

ARTICLE COMMENTE
BOARD ECMU SFMU-WFF
JUIN 2023



Titre en français :

Efficacité diagnostique d'un protocole d'échographie corps entier au lit du patient consultant dans un service d'accueil des urgences pour syncope

Titre en anglais :

The diagnostic efficiency of whole-body bedside ultrasonography protocol for syncope patients in the emergency department

Première de couverture :



Problématique :

La syncope est un motif de consultation fréquent aux urgences (1). La classification du risque et la décision d'hospitalisation pour surveillance télémétrée reste difficile pour les praticiens. Les recommandations de prise en charge des syncopes publiées par l'ESC en 2018 proposent une classification du risque basée sur les antécédents, l'anamnèse, l'examen physique et les données de l'électrocardiogramme (2). L'échographie peut permettre le diagnostic d'une

hypovolémie, d'une embolie pulmonaire, d'une dissection aortique, d'une défaillance cardiaque, d'un rétrécissement aortique et d'une sténose carotide avec une bonne sensibilité (3). Cependant l'échographie n'est à ce jour pas utilisée en pratique courante pour détecter ces pathologies chez les patients ayant fait une syncope consultant en service d'accueil des urgences.

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si la pratique d'un protocole d'échographie «corps entier » (WHOBUS : whole-body ultrasonography) permettait d'identifier les patients à haut risque parmi ceux consultant pour une syncope en service d'accueil des urgences, et son effet sur la prise en charge de ces patients.

Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale menée sur un échantillon de patients adultes consultant en service d'urgence pour syncope. Les patients pour qui un diagnostic causal de la syncope était clairement établi (hypoglycémie par exemple) étaient exclus. Le risque et la stratégie de prise en charge étaient établis par un premier praticien à l'aide des données cliniques et de l'ECG. Un protocole WHOBUS était ensuite pratiqué par un médecin urgentiste expérimenté en échographie.

Le protocole comprenait :

- une échographie pulmonaire à la recherche d'un syndrome interstitiel, un pneumothorax ou un épanchement pleural
- une échographie cardiaque recherchant un épanchement péricardique, une altération de la FEVG ou un trouble cinétique segmentaire, une dilatation du ventricule droit, une augmentation du diamètre ou des signes de dissection de l'aorte ascendante, un aspect morphologique de rétrécissement mitral ou aortique
- une échographie abdominale à la recherche d'un épanchement intra-abdominal, des signes de dissection aortique, ou des anomalies des organes solides
- une échographie de compression veineuse 4 points au niveau fémoral et poplité
- une échographie carotidienne en mode B à la recherche d'une sténose significative
- une mesure par échographie du diamètre de la veine cave inférieure

Les résultats de l'échographie étaient communiqué au praticien en charge du patient et il lui était demandé si il changeait sa décision d'hospitalisation ou non du patient.

Résultats principaux :

Cent cinquante deux patients ont été inclus. Le protocole WHOBUS a pu être correctement effectué pour 131 patients (86.1%) et avait une durée médiane de réalisation de 14 minutes [12-16]. L'anomalie échographique la plus fréquemment retrouvée était un collapsus inspiratoire >50% de la veine cave inférieure, chez 94 patients (64.3%). D'autres anomalies échographiques considérées comme étant la cause de la syncope ont été détectées chez 35.5% des patients. L'âge, une fréquence cardiaque élevée ou la présence d'au moins un critère de haut risque selon les recommandations de l'ESC étaient des facteurs de risque indépendants de détection d'une anomalie échographique. Les données du protocole WHOBUS ont conduit à un changement de décision d'hospitalisation pour 13.8% des patients. Un traitement a été réalisé en conséquence des résultats de l'échographie pour 35 (23%) des patients, dont : 6 traités par antiagrégants pour une sténose carotidienne, 4 ayant subi une endartériectomie carotidienne, 3 une implantation d'une valve aortique par voie percutanée, 7 traités par anticoagulants et 2 par fibrinolytique pour une embolie pulmonaire.

Commentaire :

Dans cette étude, la réalisation d'un protocole WHOBUS a permis d'identifier la cause de la syncope dans plus d'un tiers des cas, et engendré des mesures thérapeutiques immédiates pour 23% d'entre eux. La présence d'un collapsus inspiratoire >50% de la veine cave inférieure chez 64.3% des patients peut être expliqué par la persistance d'une vasoplégie quelques heures après la syncope, sans que ce soit nécessairement la cause de celle-ci. Cela peut également être expliqué par l'inclusion dans cette étude de 25 patients (16.4%) présentant encore des symptômes à l'admission, ce qui ne correspond pas au tableau de syncope tel que défini par l'ESC (2). La littérature retrouve la présence d'anomalies à l'échographie cardiaque après une syncope chez 43.7% des patients à « haut risque » selon les critères de l'ESC (4). La présence d'une sténose carotidienne est identifiée dans 5 à 10% des cas selon les études (5,6). L'ESC recommande déjà la réalisation d'une échocardiographie après une syncope chez les patients pour qui on « suspecte une maladie structurale cardiaque » sur les données de l'anamnèse, de l'examen clinique et de l'ECG (2). Les pathologies recherchées sont : une sténose aortique, une tumeur ou un thrombus cardiaque obstructif, une tamponnade et une dissection aortique. La réalisation d'un protocole d'échographie plus exhaustif « WHOBUS » permet d'identifier des causes curables et à haut risque de récurrence, particulièrement chez les patients plus âgés ou présentant des critères de haut risque selon les recommandations de l'ESC. Cependant, la réalisation d'un protocole d'échographie corps entier est chronophage et sa place dans la prise en charge diagnostique d'une syncope aux urgences doit encore être étudiée, tant sur le contenu du protocole que sur la population ciblée.

Références

1. Shen WK, et al. Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS): a multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation*. 2004 Dec 14;110(24) :3636-45.
2. Brignole M, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018 Jun 1;39(21):1883-1948.
3. Alonso JV, et al. Protocols for Point-of-Care-Ultrasound (POCUS) in a Patient with Sepsis; An Algorithmic Approach. *Bull Emerg Trauma*. 2019 Jan;7(1):67-71.
4. Ghani AR, et al. The role of echocardiography in diagnostic evaluation of patients with syncope-a retrospective analysis. *Am J Cardiovasc Dis*. 2019 Oct 15;9(5):78-83.
5. Scott JW, et al. Choosing wisely for syncope: low-value carotid ultrasound use. *J Am Heart Assoc*. 2014 Aug 13;3(4):e001063.
6. Kadian-Dodov D, et al. Diagnostic utility of carotid artery duplex ultrasonography in the evaluation of syncope: a good test ordered for the wrong reason. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2015 Jun;16(6):621-5.