Un patient de 80 ans fait une syncope – que faire?

Chez les patients âgés, les syncopes comptent pour 1–3% des consultations en urgence et constituent le motif d'hospitalisation dans près de 6% des cas. Les étiologies qui entrent en ligne de compte sont nombreuses, ce qui n'empêche que l'origine de la syncope reste inexpliquée dans près de 50% des cas, même après des investigations poussées. L'un des buts des examens est d'exclure des causes certes rares, mais potentiellement fatales (arythmies dangereuses). Les éléments de l'anamnèse suggérant une insuffisance cardiaque ou une pathologie cardiaque ou valvulaire structurelle et les anomalies à l'ECG de repos constituent des indications précieuses en vue d'éventuelles investigations complémentaires plus ciblées. D'un autre côté, comme environ 25% des patients âgés victimes de syncope contractent une blessure plus sérieuse (par ex. fracture du col du fémur), il est également important de rechercher des étiologies sans danger en elles-mêmes, mais fréquentes et traitables, telles qu'une hypotension orthostatique. Alors, sommes-nous véritablement efficaces en la matière dans notre pratique quotidienne? Une étude récente, qui a porté sur plus de 1900 patients âgés de plus de 65 ans ayant fait une syncope, donne des résultats édifiants à ce sujet [1]: il a bien été confirmé que la mesure de la tension artérielle en position debout a de loin la plus forte probabilité de livrer un diagnostic, de conduire à une modification du traitement ou d'identifier l'origine de la syncope. Et pourtant, ce test n'a été réalisé que dans 38% des cas de syncopes! Et lorsqu'il a été effectué, il l'était souvent de façon incorrecte. Pas étonnant par conséquent que 50% des épisodes de syncope soient taxés d'«idiopathiques»! De plus, les différences de coûts des examens couramment demandés pour tirer au clair l'étiologie des syncopes sont énormes: échocardiogramme env. 7000 francs, ECG env. 1000 francs, même 35 000 francs pour un EEG et 27 500 francs pour un scanner crâniocérébral contre à peine 20 francs pour une mesure de la tension artérielle en position debout.

Nous pouvons donc féliciter à titre posthume le médecin allemand Fritz Schellong (1891–1953) pour son introduction dans la médecine clinique du test qui porte son nom et nous ferons bien de nous souvenir dans le même temps qu'il faut continuer à l'enseigner et à le demander (http://de.wikipedia.org/wiki/Schellong-Test). Rappelons aussi que son rendement est optimal lorsqu'il est effectué une heure après un repas (redistribution de la circulation sanguine dans l'intestin!). Comme toute bonne expérience en laboratoire, le test nécessite une bonne ligne de base (contrôle) avec documentation de l'état stationnaire, autrement dit du *steady-state* (= plusieurs valeurs en ligne de base!), une phase expérimentale et une phase de récupération. Le critère strict de la chute de la tension systolique de >20 mm Hg n'est pas toujours vérifié dans tous les cas de syncopes d'origine orthostatique, car les moments déclenchants ont souvent déjà été corrigés soit spontanément, soit pharmacologiquement au moment du test. Dans le bon contexte et surtout en présence de symptômes suggestifs (y compris des symptômes rares, tels que céphalées ou tremor orthostatique!), on évoquera donc ce diagnostic même devant des chutes de tension moins prononcées. Un test de Schellong correctement réalisé requiert évidemment un peu de temps et coûte très probablement plus que les 20 francs estimés dans cette étude pour la mesure de la tension artérielle en position debout. Il reste néanmoins comparativement extrêmement économique et donne la clé du diagnostic dans de nombreux cas. Les implications thérapeutiques permettent en outre d'améliorer la sécurité des patients, le cas échéant. Les résultats du travail mentionné ci-dessus soulignent donc que tout bilan de syncope devrait commencer par l'exclusion d'une étiologie orthostatique et non pas suivre, comme c'est malheureusement trop souvent le cas, une batterie d'investigations peut-être faciles à déléguer, mais très onéreuses, et qui ont échoué dans la recherche de l'origine de la syncope.

Reto Krapf

Référence

1 Mendu M, McAvay G, Lampert R, et al. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. Arch Intern Med. 2009;169:1299–305.