explorations paracliniques. Cette stratification se veut donc essentiellement clinique, associée à l'analyse de l'électrocardiogramme.

Ces scores de stratification du risque peuvent être globalement classés en deux catégories en fonction de leur objectif :

>>> Évaluation du risque à court terme (événements au cours du premier mois) :

score San Francisco [5], score ROSE [6], score Boston [7], score STePS [8]. Les marqueurs de risque à court terme communs à la plupart de ces études et à considérer comme nécessitant une hospitalisation quasi systématique sont : 1 : symptômes évoquant un syndrome coronarien aigu ; 2 : antécédent ou symptômes d'insuffisance cardiaque ; 3 : cardiopathie ; 4 : ECG anormal ; 5 : anémie ; 6 : instabilité hémodynamique.

>>> Évaluation du risque à long terme (événements à 1 an) : étude de Martin *et al.* [9], STePS [8], OESIL [10], EGSYS [11]. Là encore, les antécédents cardiovasculaires et les anomalies ECG sont les éléments retrouvés le plus fréquemment associés à un pronostic péjoratif.

Les paramètres les plus fréquemment rencontrés dans ces scores rejoignent les propositions des recommandations puisqu'on retrouve l'électrocardiogramme anormal et les antécédents de cardiopathie. Cependant, une grande hétérogénéité de définition apparaît dans leur définition selon les différents scores (par exemple pour le score San Francisco, un ECG anormal correspondait à un changement de rythme ou un rythme non sinusal). Il est certainement plus simple de considérer les critères ECG ESC comme les critères ECG pertinents pour la stratification.

Les antécédents de maladie cardiaque sont également un élément majeur dans ces scores qui orientent vers une origine cardiovasculaire. Dans l'étude d'Alboni publiée en 2001 [12], ce critère isolé paraît discriminant pour la stratification du risque : l'absence de cardiopathie permet d'éliminer une origine cardiovasculaire dans 97 % des cas, et la présence d'une cardiopathie est un facteur prédictif indépendant fort de

LE DOSSIER

Syncope : actualités

N	Année	Etude	Variables	Score	Objectif	Résultats	Points forts	Points faibles
1	1997	Martin <i>et al.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ECG anormal • ATCD d'arythmie ventriculaire • ATCD d'insuffisance cardiaque • âge > 75 ans 	0 à 4 (1 pt pour chaque item)	Décès et arythmies à 1 an	4,4 % score 0 57,6 % score 3 à 4	Une des premières études	Évaluation uniquement à long terme Non validée
2	2002	OESIL	<ul style="list-style-type: none"> • ECG anormal • ATCD cardiovasculaire • absence de prodromes • âge > 65 ans 	0 à 4 (1 pt pour chaque item)	Décès à 1 an	0 % score 0 0,6 % score 1 14 % score 2 29 % score 3 53 % score 4	Validation externe pour événements après 6 mois	Évaluation uniquement à long terme Performances modestes > 6 mois
3	2004	San Francisco Syncope Rule	<ul style="list-style-type: none"> • ECG anormal • ATCD d'insuffisance cardiaque • dyspnée • hémocrite < 30 % • Tas < 90 mmHg 	Risque si ≥ 1	Événements à 7 jours	Sensibilité 98 % Spécificité 56 %	Premier score sur l'évaluation à court terme La plus largement validée	Grandes variations dans les performances Variables ECG trop floues Inclusion événements non sévères
4	2007	Boston Syncope Rule	Compilation de 25 variables	Risque si ≥ 1	Événements sévères à 30 jours	Sensibilité 97 % Spécificité 62 %	Grande liste de variables	Pas de validation externe Peu pratique
5	2008	STePS	<ul style="list-style-type: none"> • ECG anormal • absence de prodromes • traumatisme • sexe masculin 	Risque si ≥ 1	Événements sévères à 10 jours et 1 an	Valeur prédictive positive 11-14 %	S'intéresse au rôle des admissions hospitalières	Réadmission considérée comme un événement Pas de validation
6	2008	EGSYS	<ul style="list-style-type: none"> • palpitations avant syncope (+4) • ECG anormal/cardiopathie (+3) • syncope d'effort (+3) • syncope en position allongée (+2) • prodromes dysautonomiques (-1) 	Addition des items	Probabilité de syncope cardiaque Décès à 2 ans	2 % score < 3 13 % score 3 33 % score 4 77 % score > 4 2 % score < 3 21 % score ≥ 3	Première étude avec incorporation de variables	Non généralisable (nécessité d'un avis d'expert syncope) Sensibilité 92 % en validation interne, pas de solide validation externe
7	2010	ROSE	<ul style="list-style-type: none"> • BNP > 300 pg/mL • bradycardie < 50 • hémocult+ • HB < 90 g/L • douleur thoracique associée • onde Q ECG (sauf DIII) • SaO₂ < 94 % air ambiant 	Risque si ≥ 1	Événements sévères à 30 jours	Sensibilité 87 % Spécificité 66 %	Première étude utilisant le BNP	Nécessité dosage du BNP Sensibilité moyenne

ATCD = antécédent ; OESIL = *Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nel Lazio* ; STePS = *Short-Term Prognosis of Syncope* ; EGSYS = *Evaluation of Guidelines in Syncope Study* ; ROSE = *Risk Stratification of Syncope in the Emergency Department*.

TABEAU II : Principaux scores de stratification du risque dans la syncope.

syncope cardiaque avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 45 %.

Quelles limites pour les scores de stratification des syncopes ?

Plusieurs travaux récents remettent en cause l'utilité des scores pour réduire les

hospitalisations et les coûts tout en admettant leur valeur pronostique. Ces scores n'ont pas fait l'objet d'une comparaison entre eux, et la plupart sont validés par des travaux monocentriques. Il est difficile de définir quelle est la meilleure règle pour la pratique clinique. La méta-analyse récente de Costantino [13], comparant trois de ces grands scores (San Francisco, OESYL, EGSYS) au jugement du clini-

cienn, tend à démontrer que ces scores ne sont pas supérieurs au jugement clinique pour la prédiction d'événements à court terme (10 jours et 30 jours). Cependant, la disparité des méthodes de validation des scores, notamment en termes d'objectif, rend difficile toute comparaison directe des scores entre eux et avec le jugement du praticien. De nouveaux travaux restent en cours pour rechercher des outils de triage

