



Faculté de médecine

Année 2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Camille Marie VENNETIER

Née le 28 Juin 1985 à Brive la Gaillarde (19)

TITRE

Analyse des hospitalisations pour « malaise » dans le service de médecine
Interne Polyvalente du Centre Hospitalier de Dreux

Présentée et soutenue publiquement le **12 Juin 2020** date devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur François Maillot, Médecine Interne, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Anne BOURGARIT-DURAND, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Paris

Professeur Laurent PLANTIER, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Agnès CARNET, Médecine d'Urgence, PH, CH Dreux

Directeur de thèse : Docteur Christophe Leroux, Médecine Interne, PH, CH Dreux

TITRE

Analyse des hospitalisations pour « malaise » dans le service de médecine Interne Polyvalente du Centre Hospitalier de Dreux

RESUME

Devant le nombre croissant de patients consultant aux urgences pour le motif « malaise », le nombre d'hospitalisations pour investigations par la suite est lui aussi en hausse. La prise en charge n'étant pas standardisée, les patients vont bénéficier d'une multitude d'examens complémentaires et avis spécialisés afin de déterminer l'étiologie de ce malaise. Malgré cela le diagnostic de sortie n'est pas toujours posé et l'étiologie reste inconnue ce qui est vécu comme anxiogène par les patients.

Objectif : Caractériser la population consultant aux urgences pour « malaise » et hospitalisée en Médecine Interne Polyvalente pour investigations. Faire un état des lieux de la prise en charge en service ainsi que l'aboutissement en termes de diagnostic de sortie. Evaluer la durée moyenne et la valorisation du séjour.

Méthode : L'étude a été rétrospective, analytique, au moyen d'un recueil des données sur les logiciels intra-hospitaliers du CH de Dreux.

Résultats : Sur la durée, 50 patients ont été inclus, sensiblement à part égale de femmes (48%) et d'hommes (52%), dont 42 % avaient plus de 70 ans. Ils avaient pour majorité des antécédents cardiologiques (retrouvés 29 fois) avec pour 76 % une PCI. La réalisation d'un ECG a eu lieu pour 76 % d'entre eux. Parmi les 20 patients ayant eu à la fois une PCI et un ECG, 9 présentaient une anomalie. Malgré la batterie d'examens cardiologiques et neurologiques, seulement 5 patients ont bénéficié du test d'hypotension orthostatique recommandé dans les guides européens et français. Aucun n'a bénéficié des tests d'inclinaison ou d'un monitoring cardiaque implantable. Un diagnostic de sortie a été établi pour 78% des patients avec un « malaise » en majorité d'étiologie infectieuse. La valorisation moyenne des séjours était de 3941,03 euros pour une durée moyenne de 9 jours.

Conclusion : Cette étude a permis de caractériser la population consultant au CH de Dreux pour « malaise » et hospitalisée par la suite pour en déterminer l'étiologie. Notre population est sensiblement similaire aux données de la littérature. Cependant l'étude a mis en avant que nous réalisions insuffisamment les examens recommandés, mais à contrario nous réalisions de nombreux examens cardiologiques et neurologiques, avec des séjours longs, rapportant peu. Les diagnostics de sortie étaient majoritairement plutôt d'origine infectieuse.

Mots clés : malaise, hospitalisation, examens complémentaires, syncope

TITLE

Analysis of hospitalizations for «malaise » in the Internal Medicine unit in Dreux Hospital

ABSTRACT

Noting the increasing number of patients consulting in the emergency department for «malaise», the hospitalizations number for further investigations is also rising. As there is no standardised protocol, patients will benefit a multitude of additional examinations and specialized opinions to determine the etiology of this « malaise ». Despite that, the final diagnosis is not always found and the etiology remains unknown which is stressful for patients.

Aim : categorizing the population consulting in the ED for « malaise » and then hospitalized into the Internal medicine unit for investigations. Examining how the patients are taken in charge leading or not to a final diagnosis. Evaluate the hospital average duration and its cost.

Method : We chose to do a retrospective study based on information extracted from the Dreux Hospital software with a special data collection form.

Results : Over 6 years, 50 patients were included, approximatively equal women (48%) and men (52%), 70 % were 70 years old and more. Cardiology medical background was the most frequent (found 29 times) and a T-LOC for 76 %. An ECG was recorded for 76 % of our patients. Among those who experienced a T-LoC and had an ECG, 9 were abnormal. Despite the battery of cardiac and neurological exams, only 5 patients benefited from the orthostatic hypotension test recommended in the European and French guidelines. None of them had a Tilt Test or an ILR. A final diagnosis was established for 78% of patients, with a majority of infectious etiology. The mean cost of stay was 3941.03 euros for a mean duration of 9 days.

Conclusion : This study aimed to characterize the Dreux Hospital population consulting for “malaise” and hospitalized to find an etiology. Our population is substantially similar to the scientific literature. However, the study pointed out that we did not sufficiently follow the guidelines. On the opposite we applied many cardiac and neurological examinations, with long and costing stays. Final diagnoses were mostly infectious.

Key words : « malaise », hospitalization, additional examination, syncope

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
QUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de Maîtres de cette Faculté,
De mes chers condisciples
Et selon la tradition d'Hippocrate,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
Et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
Et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux
Ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
Les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
A corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
Je rendrai à leurs enfants
L'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
Si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
Et méprisé de mes confrères
Si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur François MAILLOT, Président du jury.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance pour me permettre de toucher enfin au but, la Médecine d'Urgence.

A Madame le Professeur Anne BOURGARIT-DURANT et Monsieur le Professeur Laurent Plantier, membres du jury.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. J'espère contribuer à faire avancer à ma façon la Médecine Interne Polyvalente. Recevez ici le témoignage de ma gratitude.

Au Docteur Agnès CARNET, merci d'être là, encore et toujours, de m'avoir soutenue dans les moments de doute et de m'avoir accompagnée depuis mes premiers pas d'apprentie docteur. Le futur médecin que je suis n'en serait sûrement pas là sans toi...Je suis heureuse d'avoir grandi grâce à tes conseils et mini Agnès est prête à prendre la relève !

Au Docteur Christophe LEROUX, qui m'a fait confiance pour ce travail et qui m'a accompagnée jusqu'à la dernière minute. J'ai une profonde admiration pour le médecin et la personne que tu es. J'ai adoré apprendre et découvrir à tes côtés cet art de la médecine avec ses secrets et ses complexités. Les jeudis en réanimation ont été un vrai bonheur ! Merci infiniment pour ce partage qui je l'espère continuera encore longtemps.

A mes collègues des urgences : le chef, Djamal, Nasro, Boubou, et tous les autres ce fut 3 années absolument géniales ! Merci pour les connaissances et aussi les moments de rigolade, j'ai hâte de revenir travailler avec vous.

A la team italia, Ana et Francesca, devenues des amies, que je chéris et avec qui en garde comme autour d'un café j'ai plaisir à discuter, bavarder et échanger les derniers potins de #radioDjamal et surtout avec qui j'ai énormément appris (et ce n'est pas fini!)

A la dream team drouaise : Solène, Chloé, Chadi, Dyna, Quentin, Pierre, Alexine, Valeria et François. Co-internes et amis avec qui on aura quand même bien rigolé et montré qu'à Dreux c'est fun !

A la team Rea : El Dentisto et Thomas, on aura quand même bien rigolé ces 6 mois, le mur en témoigne ! Mention particulière pour Aude et Florent et oui bien sûr j'ai fait attention au guide.

A tous les médecins, infirmières et aides-soignants que j'ai croisés durant mon parcours qui m'ont appris et répété maintes et maintes fois les mêmes choses mais bon je suis blonde ! Une pensée pour Marie-Hélène, Sophie et Frédéric qui m'ont fait vivre et penser la médecine générale différemment. Pour les filles et Jorge des soins pall' : merci de m'avoir montré une médecine différente, riche et tellement humaine !

A Madou, celle à qui je peux tout raconter, qui comprend exactement ce que je vis au moment où je le vis puisque pour les chirurgiens c'est encore pire ! Notre amitié est faite pour durer et des milliers de sms ou d'innombrables heures au téléphone le prouvent...On part où l'année prochaine ?

A Sev, pour sa grande patiente et notre complicité, les moments trop courts passés ensemble sont toujours un régal. Tendresse pensée pour ta famille et toi.

A mes copains de Cluj, Célia, Yannick, Manue, Alizée, Edouard et Joschka, plus spécialement Jérémie. C'était une chouette aventure, on en aura vécu des soirées au Janis, des Road trip, des nuits blanches à réviser autour de sushis. Au final nous avons réussi ...Va pup ! J'ai une pensée particulière pour toi Margaux qui nous a quittés en cours de route et qui aurait été un médecin fabuleux.

A Alexia, amie fidèle qui a toujours répondu présente quel que soit le problème. Je suis heureuse de la savoir au bout du fil malgré les kilomètres. Vivement ton retour !

A l'équipe du SAJ de Cluj qui m'a permis non seulement de découvrir la langue et la culture roumaines mais qui m'a aussi donné le goût de la Médecine d'Urgence. Les gardes, mêmes les plus difficiles, ont été des moments de partage infiniment riches dont je garde un souvenir impérissable. Pensées particulières pour Anuța, Carmen, au Docteur Coronaiu et au Docteur Calin.

A toute ma famille, à mes grands-parents, à ma marraine, pour avoir cru en moi et m'avoir accompagnée tout au long de ce chemin long et sinueux allant jusqu'en Roumanie. Merci encore pour vos encouragements et votre amour.

A ma belle-famille, merci d'être présents aujourd'hui à mes côtés et de m'avoir accueillie dans votre famille. J'apprécie chaque fois un peu plus nos week-ends !

A mes parents, qui m'ont permis de réaliser mon rêve. Qui m'ont soutenue via skype pendant de très longues heures, qui m'ont encouragée sans jamais douter. Merci Maman pour les innombrables valises pleines que tu as transportées pour me ramener un peu de France à Cluj, en sautant dans l'avion dès que j'avais le moral dans les chaussettes. A Gaspard et Sarah, merci pour toutes ces années à vos côtés et d'être là, physiquement ou par la pensée, pour ce jour si particulier pour moi. Merci à tous pour ce rêve dont vous m'avez fait cadeau aujourd'hui.

A Guillaume, rencontre improbable, il faut croire que finalement l'attente avait raison d'être. Merci de m'avoir épaulée durant cet internat parfois éprouvant, de supporter mon caractère « facile » à vivre et de m'avoir offert le plus beau des cadeaux.

Et enfin à Augustin, le meilleur pour la fin, merci mon chaton d'illuminer ma vie. Même si ton arrivée a été difficile et combiner vie d'interne et vie de maman a parfois été épuisant je n'ai aucun regret. Tu es un bonheur qui n'a pas de prix.

« La force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin »

Hippocrate

Abréviations

AAP agrégant anti plaquettaire

AC/FA arythmie complète par fibrillation auriculaire

ADO anti diabétique oral

ASP abdomen sans préparation

AVK anti vitamine K

BAV bloc auriculo ventriculaire

BNP peptide natriurétique B

BZD benzodiazépine

CHU centre hospitalier universitaire

CNIL commission nationale de l'informatique et des libertés

CPK créatine phosphokinase

CRP protéine C réactive

ECG électrocardiogramme

EEG électroencéphalogramme

ESC european society of cardiology

ETO échographie trans œsophage

ETT échographie trans thoracique

FDR facteur de risque

GDS gaz du sang

HAS haute autorité de la santé

HTAP hypertension artérielle pulmonaire

HTCD hospitalisation de très courte durée

IEC inhibiteur de l'enzyme de conversion

INR International Normalized Ratio

IRM imagerie par résonnance magnétique

IPP inhibiteur de la pompe de protons

NACO nouveaux anti coagulants oraux

NFS numération de la formule sanguine

PA pression artérielle

PCI perte de connaissance initiale

PCT procalcitonine

PDC perte de connaissance

RP radiographie pulmonaire

SAU service d'accueil des urgences

SCD sudden cardiac death (mort subite)

SFMU société française de médecine d'urgence

SMUR service mobile d'urgence et de réanimation

SNA système nerveux autonome

TDM tomodensitométrie

T-LOC transient loss of conscious (perte de conscience)

TSA tronc supra aortique

TTT traitement

Table des matières

Abréviations	13
I - Introduction.....	16
II - Théorie	18
2.1 Syncope : définition.....	18
2.2 Classification.....	20
2.3 Physiopathologie (9,21).....	20
2.4 Etiologies et classification (24)	21
2.4.1 Les causes cardiaques ou vasculaires :(1,8,9,15,16,18,21)	21
2.4.2 L'hypotension orthostatique :(8,9,15-18,21,30-32)	23
2.4.3 La syncope réflexe à médiation neurologique : (8,9,15-18,21,30,33-35).....	23
2.5 Le diagnostic (8,9,15-17,36)	25
2.5.1 Interrogatoire(8,9,15,16).....	25
2.5.2 Examen clinique (8,9,15,16)	25
2.5.3 ECG de repos (8,9,15,16)	26
2.6 En aval de l'évaluation initiale (8,9,15,16,37)	26
2.7 Orientation après les urgences	28
III - Matériel et méthode	31
3.1 Type d'étude.....	31
3.2 Critères d'inclusion	31
3.3 Recueil des données.....	31
3.4 Variables recueillies et traitement des données.....	32
3.5 Accord CNIL :	32
IV – Résultats	33
4.1 Inclusion :	33
4.2 Données générales :	33
4.3 Prise en charge aux urgences	39
4.4 Prise en charge dans le service de médecine Interne et Polyvalente	44
V – DISCUSSION	50
5.1 Points forts	50
5.2 Points faibles	50
5.3 Généralités	51
5.4 Prise en charge aux urgences	51
5.5 Prise en charge en service de Médecine Interne et Polyvalente	53
VI – Conclusion	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56

VENNETIER Camille..... 74

I - Introduction

L'entité « malaise » est un motif fréquent de passages aux urgences, représentant environ 3 à 5% des admissions dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) (1,2) avec 740 000 passages annuels aux urgences aux Etats-Unis (3) et approximativement 37 475 en 2002 en France (2). Dans la littérature, le diagnostic étiologique du « malaise » n'est pas toujours réalisé aux urgences, et nécessite dans environ 40 % des cas une hospitalisation pour investigations complémentaires aux Etats- Unis (4,5) et environs 58% en France (2). Le coût de ces hospitalisations représentait pas loin de 2.4 billion de dollars en 2005 aux Etats Unis, avec une moyenne par hospitalisation de 5 400 dollars (4,6), et au final pour une rentabilité diagnostic peu élevée. De plus, l'absence de diagnostic final peut être une source d'anxiété chez le patient présentant des épisodes de « malaises » récurrents, avec un risque de « surconsommation » médicale et de recours répétés au SAU (7).

Avant toute chose il convient de définir le terme « malaise ». Ce terme ne devrait plus être utilisé, car il est imprécis et regroupe des situations cliniques floues et différentes. Le « malaise » décrit une plainte alléguée par le patient, subjective et sans spécificité. Il ne répond pas à un cadre nosologique médical courant, il est pourtant repris dans le titre des recommandations éditées par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (8). Contrairement à la syncope, qui répond à une définition médicale claire et précise, le « malaise » ne répond pas à une définition univoque, ni à une stratégie diagnostic codifiée, ce qui en rend l'analyse difficile.

L'approche diagnostic ainsi que la prise en charge de la syncope ont fait l'objet de nombreuses publications et recommandations, dont la dernière en date celle de l'European Society of Cardiology (ESC) (9), permettent d'en préciser les modalités pour la pratique médicale du quotidien. Cependant, malgré une littérature scientifique riche concernant la prise en charge des syncopes au cours des dix dernières années, les tentatives de mise en place de protocoles et de scores de risques pour guider sa prise en charge en France, restent peu standardisées et bien souvent à l'appréciation du clinicien.

Devant le constat d'une augmentation du nombre d'hospitalisations pour bilan de « malaise », (6 % des hospitalisations annuelles) (10–12), nous avons souhaité étudier les hospitalisations pour ce motif dans le service de Médecine Interne Polyvalente et Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier de Dreux, après un passage aux Urgences. Après la description épidémiologique de la population étudiée, nous nous sommes intéressés à la prise en charge diagnostic dans le service, ainsi qu'aux étiologies retrouvées. Nous avons également regardé la valorisation du séjour pour « malaise », ainsi que la durée de séjour.

A l'issue de ce travail, notre objectif est de mettre en place dans le service, et plus largement au sein de notre hôpital, une stratégie consensuelle, en se rapprochant des recommandations pour la prise en charge des « malaises », permettant à terme une réduction au strict minimum du nombre d'examens complémentaires recommandés actuellement, ainsi qu'une réduction du coût des durées de séjours.

II - Théorie

Le mot « malaise » est un vocable « fourre-tout » utilisé couramment dans la langue française. Il est défini à la fois comme une sensation pénible, mal localisée et une brusque défaillance des forces physiques pouvant aller jusqu'à l'évanouissement. (13) Très souvent utilisé en médecine, le malaise n'a pourtant aucune définition médicale précise et n'est associé à aucune pathologie ou syndrome spécifique.

En médecine d'urgence il est fréquemment utilisé comme motif d'appel bien qu'il ne soit pas adapté. Généralement il est associé à un complément d'information afin de caractériser ce malaise. Par exemple à l'issue du triage, l'infirmière d'accueil écrira « malaise avec perte de connaissance » ou encore « malaise avec morsure de langue et perte d'urines ». Le malaise est, comme nous l'avons dit en introduction, un motif de recours fréquent aux urgences, représentant approximativement 3 à 5 % des passages par an. (2,14)

Face à une présentation clinique « protéiforme » du « malaise » la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a édité sur le sujet des recommandations en 1996 (15), actualisées en 2015. (8) Ces recommandations s'appuient sur une littérature Anglo-saxonne quasi exclusive et très riche. L'ESC (European Society of Cardiology) a elle aussi émis un guide en 2009, actualisé en 2018. (9) Enfin, l'HAS (Haute Autorité de Santé) a rédigé des recommandations (16) en y intégrant les recommandations des principales sociétés savantes sur le sujet. Cependant il subsiste un problème : le terme « malaise » n'a aucune traduction dans la littérature Anglo-saxonne qui parle, elle, de « syncope ». La confusion entre « malaise » et « syncope » est fréquente alors que les caractéristiques cliniques, la démarche diagnostic, les étiologies, la prise en charge et le pronostic de cette dernière sont complètement différents. Si bien que les recommandations actuelles, tant Françaises, qu'Anglo-saxonnes, concernent exclusivement la syncope.

Il n'est d'ailleurs plus recommandé d'utiliser le terme « malaise » dans une démarche diagnostic selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (16), mais celui de syncope.

2.1 Syncope : définition

Le terme syncope n'est pas nouveau. Il fait son apparition vers 1400 et trouve son origine dans le mot grec « *synkoptein* » dérivé du mot « *syn* » qui signifie « avec » et du verbe « *koptein* » traduit par le verbe « couper » ou plus spécifiquement « interrompre ». La syncope est également retrouvée en latin sous le terme « *syncopa* » qui signifie « défaillance, évanouissement ». (17)

La définition actuelle, émanant des sociétés savantes, dont l'ESC est « **une perte de connaissance (ou conscience) de début rapide, de durée généralement brève, spontanément résolutive, s'accompagnant d'une perte de tonus postural avec un retour rapide à un état de conscience normal, due à une hypo perfusion cérébrale globale et passagère** » (9) Cette définition claire et précise contraste avec l'absence de consensus concernant l'entité « malaise ».

La perte de connaissance (ou conscience pour les anglo-saxons) est un élément déterminant dans l'approche clinique de la syncope. Les malaises sans perte de connaissance ou « lipothymie » sont considérés comme une forme incomplète de syncope.

En précisant « spontanément résolutive », les morts subites récupérées et les comas sont exclus du cadre nosologique.

Enfin, en ajoutant « retour à un état de conscience normal » la syncope se différencie de l'épilepsie au cours de laquelle il existe une confusion postcritique, avec un retour à un état de conscience progressif, pouvant atteindre plusieurs minutes. (18)

Dans certains cas, les syncopes peuvent être précédées par des prodromes tels que nausées, tremblements, vertiges, troubles visuels ou bien encore sudation traduisant l'imminence de la syncope (15). Ces symptômes « pré-syncopaux » sont très fréquents chez le sujet âgé (19). Cependant la plupart du temps, la syncope arrive sans signe précurseur et de façon brutale. La durée de la syncope est difficile à estimer et sans témoin elle reste approximative. L'ESC évoque une durée de 20 secondes. Il est admis en revanche qu'au-delà de 5 minutes il ne s'agit plus d'une syncope mais d'un coma (15,20).

L'ESC ajoute également que les chutes inexplicables, doivent être considérées comme des syncopes.(9)

2.2 Classification

Une classification des pertes de connaissance a été proposée par l'ESC (9) : elle est présentée dans le schéma suivant :

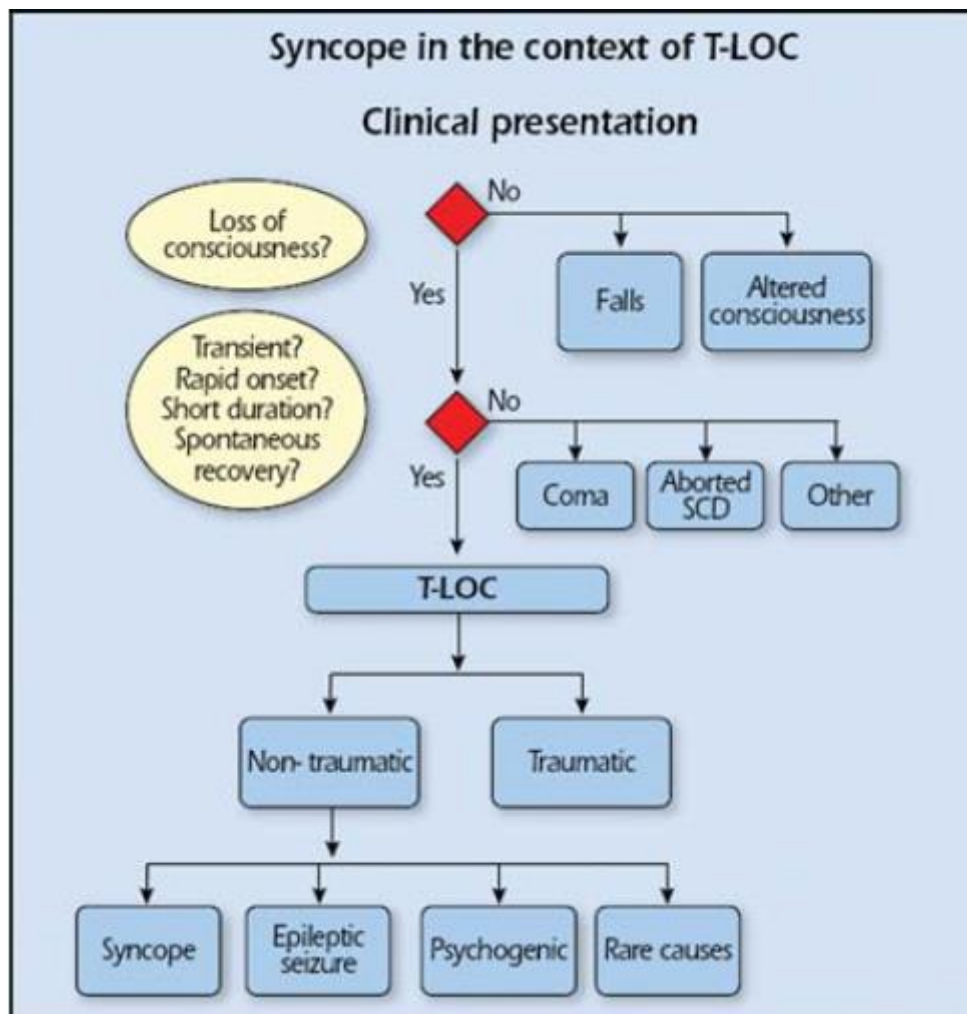


Figure 1 : Représentation des différents types de pertes de connaissance (9)

Cette classification fait ressortir deux étiologies principales dans le cadre des pertes de connaissance brèves : les causes traumatiques, qui ne font pas l'objet de ce travail et les causes non traumatiques parmi lesquelles est classée la syncope.

2.3 Physiopathologie (9,21)

Une syncope est la conséquence d'une baisse transitoire du débit sanguin cérébral. Il a été démontré qu'un arrêt soudain du débit sanguin cérébral de six à huit secondes pouvait être suffisant pour provoquer une perte de connaissance.

Le débit sanguin cérébral est habituellement maintenu et contrôlé par une série de nombreux mécanismes d'autorégulation. La dysfonction de l'un d'entre eux va entraîner une perte de connaissance plus ou moins complète.

L'autorégulation de la perfusion artérielle cérébrale permet au débit sanguin d'être conservé dans une étroite fourchette indépendamment de la pression artérielle. Chez le jeune adulte, même si la pression artérielle systolique chute à 70 mmHg, la perfusion cérébrale ne sera que peu affectée. A contrario, chez le sujet âgé ou chez les sujets avec une hypertension au long cours, une petite modification de la pression artérielle systolique peut mener à une hypo perfusion cérébrale et donc une syncope ; d'où une incidence élevée de syncope dans cette population.(22,23)

2.4 Etiologies et classification (24)

Plusieurs étiologies sont à l'origine des syncopes. Elles diffèrent par leur mécanisme. Ainsi trois grandes catégories en sont à l'origine : les causes cardiaques ou vasculaires, l'hypotension orthostatique ou encore la syncope réflexe à médiation neurologique.

2.4.1 Les causes cardiaques ou vasculaires :(1,8,9,15,16,18,21)

Elles représentent 14 à 18% (jusqu'à 20% chez sujet âgé).

Deux grandes étiologies en sont à l'origine : les arythmies ou les cardiopathies.

Les arythmies représentent à elles seules 79 % des étiologies cardiaques et sont responsables d'une insuffisance hémodynamique. Les mécanismes impliqués dans le bas débit dépendent du type d'arythmie (supra ventriculaire ou ventriculaire), de la fonction ventriculaire gauche, de la fréquence cardiaque et également du système de régulation autonome. Dans les arythmies imputables on retrouve : les dysfonctions sinusales, les blocs atrio-ventriculaires de type II ou III, les tachycardies paroxystiques ventriculaires ou supra ventriculaires, les syndromes héréditaires (QT long ou maladie de Brugada) ou enfin un dysfonctionnement de matériel implanté. L'iatrogénie médicamenteuse est également incluse dans cette catégorie.

Concernant les cardiopathies (25), elles sont définies par une anomalie de la structure cardiaque.

Nous retrouvons ainsi :

- Valvulopathie et notamment le rétrécissement aortique responsable d'une obstruction mécanique fixe s'opposant à l'adaptation du débit cardiaque.

- Cardiomyopathie obstructive, notamment chez les sujets jeunes présentant des arythmies ventriculaires.
- Myxome de l'oreillette gauche
- Ischémie myocardique
- Péricardite/Tamponnade

Les atteintes vasculaires sont dues à un obstacle à l'éjection ventriculaire. Elles sont représentées en tête de file par l'embolie pulmonaire. Une embolie pulmonaire massive par un volumineux thrombus de l'artère pulmonaire peut mener à l'obstruction et provoquer un bas débit cardiaque, les thrombi moins volumineux peuvent provoquer une bradycardie par stimulation vagale.(26,27) Dans cette catégorie nous retrouvons également la dissection aortique, l'hypertension artérielle pulmonaire et le bas débit cérébral par phénomène de vol sous clavier. Elles représentent 15 % des syncopes (28) et sont l'étiologie la plus importante en terme de diagnostic puisque la plus à risque de mort subite.

Ce type de syncope est associé à un mauvais pronostic comme le montre le graphique suivant :

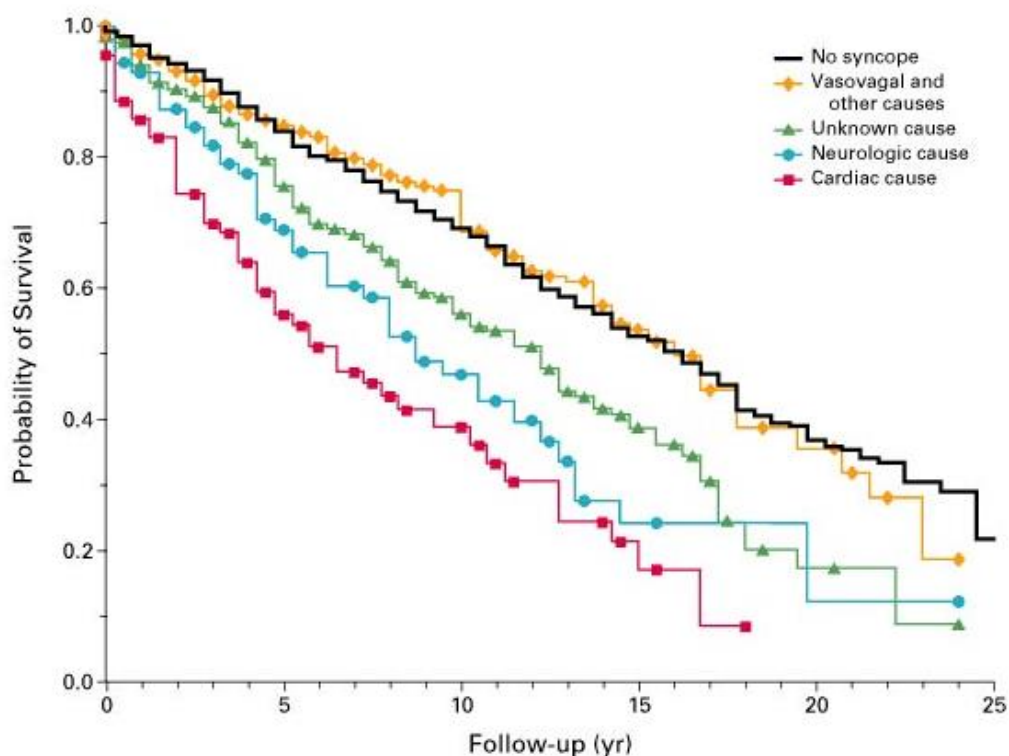


Figure 2 Pronostic des syncopes Mayo Clinic, 2002 Pop. Framingham 1971 – 1998; n=822(29)

2.4.2 L'hypotension orthostatique : (8,9,15–18,21,30–32)

Elle représente environ entre 11 % et 21 % des syncopes.

Elle se définit par une baisse de la pression artérielle systolique d'au moins 20mmHg ainsi que d'une baisse de la pression artérielle diastolique d'au moins 10mmHg lors du passage de la position couchée à debout. A l'orthostatisme, l'effet de gravité provoque un passage de la masse sanguine veineuse vers les régions déclives du corps. La baisse du retour veineux, et donc du débit sanguin, va entraîner une chute de la pression artérielle. Physiologiquement, la baisse du potentiel récepteur des barorécepteurs carotidiens et aortiques va induire une baisse de fréquence de décharge des voies afférentes. Il y aura alors une activation du baroréflexe artériel avec augmentation de l'activité du système sympathique et diminution d'activité du système parasympathique entraînant une vasoconstriction périphérique et une augmentation de la fréquence cardiaque pour maintenir une pression artérielle normale. En cas d'hypotension orthostatique, ce système de régulation est défaillant ou dépassé. L'hypotension orthostatique peut alors être d'une part la conséquence d'un système de régulation autonome inadapté :

- Dysautonomie du système nerveux central (par exemple dans la maladie de Parkinson, la démence à corps de Lewy, l'atrophie multi-systématisée)
- Dysautonomie du système nerveux périphérique (par exemple en cas de diabète, d'amylose, d'insuffisance rénale)

D'autre part, la diminution du volume sanguin aura pour conséquence un bas débit cardiaque qui ne pourra pas être compensé par le système de régulation vasomoteur :

- Hypotension orthostatique vaso-déplétive : déshydratation sur diarrhée/vomissement, hémorragie, iatrogène (antihypertenseur, diurétique, laxatifs)

2.4.3 La syncope réflexe à médiation neurologique : (8,9,15–18,21,30,33–35)

En termes de prévalence elle représente entre 7% et 24% des syncopes.

Elle est due à une réaction inappropriée du baroréflexe avec une augmentation de décharge des voies afférentes (par l'intermédiaire des nerfs vague et glossopharyngien). La conséquence est une diminution de l'activité sympathique et une hyper-réactivité parasympathique. Cela entraînera une baisse de la fréquence cardiaque et donc du volume d'éjection systolique, associée à une vasodilatation provoquant une diminution des résistances périphériques.

Elle est subdivisée en plusieurs catégories : vagale, « situationnelle » ou par hypersensibilité à la pression du sinus carotidien.

La syncope vagale (parfois appelée centrale) est une réponse à un stimulus émotionnel intense. Les stimuli en cause peuvent être les émotions, la douleur, une station debout prolongée, une ambiance chaude et confinée. L'origine des mécanismes est encore floue. L'hypertonie vagale serait en réalité le plus souvent secondaire à une activation paradoxale de barorécepteurs cardiaques ou extracardiaques. Elle est le type de syncope le plus aisément diagnosticable. En effet au décours de l'anamnèse, elle est identifiée chez 49 % des jeunes adultes et 31 % des sujets âgés. (22) Il est à noter que ce type de syncope est associé à un très bon pronostic.

La syncope de type « situationnelle » est en fait une hyperréactivité vagale qui peut être provoquée au cours d'une situation spécifique telle que la miction, l'effort de toux, l'éternuement, l'effort physique ou encore en période postprandiale

La syncope dite d'hypersensibilité à la pression du sinus carotidien. Physiologiquement, si une pression mécanique est exercée au niveau du sinus carotidien (situé au niveau de la carotide interne, plus précisément au-dessus de la bifurcation de la carotide commune) cela va stimuler les barorécepteurs ayant pour effet une inhibition des afférences adrénériques cardiaques et vasculaires qui induiront respectivement une bradycardie et une vasodilatation afin de réguler la pression artérielle.

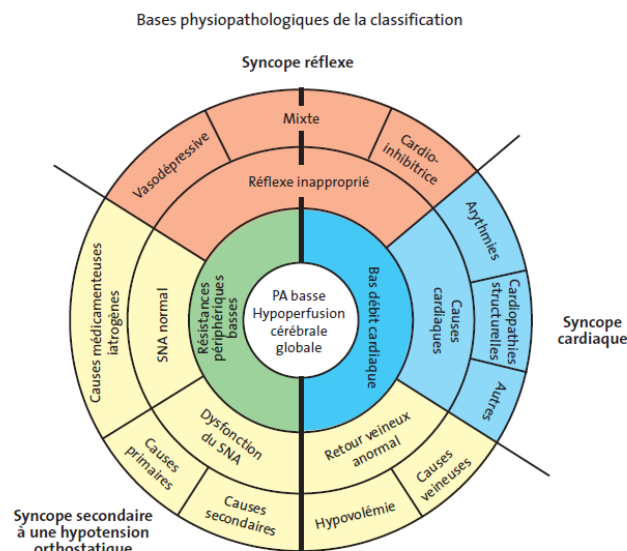


Figure 3 : Concept physiopathologique servant de base à la nouvelle classification des syncopes d'après les recommandations 2009 de la Société Européenne de Cardiologie (9,17)

2.5 Le diagnostic (8,9,15–17,36)

Il repose sur une triade : interrogatoire, examen clinique et ECG.

2.5.1 Interrogatoire(8,9,15,16)

L'interrogatoire doit être minutieux. L'âge est un élément important. Ensuite, classiquement, il recherche les antécédents médicaux personnels et familiaux, les co-morbidités, les traitements au long cours et ceux introduits récemment ; le contexte du malaise, les signes d'accompagnement du malaise et son évolution, et enfin la présence ou non d'une perte de connaissance initiale (PCI). A la fin de celui-ci le médecin doit être capable de répondre à ces trois questions qui lui permettront d'évaluer le risque pronostique :

- La perte de connaissance est-elle liée ou non à une syncope ?
- Existe-il ou non une cardiopathie ?
- Existe-il des données cliniques importantes orientant vers un diagnostic étiologique ?

Une anamnèse non fiable ou incomplète est considérée comme « à risque » car elle n'orientera pas vers une étiologie et ne permettra pas d'envisager le risque pronostique ou de mettre la « puce à l'oreille » d'une étiologie grave. C'est souvent notamment le cas chez le sujet âgé.(19)

Une anamnèse bien menée peut permettre un diagnostic dans 50% des cas. (15)

2.5.2 Examen clinique (8,9,15,16)

L'examen médical va rechercher au niveau cardiaque et des artères cervicales la présence d'un éventuel souffle orientant vers une étiologie cardiaque. La palpation des pouls à la recherche d'une asymétrie doit également être faite ainsi qu'une mesure de la pression artérielle (31) aux 2 bras .Il doit comporter impérativement un test d'hypotension orthostatique qui, s'il est positif, oriente vers une hypotension orthostatique. L'évaluation de l'hydratation surtout chez le sujet âgé est également à prendre en considération.

2.5.3 ECG de repos (8,9,15,16)

Bien qu'ayant une rentabilité faible, il est le seul examen complémentaire initial recommandé. Un tracé pathogénique ne signe pas nécessairement un lien direct avec la syncope mais certaines anomalies requièrent à contrario l'avis d'un cardiologue en urgence :

TABLEAU I : Anomalies électrocardiographiques justifiant un recours immédiat au cardiologue		
Troubles d'automatisme et de conduction	- Conduction auriculo-ventriculaire	BAV du 2 ^e degré sauf Wenckebach BAV du 3 ^e degré
	- Conduction intraventriculaire	BBD + HBPG + PR long BBG + PR long
	- Fonction sinusale	Bradycardie sinusale < 40/min Pauses sinusales > 2 s
Hyperexcitabilité ventriculaire		ESV fréquentes polymorphes et/ou en salves (> 3)
Tachycardies		Tachycardies à QRS large Torsade de pointes
Anomalies de QRS		Syndrome de WPW
Anomalies de repolarisation	- Intervalle QT	QT < 0,52 s
	- Ondes T	T négative dans tout le précordium

BAV : Bloc auriculo-ventriculaire.

BBG : Bloc de branche gauche.

ESV : Extrasystoles ventriculaires.

BBD : Bloc de branche droit.

HBPG : Hémibloc postérieur gauche.

WPW : Wolff-Parkinson-White.

Figure 3 : Anomalies cardiologiques justifiant un recours immédiat auprès d'un cardiologue (15)

2.6 En aval de l'évaluation initiale (8,9,15,16,37)

Passées les premières heures et en l'absence de diagnostic de certitude, certains examens complémentaires pourront avoir leur intérêt.

Le Tilt Test ou test d'inclinaison : est un examen qui permet d'explorer la réaction de l'organisme lors du passage de la position couchée à debout. Il permet d'obtenir une étiologie dans 50 à 70 % des syncopes inexpliquées. Il peut permettre d'identifier la réponse vaso-vagale, la réponse dysautonomique ainsi que de démasquer une tachycardie posturale orthostatique.

Son utilisation a été standardisée afin d'améliorer sa fiabilité.

L'échocardiographie trans thoracique (ETT) et le Holter ECG n'ont qu'un intérêt limité. Globalement, l'ETT ne permet d'apprécier que les cardiopathies sous-jacentes et leur gravité. En dehors de la sténose aortique serrée et du myxome de l'oreillette, sa réalisation dans l'investigation d'une syncope n'a pas sa place.

Il en est de même pour le Holter ECG, puisque sa réalisation n'est indiquée qu'en cas de probabilité de pré test d'arythmie élevée. Il ne pourra être diagnostiqué que s'il existe une corrélation malaise/anomalie électrique (brady ou tachyarythmie).

L'écho-doppler des troncs supra aortiques n'est indiqué que s'il y a suspicion d'accident ischémique transitoire.

Tous les examens complémentaires neurologiques (électroencéphalogramme, scanner cérébral) n'ont pas leur place dans une démarche diagnostic de malaise.

La biologie, bien que peu rentable est discutable surtout devant certains tableaux trompeurs (glycémie, dysnatrémie par exemple).

Pour résumer :

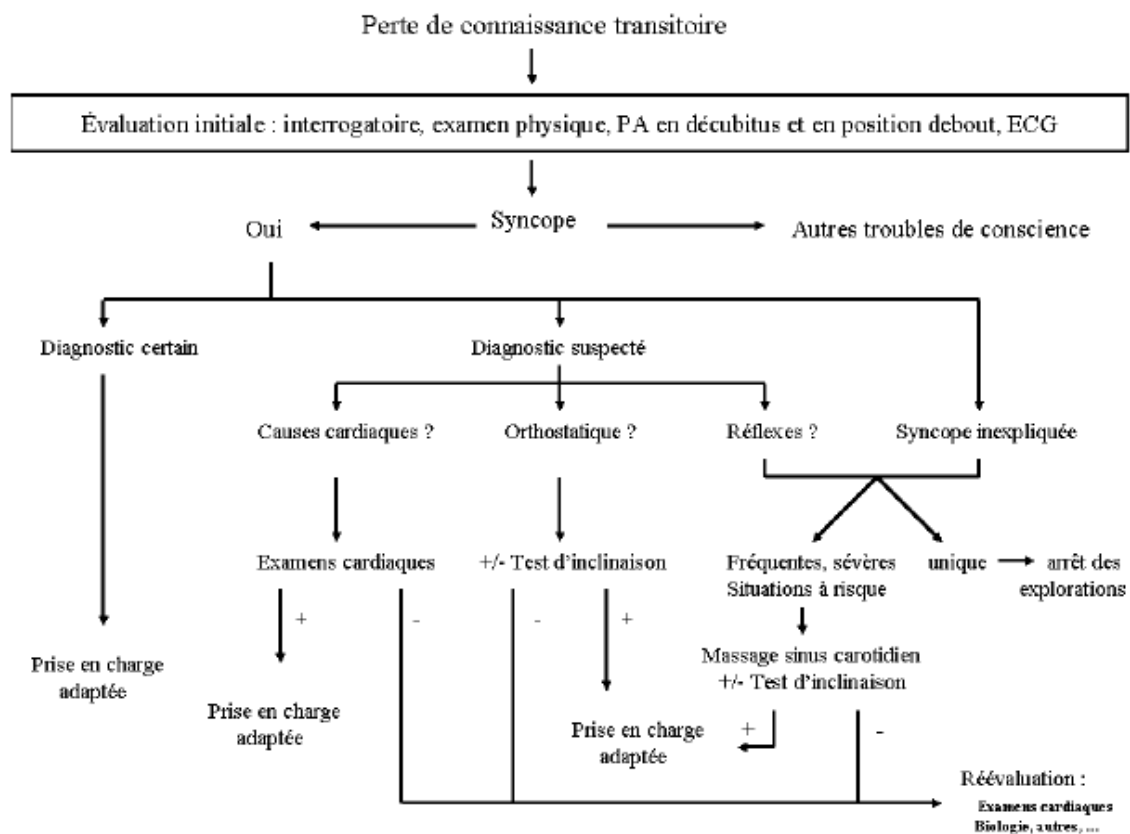


Figure 4 : Arbre décisionnel de la prise en charge de la syncope après l'évaluation initiale (16)

2.7 Orientation après les urgences

L'orientation du patient au décours de sa prise en charge des urgences va dépendre de l'orientation diagnostic. Pour la SFMU(8) et l'HAS(16) si le diagnostic est posé et certain, le patient peut sortir mais dans le cas inverse la décision d'hospitaliser est guidée par les facteurs de risques de gravité ou de récurrence ainsi que du terrain. L'hospitalisation aura pour but d'être diagnostique ou thérapeutique. Ces critères sont rassemblés dans le tableau suivant :

Tableau 2 Critères d'hospitalisation, lieu d'hospitalisation et motif d'hospitalisation (d'après 6 et 8).		
Critères d'hospitalisation	Lieu d'hospitalisation	Objectifs de l'hospitalisation
Cardiopathie connue ou suspectée significative	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation diagnostique
Anomalie de l'ECG tableau 1 faisant craindre une cause rythmique à la syncope	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation diagnostique
Syncope à l'exercice	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation diagnostique
Syncope responsable d'un traumatisme sévère	Hospitalisation cardiologique obligatoire ou UHCD ou service spécialisé	Hospitalisation diagnostique
Histoire familiale de mort subite	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation diagnostique
Absence de cardiopathie connue mais syncope brutale commençant par des palpitations, ou syncope en décubitus, ou pathologie cardiaque non significative mais forte suspicion clinique de pathologie cardiaque.	Hospitalisation cardiologique recommandée	Hospitalisation diagnostique
Age >70 ans	Hospitalisation possible cardiologie	Hospitalisation diagnostique et thérapeutique
Absence d'étiologie évidente	Hospitalisation recommandée cardiologie	Hospitalisation diagnostique
Hypotension orthostatique modérée à sévère	Hospitalisation recommandée UHCD ou cardiologie ou médecine	Hospitalisation thérapeutique
Comitialité	Hospitalisation recommandée UHCD ou neurologique	Hospitalisation diagnostique ou thérapeutique
Cause toxique	Hospitalisation recommandée UHCD	Hospitalisation thérapeutique
Arythmie responsable de syncope	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation thérapeutique
Syncope due à une cause ischémique	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation thérapeutique
Syncope liée à une cardiopathie ou à une pathologie cardio-pulmonaire	Hospitalisation cardiologique obligatoire	Hospitalisation thérapeutique
Syncope avec signes focaux neurologiques	Hospitalisation obligatoire en neurologie	Hospitalisation diagnostique et thérapeutique
Syncope neurovégétative nécessitant un pacemaker	Hospitalisation obligatoire en cardiologie	Hospitalisation thérapeutique

Figure 5 : Critères d'hospitalisation, lieu et motif selon la SFMU (8)

L'ESC (9) et la littérature scientifique(18,38) vont plus loin et parlent de « risk stratification » c'est-à-dire essayer de situer le patient dans une de ces deux catégories : faible ou haut risque. Cette

catégorisation a pour objectif de prédire si le patient risque soit de réitérer l'évènement syncopal à court (1 mois) ou long (1 an) terme avec une possibilité de blessure, handicap ou diminution de la qualité de vie, soit d'avoir un pronostic vital engagé en présentant de nouveau une syncope. Cette stratification de risque guiderait la prise en charge du praticien dans l'orientation du patient. Ainsi, le recueil des informations au cours des trois étapes clés de la prise en charge initiale permet de situer le patient.

SYNCOPE EVENT	PHYSICAL EXAMINATION
Low-risk	High-risk
- Associated with prodrome typical of reflex syncope (e.g. light-headedness, feeling of warmth, sweating, nausea, vomiting)^{36,49} - After sudden unexpected unpleasant sight, sound, smell, or pain^{36,49,50} - After prolonged standing or crowded, hot places³⁶ - During a meal or postprandial⁵¹ - Triggered by cough, defaecation, or micturition⁵² - With head rotation or pressure on carotid sinus (e.g. tumour, shaving, tight collars)⁵³ - Standing from supine/sitting position⁵⁴	Major - Unexplained systolic BP in the ED <90 mmHg^{26,55} - Suggestion of gastrointestinal bleed on rectal examination⁴⁴ - Persistent bradycardia (<40 b.p.m.) in awake state and in absence of physical training - Undiagnosed systolic murmur⁶⁰
High-risk	ECG*
Major	Low-risk
- New onset of chest discomfort, breathlessness, abdominal pain, or headache^{28,44,55} - Syncope during exertion or when supine³⁶ - Sudden onset palpitation immediately followed by syncope³⁶	Normal ECG^{26,35,36,55}
Minor (high-risk only if associated with structural heart disease or abnormal ECG):	High-risk
- No warning symptoms or short (<10 s) prodrome^{36,38,49,56} - Family history of SCD at young age⁵⁷ - Syncope in the sitting position⁵⁴	Major - ECG changes consistent with acute ischaemia - Mobitz II second- and third-degree AV block - Slow AF (<40 b.p.m.) - Persistent sinus bradycardia (<40 b.p.m.), or repetitive sinoatrial block or sinus pauses >3 seconds in awake state and in absence of physical training - Bundle branch block, intraventricular conduction disturbance, ventricular hypertrophy, or Q waves consistent with ischaemic heart disease or cardiomyopathy^{44,56} - Sustained and non-sustained VT - Dysfunction of an implantable cardiac device (pacemaker or ICD) - Type I Brugada pattern - ST-segment elevation with type 1 morphology in leads V1-V3 (Brugada pattern) - QTc >460 ms in repeated 12-lead ECGs indicating LQTS⁴⁶
PAST MEDICAL HISTORY	Minor (high-risk only if history consistent with arrhythmic syncope)
Low-risk	- Mobitz I second-degree AV block and 1°degree AV block with markedly prolonged PR interval - Asymptomatic inappropriate mild sinus bradycardia (40-50 b.p.m.), or slow AF (40-50 b.p.m.)⁵⁶ - Paroxysmal SVT or atrial fibrillation⁵⁰ - Pre-excited QRS complex - Short QTc interval (<340 ms)⁴⁶ - Atypical Brugada patterns⁴⁶ - Negative T waves in right precordial leads, epsilon waves suggestive of ARVC⁴⁶
High-risk	
Major	
Severe structural or coronary artery disease (heart failure, low LVEF or previous myocardial infarction)^{26,27,35,55,59}	
PHYSICAL EXAMINATION	
Low-risk	
Normal examination	

Figure 6 : Critères de risque après la prise en charge initiale aux urgences selon l'ESC(9)

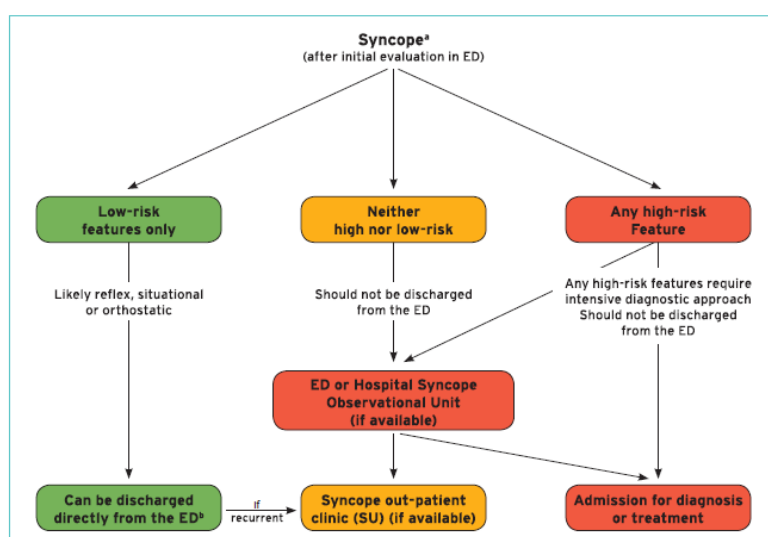


Figure 7 : conduite à tenir après la prise en charge aux urgences en fonction de la catégorie de risque du patient selon l'ESC(9)

Certaines équipes ont tenté d'aller plus loin dans cette « risk stratification » et différentes échelles ont vu le jour comme la « ROSE study » (39) (hospitalisation du patient si présence d'un des critères de l'échelle de risque :BNP > 300 pg/ml, bradycardie < 50 bpm ,méléna au toucher rectal, syncope avec douleur thoracique associée, ECG anormal ou saturation < 94%), l' « OESIL risk score » (40) (score prédictif de la mortalité d'un patient sur 4 (1 point par critère) : âge> 65 ans, antécédent cardiovasculaire, syncope sans prodrome ou ECG anormal ; un score de 4 étant considéré comme à risque) ou bien encore la « San Francisco Syncope Rule » (41) (l'un de ces critères à l'admission permettrait de détecter les patients à risque de complications graves à court terme : antécédent d'insuffisance cardiaque, hématokrite < 30%, ECG anormal, dyspnée récente, systolique < 90 mmHg). Aucune n'a cependant été validée par l'ESC.

III - Matériel et méthode

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et analytique, rétrospective, monocentrique. Les données utilisées sont issues du logiciel URQUAL® utilisé au SAU du Centre Hospitalier de Dreux ainsi que du logiciel USV2® du même hôpital.

3.2 Critères d'inclusion

Tous les patients adultes âgés de plus de 15 ans et 3 mois ayant consulté aux urgences entre le 1^{er} Janvier 2014 et le 31 décembre 2019, et qui ont été hospitalisés dans le service de Médecine Polyvalente (via le SAU ou du service d'Hospitalisation de Courte Durée) avec comme diagnostic principal « malaise » selon le code « R53+1 malaise sans PDC » ou le code « R55 malaise avec PDC/syncope/lipothymie collapsus » dans le logiciel URQUAL®.

Ont été exclus de l'étude les patients avec des dossiers incomplets, sortis contre-avis ou décédés au cours de l'hospitalisation.

3.3 Recueil des données

Les données ont été recueillies grâce à un formulaire réalisé pour l'étude. Celui-ci est constitué de trois parties : une, plutôt générale ; une sur la prise en charge initiale aux urgences et une dernière sur la prise en charge dans le service de Médecine Polyvalente.

Ainsi dans la première partie, des données épidémiologiques telles que l'âge, le sexe et la provenance des patients ont été consignées. Ont également été recueillis le mode d'arrivée (transport) à l'hôpital, les antécédents médicaux, le nombre de principes actifs sur l'ordonnance. Les constantes vitales ont été relevées ainsi que les différents examens paracliniques. Concernant la prise en charge dans le service, il a été noté : les examens complémentaires réalisés au cours du séjour, le diagnostic de sortie, les éventuelles modifications du traitement habituel du patient, ainsi que les éventuels suivis en externe (RDV de consultation, examens complémentaires).

En plus de ces données, la durée du séjour (DMS) et la valorisation de l'hospitalisation ont été recueillies.

Le formulaire de recueil des données est présenté en ANNEXE 1.

3.4 Variables recueillies et traitement des données

Les données ont été recueillies pour chaque patient, anonymisées puis colligées grâce au tableur EXCEL® Microsoft. L'analyse des données s'est faite sous forme de tableaux et graphiques.

3.5 Accord CNIL :

La CNIL a été contactée mais le design de l'étude n'a pas nécessité de déclaration particulière. Elle a cependant nécessité son enregistrement auprès du représentant CNIL du CHU de Tours. Un panneau informant qu'une étude rétrospective était en cours a été placé à l'entrée du service, conformément à la demande du CNIL (ANNEXE 2).

IV – Résultats

4.1 Inclusion :

Dans cette étude, un échantillon de 53 patients a été recruté mais seulement 50 ont été inclus. Un patient est sorti contre avis et 2 dossiers étaient incomplets.

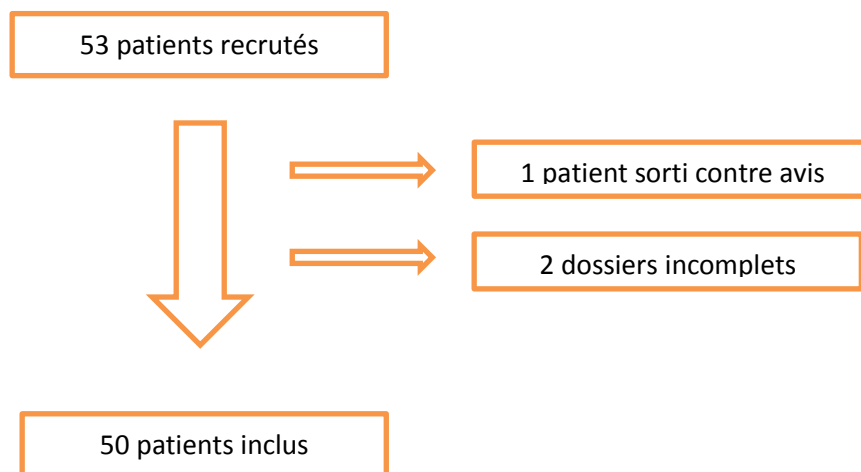


Figure 8 : Flow chart

4.2 Données générales :

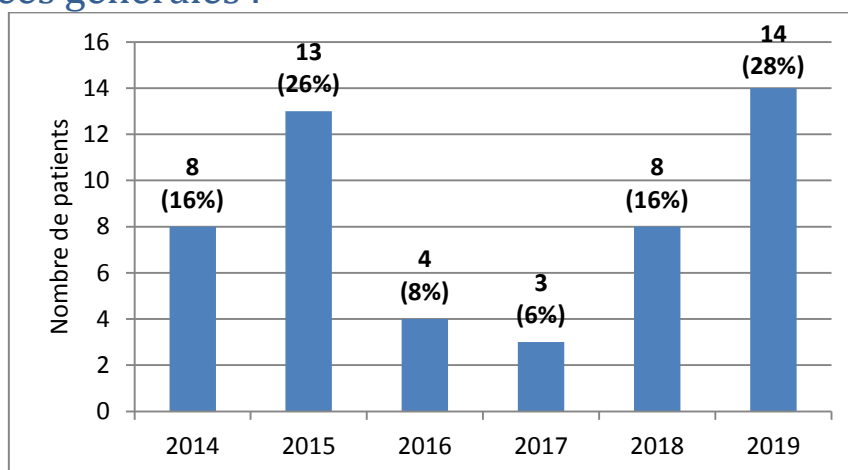


Figure 9 : Répartition des hospitalisations par années

Parmi les 50 patients hospitalisés dans le service de Médecine Polyvalente entre 2014 et 2019, 13 patients (26%) l'ont été en 2015 et 14 patients (28%) en 2019.

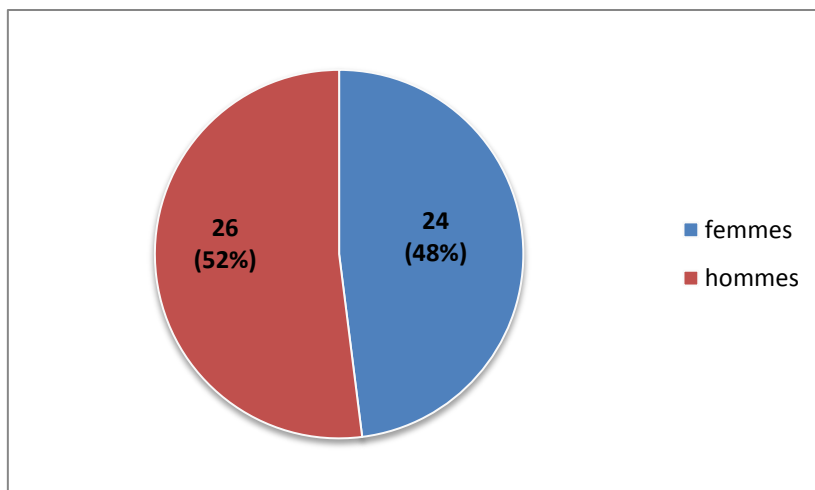


Figure 10 : Répartition de la population par sexe

Cette étude n'a pas retrouvé de différence significative concernant le sexe : 24 femmes (48%) et 26 hommes (52%).

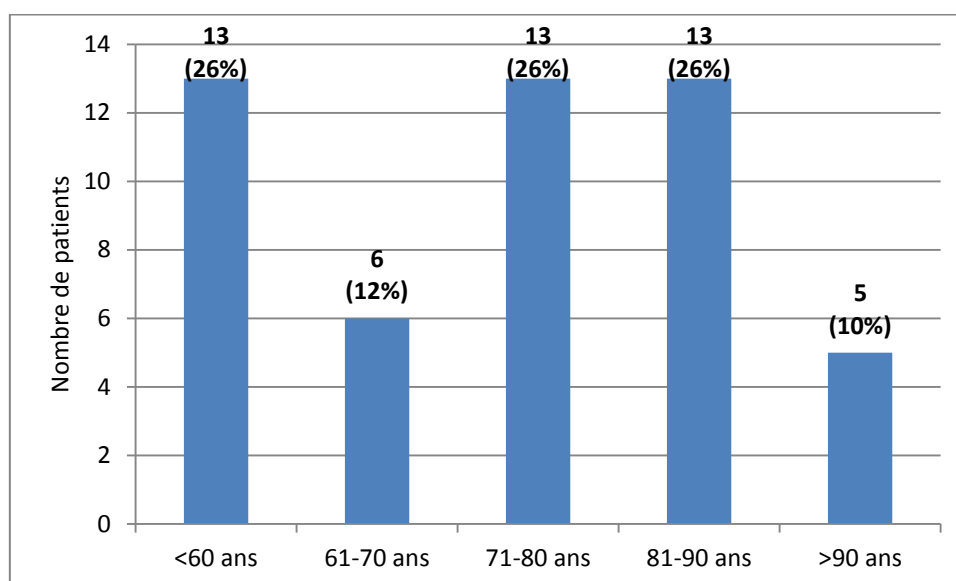


Figure 11 : Répartition de la population par âge

Plus de la moitié des patients de l'étude ont plus de 70 ans (31 en tout).

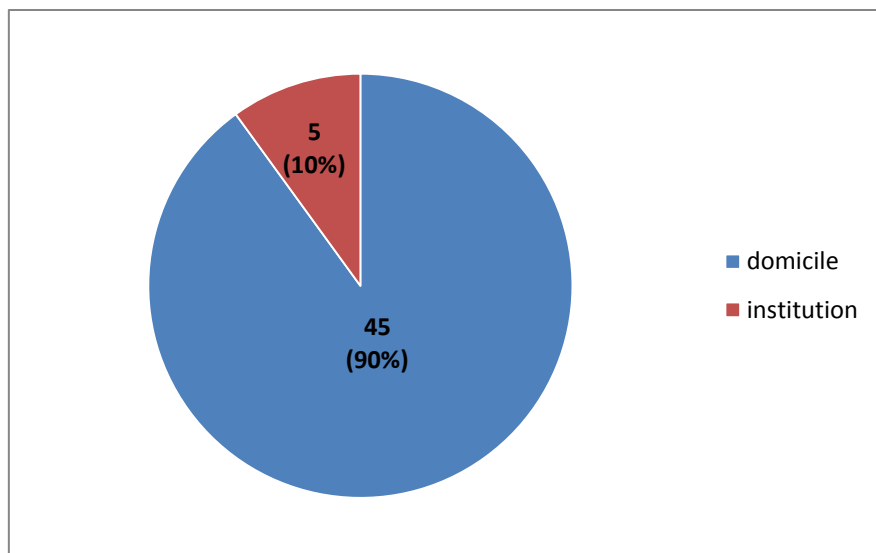


Figure 12 : Répartition de la population selon leur provenance

Concernant la provenance, les patients proviennent en grande majorité du domicile (45 patients soit 90%).

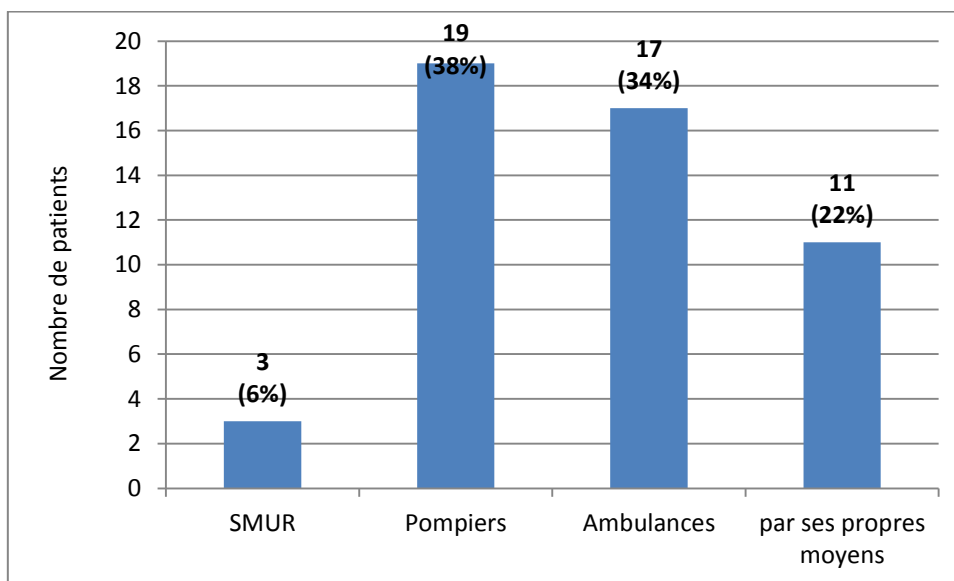


Figure 13 : Répartition de la population selon leur mode de prise en charge en pré hospitalier et transport

Dans cette étude deux modes de prise en charge en pré hospitalier se détachent puisque 19 patients (38%) ont bénéficié d'une prise en charge par les pompiers et 17 patients (34%) sont arrivés avec des ambulances.

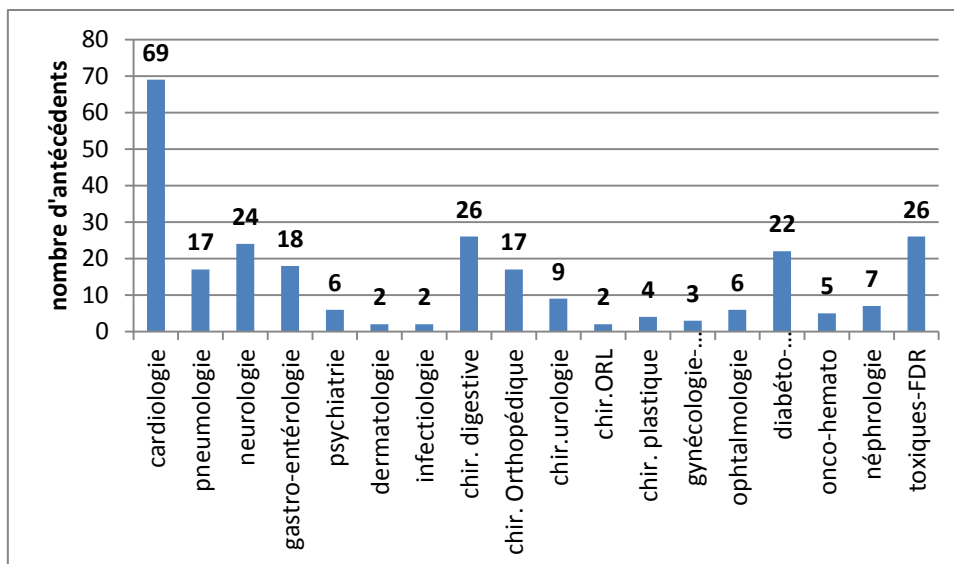


Figure 14 : Répartition des antécédents

Concernant les antécédents des patients inclus dans cette étude, une majorité (69) est de type cardiologique.

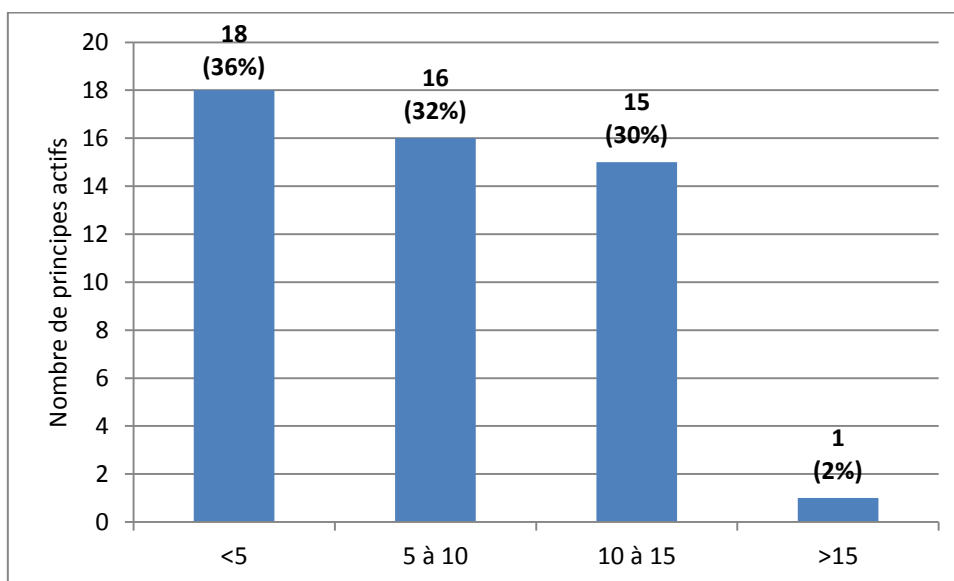


Figure 15 : Répartition de la population selon le nombre de principes actifs sur l'ordonnance

Lorsque que nous nous sommes penchés sur les ordonnances, l'étude a montré qu'il y avait peu de différences concernant le nombre de principes actifs prescrits. La seule catégorie qui se détache est celle des plus de 15 principes actifs qui est très peu représentée.

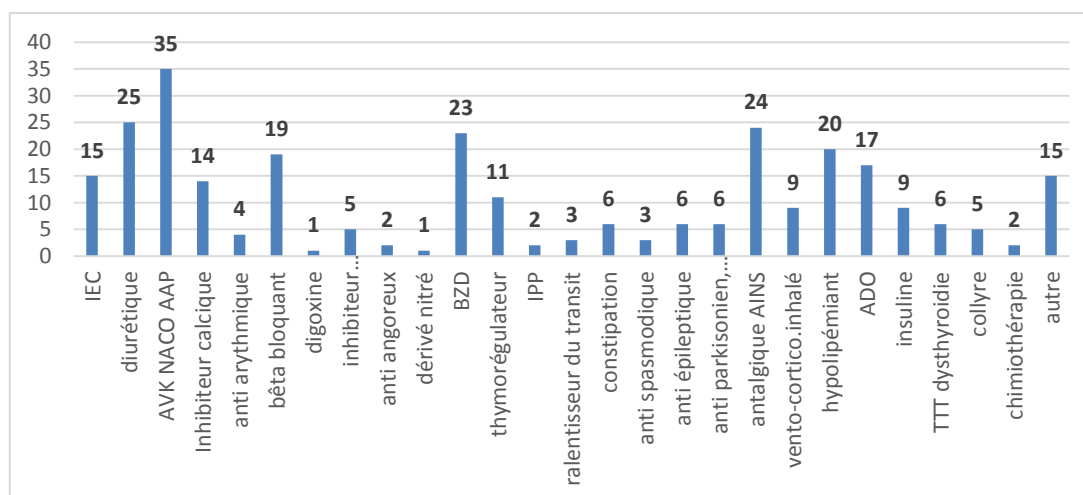


Figure 16 : Répartition des différents traitements retrouvés sur l'ordonnance à l'entrée

Concernant les traitements, la catégorie la plus représentée sur les ordonnances des 50 patients est celle des AVK-NACO et AAP (35) avec les diurétiques (25) les antalgiques (24) et les benzodiazépines (23). La catégorie des principes actifs cardiologiques est largement représentée (121 fois).

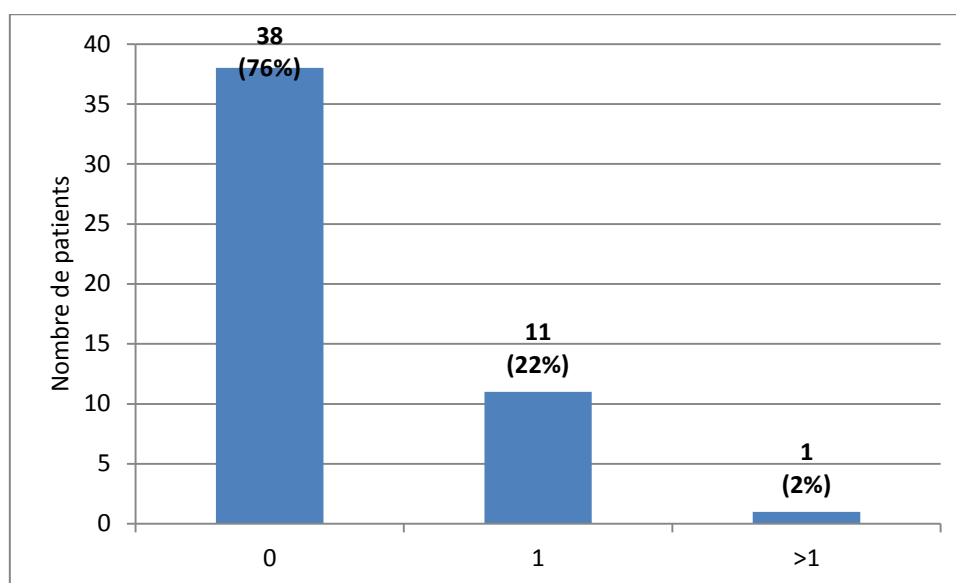


Figure 17 : Répartition de la population selon le nombre de passage(s) aux urgences pour le même motif dans l'année précédente

Une majorité de patients (76 %) n'a jamais consulté aux urgences dans l'année précédente pour le motif « malaise ».

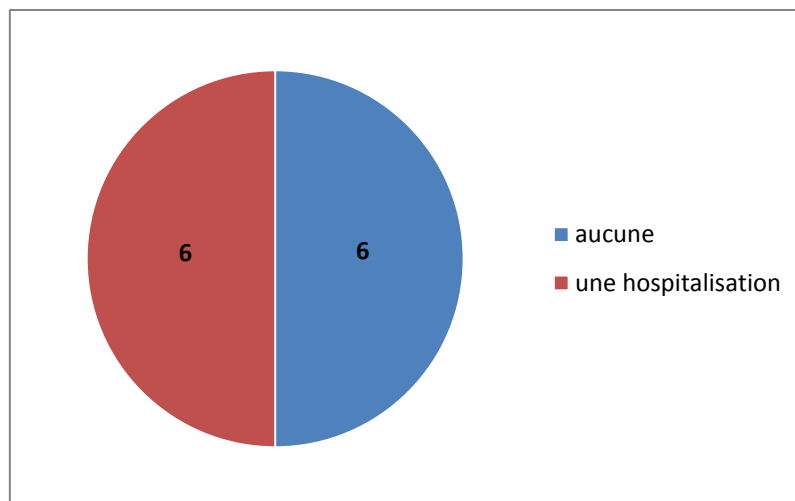


Figure 18 : Répartition du nombre d'hospitalisations pour les patients passés aux urgences l'année précédente pour le même motif

Sur les 12 patients de l'étude ayant un passage aux urgences dans l'année précédente pour le motif « malaise » la moitié a été hospitalisée par la suite.

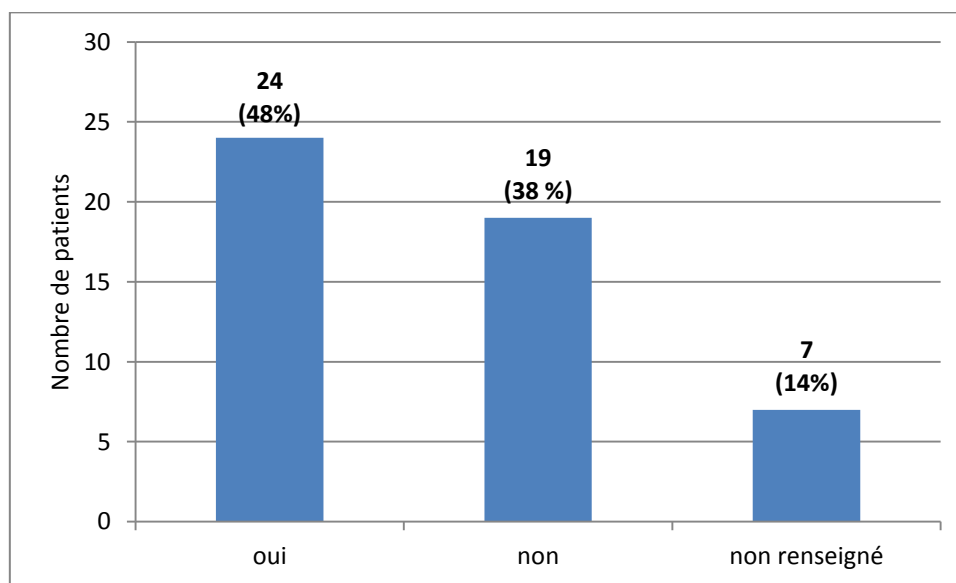


Figure 19 : Répartition de la population selon la survenue ou non d'une perte de connaissance initiale

D'après nos données 24 patients (48%) ont présenté une perte de connaissance initiale lors du malaise.

4.3 Prise en charge aux urgences

Nous nous sommes intéressés aux constantes vitales prises lors de l'arrivée du patient en box d'accueil des urgences :

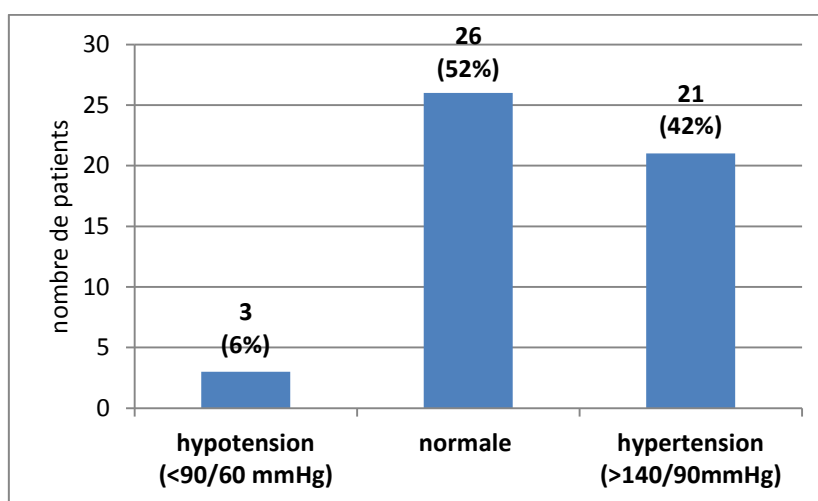


Figure 20 : Répartition de la population en fonction de sa pression artérielle à l'entrée des urgences

Concernant la pression artérielle, une majorité de patients (26 soit 52 %) avait une tension définie comme normale.

Il est à noter que sur les 50 dossiers patients analysés, seuls 2 patients ont eu une mesure de la tension artérielle aux deux bras.

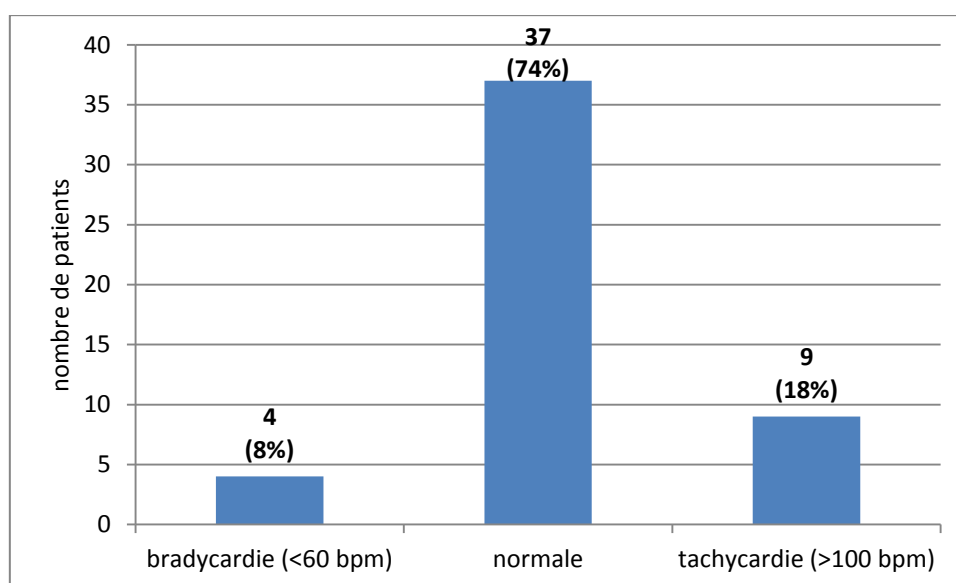


Figure 21 : Répartition de la population en fonction de sa fréquence cardiaque à l'entrée des urgences

Concernant la fréquence cardiaque nous constatons que la majorité de la population étudiée (37 patients soit 74%) avait une fréquence cardiaque entre 60 et 100 battements par minute, définie comme la valeur normale.

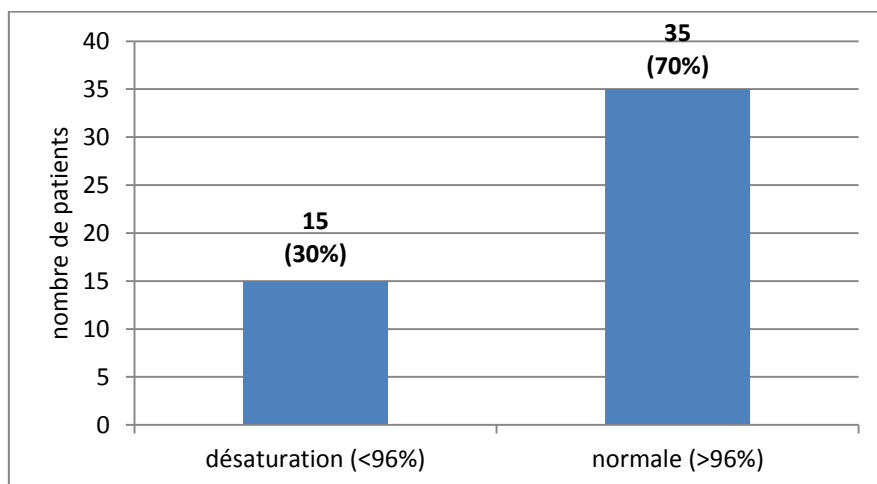


Figure 22 : Répartition de la population en fonction de sa saturation en oxygène à l'entrée des urgences

Une majorité des patients (35 soit 70%) avait une saturation en oxygène supérieure à 96%.

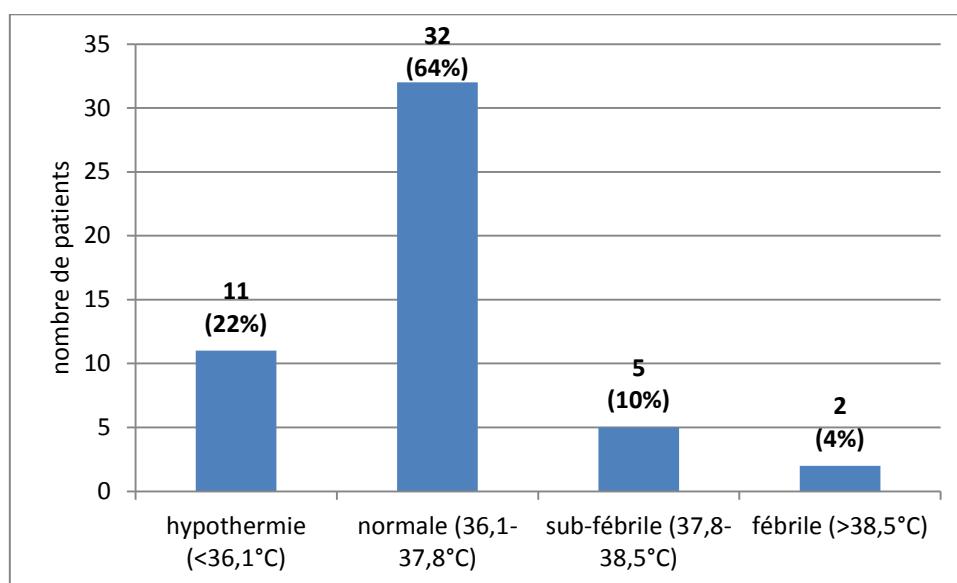


Figure 23 : Répartition de la population en fonction de sa température à l'entrée des urgences

Dans notre étude, 32 patients (64%) avaient une température normale à leur entrée.

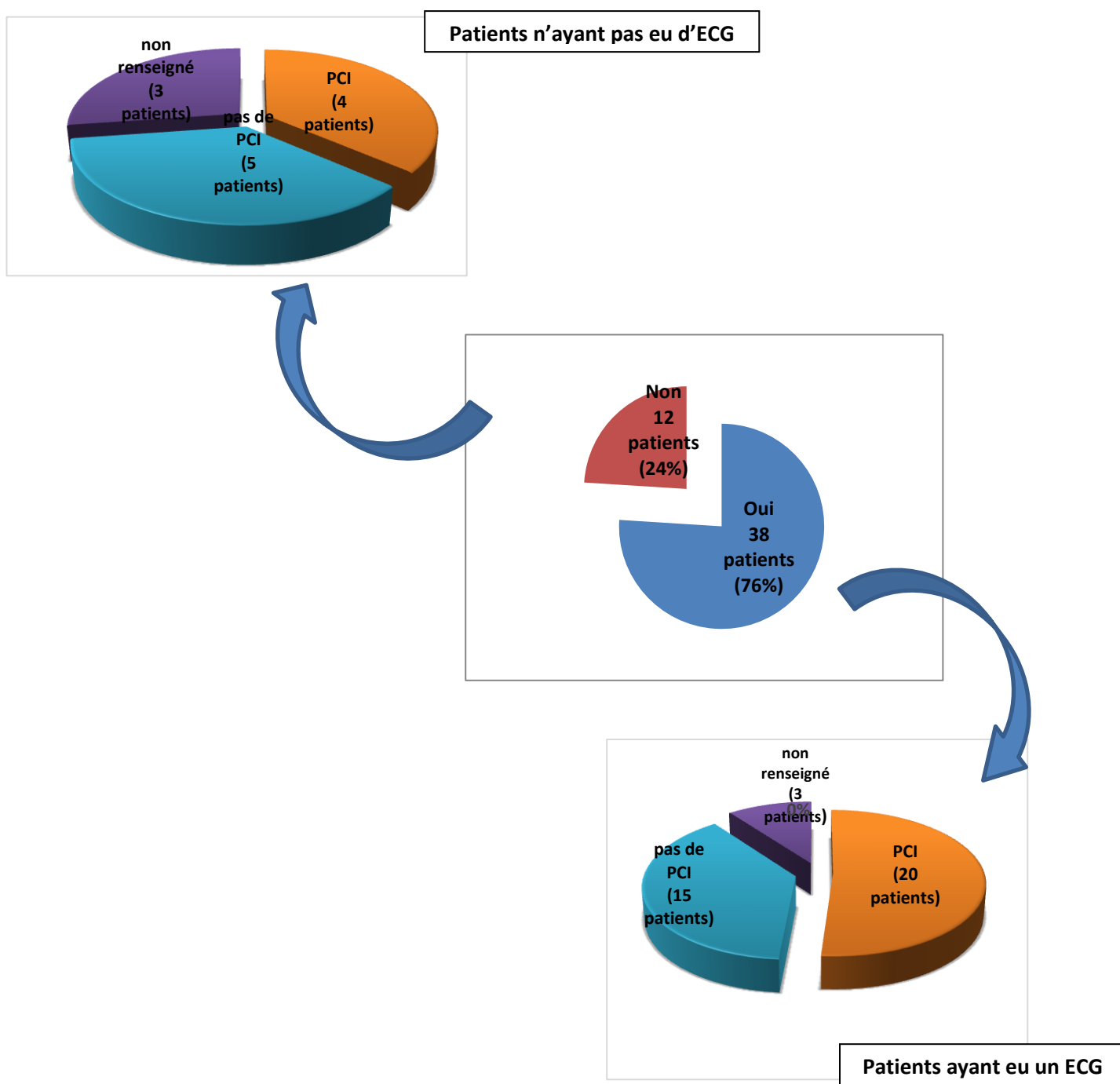


Figure 24 : Réalisation d'un ECG à l'entrée des urgences

Nous avons regardé si un ECG avait été réalisé à l'arrivée aux urgences. Il a ainsi été mis en évidence dans notre étude que 38 patients sur 50 avaient eu un ECG à l'entrée (soit 76%). Parmi ces patients, 20 ont présenté une PCI, 15 n'ont pas fait l'expérience d'une perte de connaissance et pour 3 patients le renseignement était absent du dossier. A contrario, parmi les 12 patients n'ayant pas eu d'ECG aux urgences lors de leur prise en charge ; 4 avaient perdu connaissance à la suite du malaise, 5 n'avait pas eu de PCI et pour 3 l'information était manquante.

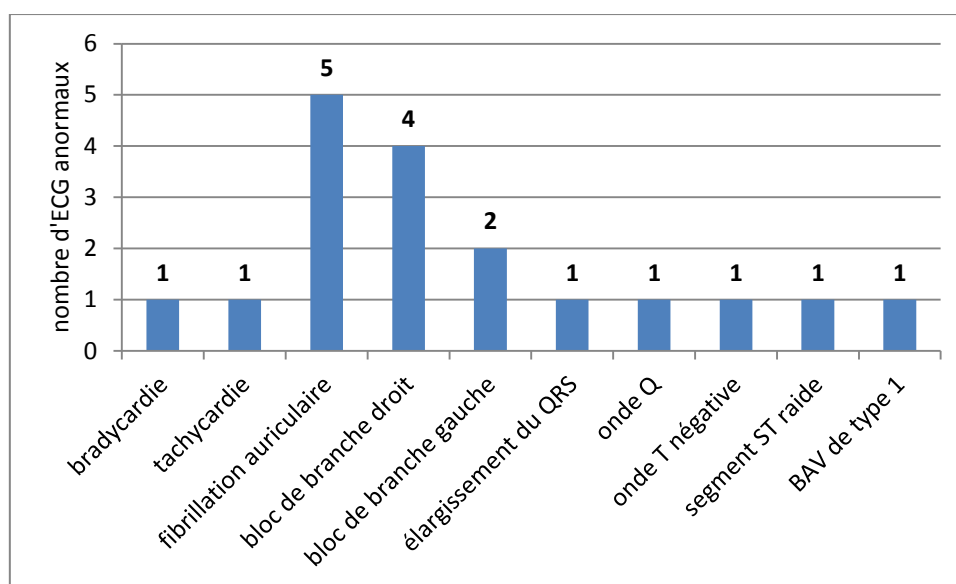


Figure 25 : Répartition des anomalies à l'ECG

Sur les 38 ECG réalisés, 21 ont présenté une anomalie. Celles-ci sont représentées en majorité par la fibrillation auriculaire (retrouvée 5 fois) et le Bloc de Branche Droit (retrouvé 4 fois).

Parmi les 20 patients ayant présenté une perte de connaissance initiale et ayant eu un ECG : 9 présentent une anomalie ; en majorité Bloc de Branche Droit (2), AC/FA (2) et tachycardie (2).

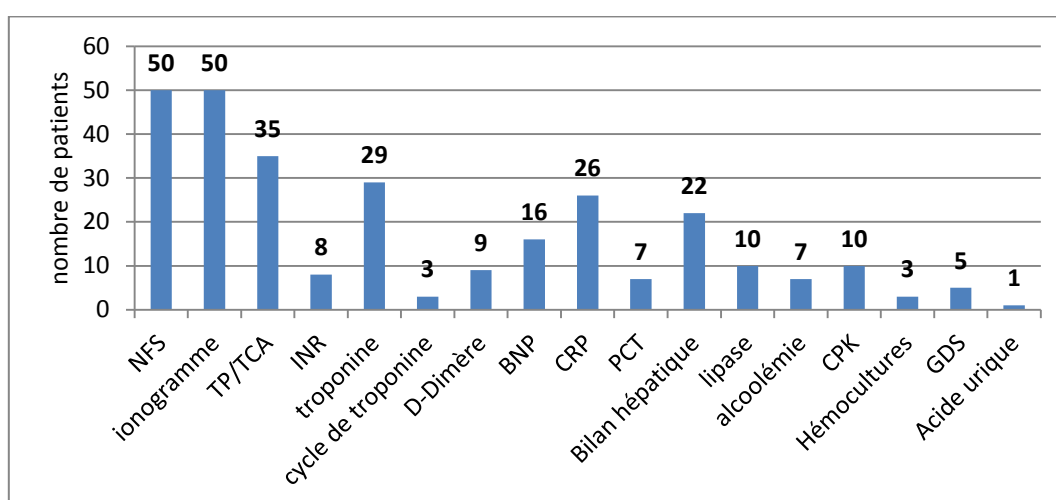


Figure 26 : Répartition des bilans biologiques lors de la prise en charge aux urgences

Nous avons constaté que tous les patients avaient bénéficié d'un bilan sanguin lors de leur prise en charge aux urgences. Sur ces 50 bilans réalisés seulement 29, soit plus de la moitié ont présenté des anomalies.

En répertoriant les différents bilans sanguins, il est apparu que tous les patients avaient eu une NFS ainsi qu'un ionogramme. Plus des deux tiers (35 patients) ont eu une hémostase, et 29 patients ont eu un dosage de la Troponine.

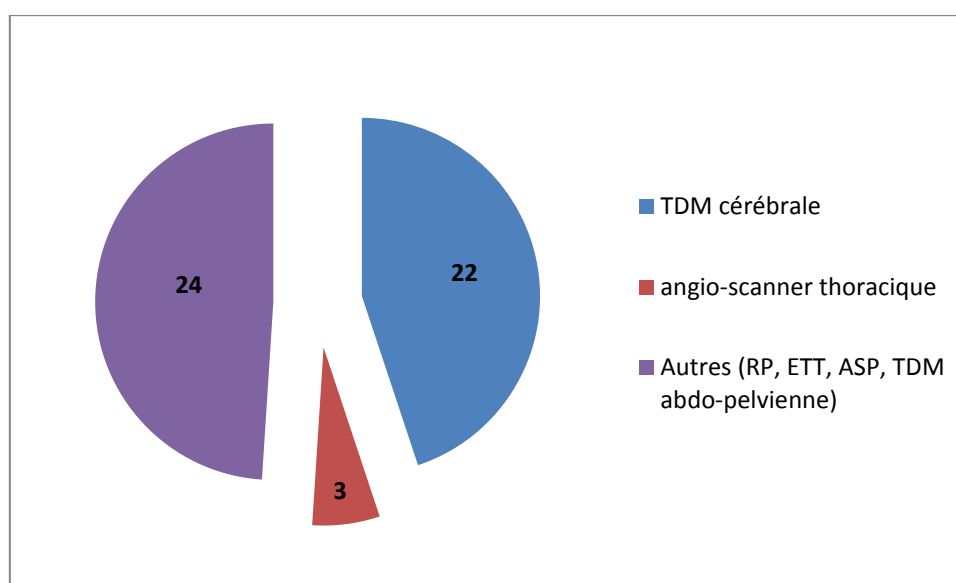


Figure 27 : Répartition des différents types d'imageries réalisés lors de la prise en charge aux urgences

L'étude a montré qu'un peu moins de la moitié des patients (22 soit 44%) avait eu une imagerie de type TDM cérébrale, toutes normales.

4.4 Prise en charge dans le service de médecine Interne et Polyvalente

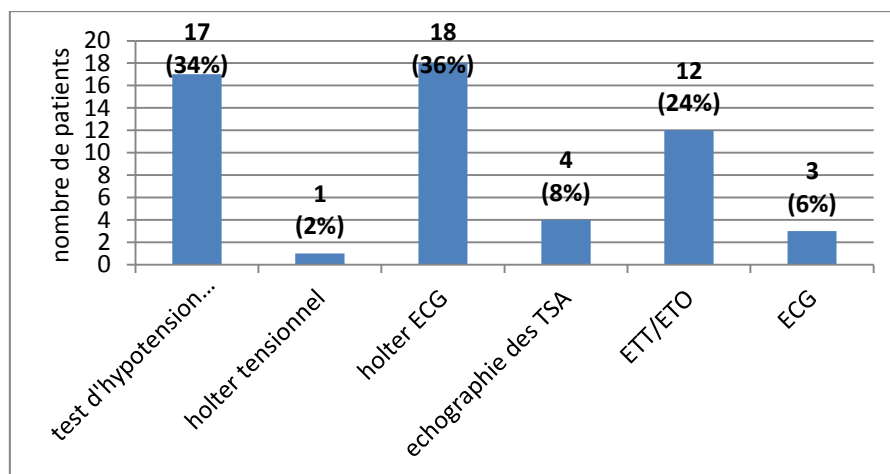


Figure 28 : Répartition des différentes explorations cardiaques réalisées en service de Médecine polyvalente

Nous avons regardé de quel type d'exploration cardiaque avaient bénéficié les patients lors de leur séjour en médecine polyvalente. Il en ressort, qu'en majorité, ils ont bénéficié d'un holter ECG (18 patients soit 36%), d'un test d'hypotension orthostatique pour 17 patients (soit 34%) et d'une ETT ou ETO pour 12 patients (24%).

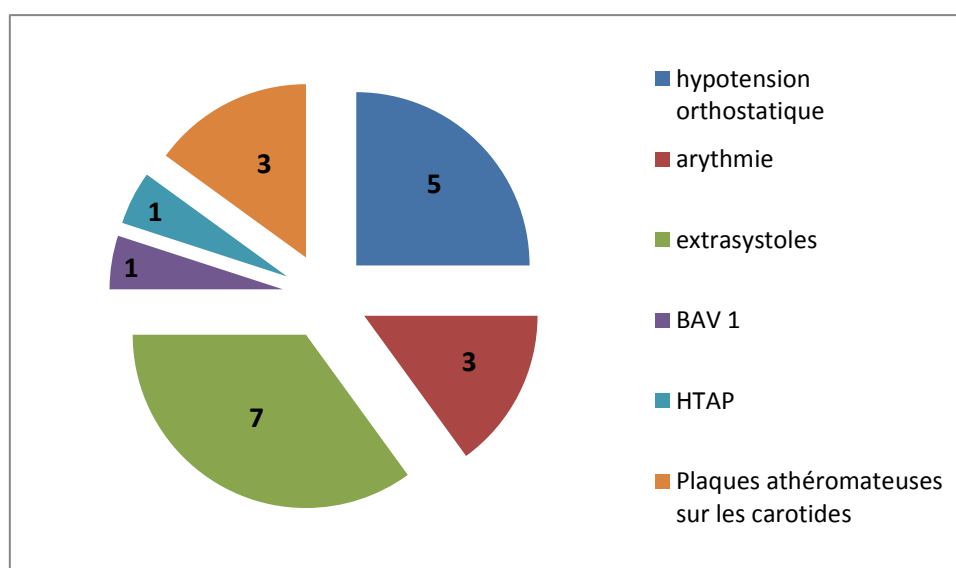


Figure 29 : Répartition des différentes anomalies sur les explorations cardiaques réalisées en service de Médecine polyvalente

Les principales anomalies retrouvées sur les différentes explorations sont : des extrasystoles (auriculaires et supra-ventriculaires non significatives), mises en évidence à sept reprises sur le holter ECG et dans l'hypotension orthostatique à cinq reprises.

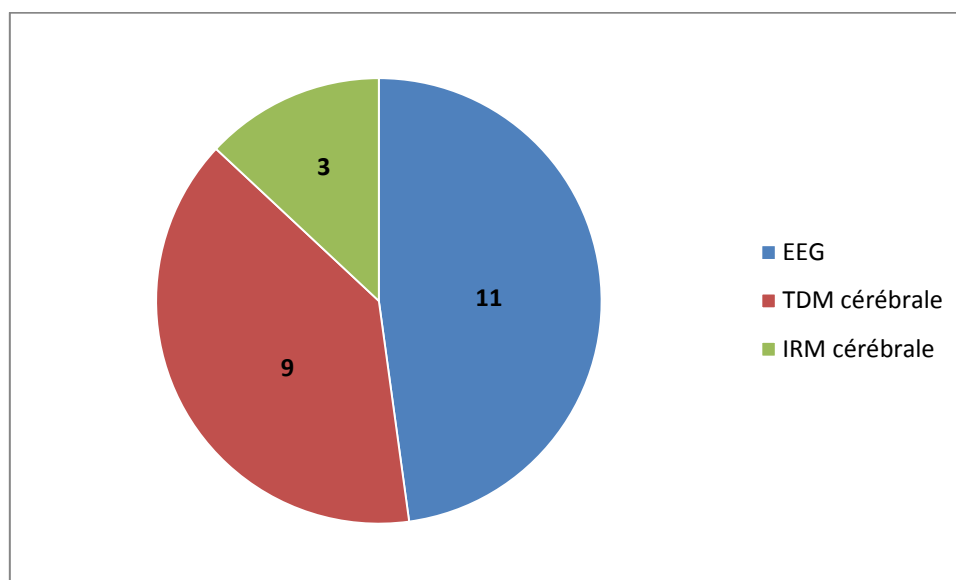


Figure 30 : Répartition des différentes explorations neurologiques réalisées en service de Médecine polyvalente

En ce qui concerne les explorations neurologiques, un tiers des patients hospitalisés (11 patients en tout) a bénéficié d'un EEG. L'anomalie la plus souvent retrouvée était l'épilepsie.

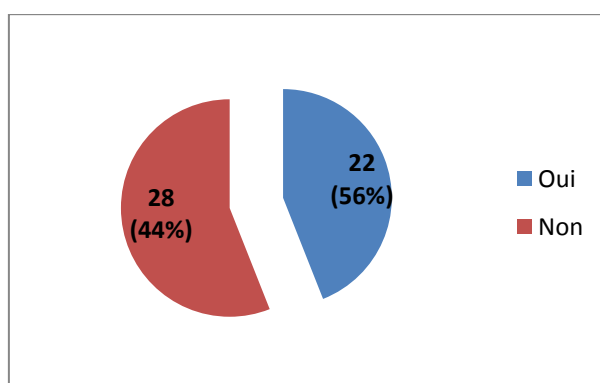


Figure 31 : Nombre de patients ayant bénéficié d'un avis spécialisé pendant leur hospitalisation en service de Médecine polyvalente

Sur les 50 hospitalisations, 22 patients (44%) ont bénéficié d'un avis spécialisé en majorité cardiologique (13 fois).

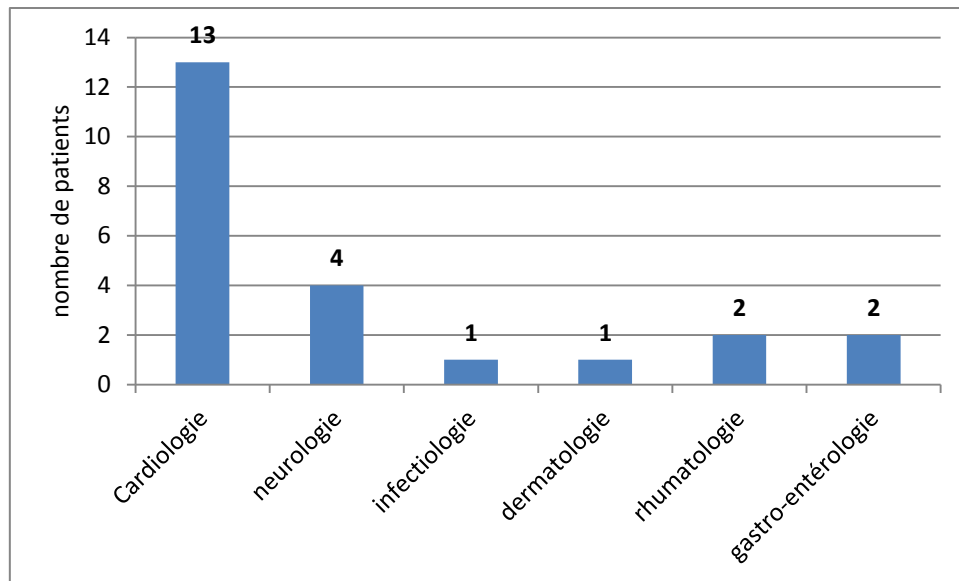


Figure 32 : Répartition des différents avis spécialisés demandés pendant l'hospitalisation en service de médecine polyvalente

En majorité les avis demandés dans notre étude relevaient de la cardiologie (pour 13 patients).

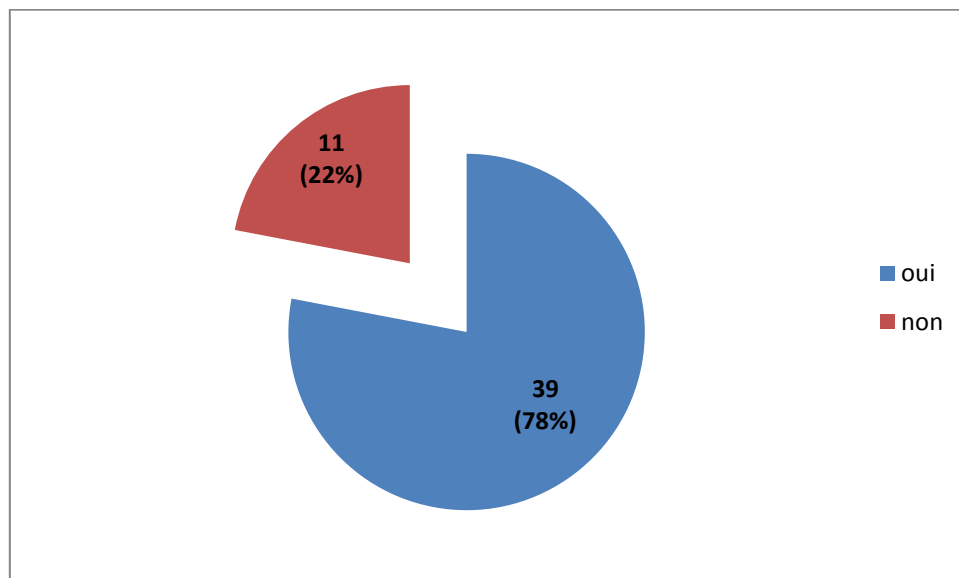


Figure 33 : Répartition du nombre de patients ayant eu un diagnostic de sortie après l'hospitalisation en service de médecine polyvalente

Pour plus des deux tiers des patients (39 soit 78%) l'hospitalisation a permis d'établir un diagnostic de sortie.

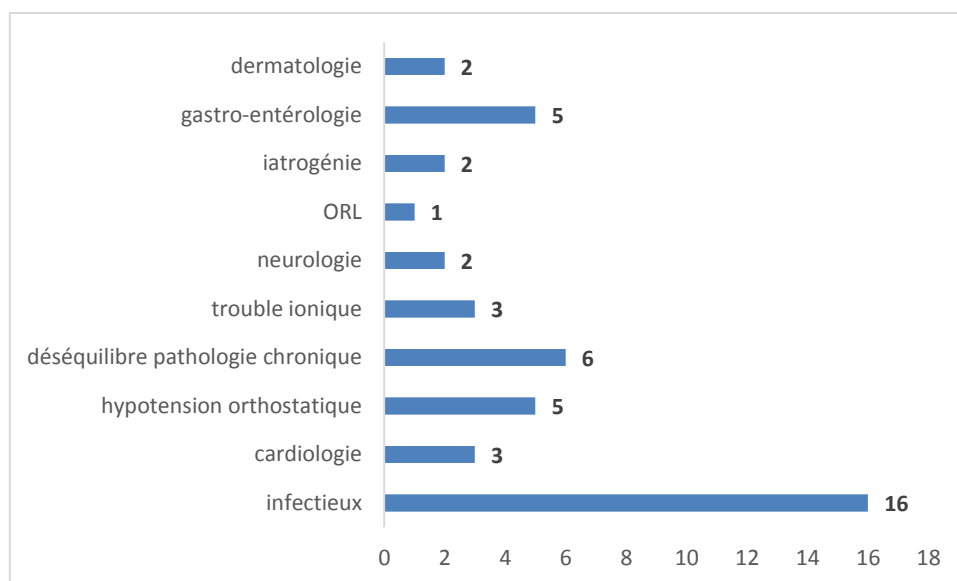


Figure 34 : Répartition des différents diagnostics établis à la sortie

Sur les 39 patients pour qui un diagnostic de sortie a été posé, il a été majoritairement d'étiologie infectieuse (16) ou un déséquilibre de pathologies chroniques (6).

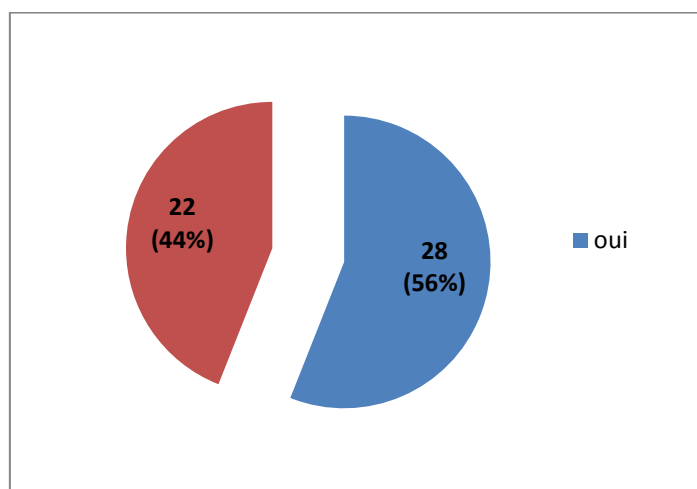


Figure 35 : Répartition du nombre de patients ayant eu une modification de leur ordonnance habituelle après l'hospitalisation en service de médecine polyvalente

Pour 28 patients (soit 56%) il y a eu une modification de leur ordonnance de traitement de fond à la sortie de l'hospitalisation. Ces modifications, bien que répertoriées, ont malheureusement été trop hétérogènes pour être présentées graphiquement.

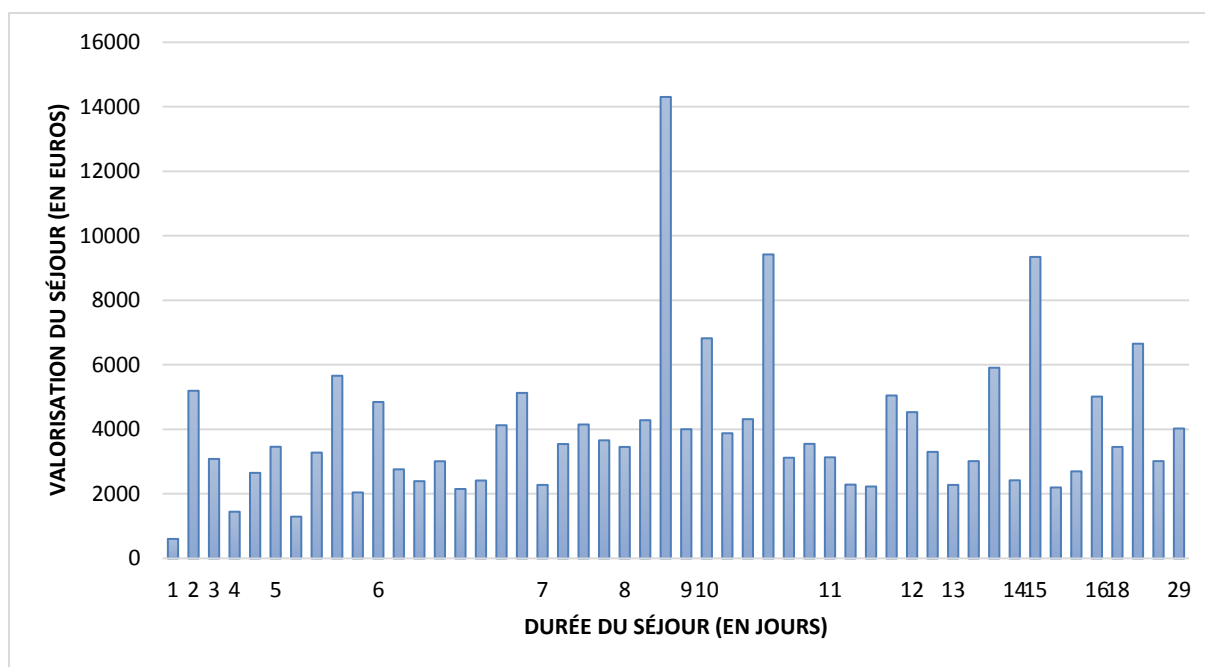


Figure 36 : Répartition de la valorisation du séjour en fonction de la durée du séjour en médecine Polyvalente

Concernant la durée du séjour, le plus court a été de 1 jour et le plus long a duré 29 jours avec une moyenne de 9 jours.

Sur la valorisation du séjour, la valorisation la plus petite a été de 605,9 euros et la plus grande de 14 307, 6 euros. La moyenne est de 3 941,03 euros.

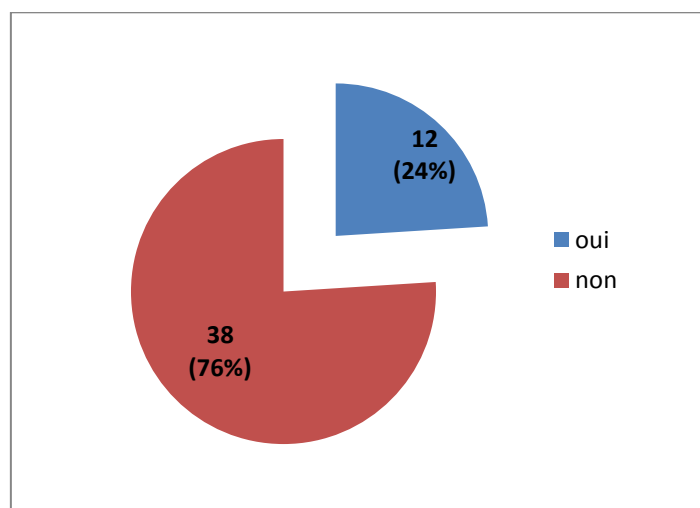


Figure 37 : Répartition du nombre de patients ayant eu des examens complémentaires après leur sortie d'hospitalisation

Après la sortie, seulement 12 patients (24%) ont eu des examens complémentaires, le plus fréquemment demandé étant l'échographie des TSA pour 3 patients.

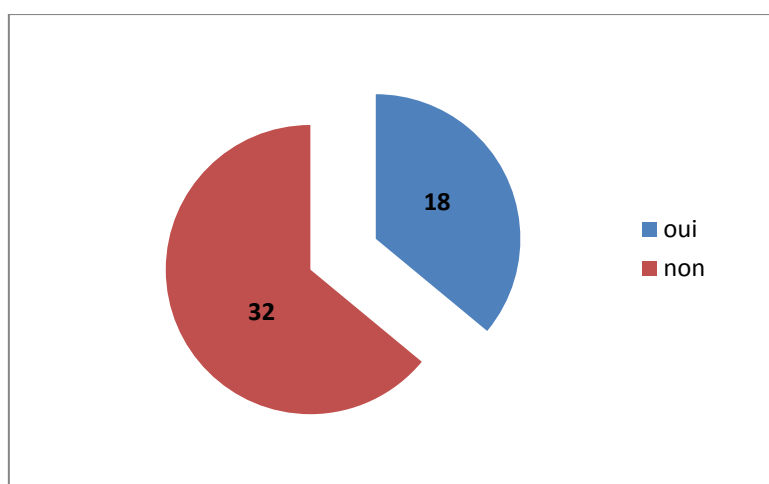


Figure 38 : Répartition du nombre de patients ayant bénéficié d'avis spécialisés après leur sortie d'hospitalisation

Sur les 50 patients hospitalisés, une majorité (32 patients) n'a pas eu d'avis spécialisé en externe.

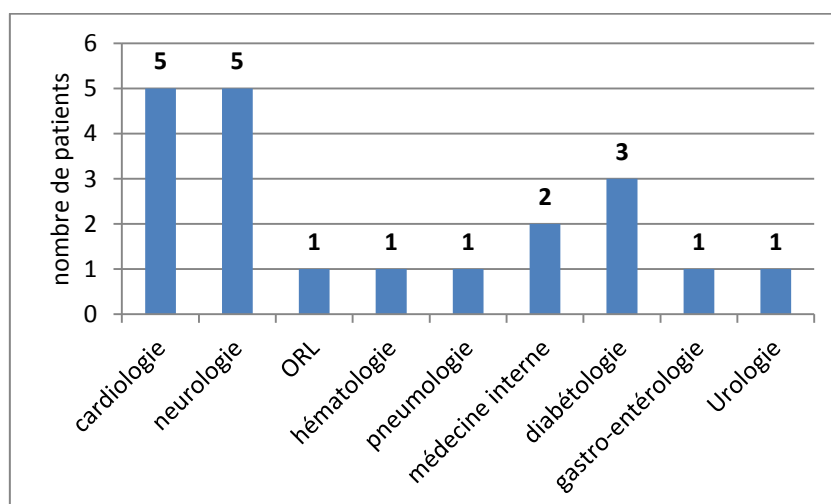


Figure 39 : Répartition des différents avis spécialisés demandés après la sortie d'hospitalisation

Pour les 18 patients ayant eu un avis après leur sortie, les deux principales consultations ont été en cardiologie pour 5 patients et en neurologie pour 5 patients également.

V – DISCUSSION

L'objectif de ce travail, était de décrire la population des patients hospitalisés dans le service de Médecine Polyvalente du Centre Hospitalier de Dreux, à partir du SAU ou de l'HTCD, pour motif « malaise », ainsi que les examens complémentaires réalisés et le diagnostic de sortie.

5.1 Points forts

Il y a peu de publications françaises sur les « malaises » (2,42), par contre il existe une littérature internationale importante sur les syncopes. Notre travail a permis de réaliser un état des lieux, certes parcellaire (l'ensemble des hospitalisations pour « malaise » dans notre hôpital n'ayant pas été étudié), des pratiques médicales au SAU et dans le service de Médecine Polyvalente concernant la prise en charge des « malaises » au sein de notre établissement. Celui-ci fera l'objet d'une présentation des résultats auprès des équipes médicales des 2 services et permettra nous l'espérons, de proposer des axes d'amélioration sur le sujet, selon les recommandations actuelles des sociétés savantes. Dans un contexte national actuel, contraint en ce qui concerne les moyens techniques et humains dans les hôpitaux Français, il nous paraît indispensable d'optimiser nos pratiques médicales au quotidien. L'évaluation des pratiques professionnelles, doit permettre l'amélioration de la prise en charge des patients, en assurant sécurité et efficience.

5.2 Points faibles

La première limite à ce travail est son caractère rétrospectif.

De plus, celui-ci n'a permis d'inclure que 50 patients, ce qui limite la force de notre étude.

Notre étude portait uniquement sur les hospitalisations pour « malaises », en service de Médecine Polyvalente, il ne s'agit donc que d'une vision globale de la prise en charge des malaises sur l'ensemble de notre établissement. En incluant d'autres services, comme la cardiologie et la gériatrie aiguë, nous pourrions avoir un reflet global sur les pratiques du Centre hospitalier. Ceci représente un biais d'interprétation important.

Nos données sont basées sur les dossiers cliniques des urgences et du service de Médecine Polyvalente. Ces dossiers sont remplis et tenus par des médecins avec des données interprétatives (analyse de ECG par exemple) et subjectives (attribution du caractère psychiatrique d'un malaise). Il s'agit donc d'un biais d'interprétation.

5.3 Généralités

Nous n'avons trouvé que peu de différences sur la parité ce qui est cohérent avec la littérature puisque dans la « Framingham Study » (1) nous retrouvons 3% de syncopes chez les hommes contre 3.5% chez les femmes. Cependant cela n'est pas fixe, puisqu'avec l'avancée en âge ou prévalence des syncopes, la prédominance est plus marquée chez les femmes au-delà de 80 ans (17). D'ailleurs concernant l'âge nous avons vu que plus de la moitié de nos patients avait plus de 70 ans ce qui est également retrouvé dans l'étude de Framingham (1) et chez plusieurs autres auteurs. (1,16,17) Cet âge a son importance puisque la prévalence des syncopes augmente avec l'âge (1,14).

Les principaux antécédents (ATCD) médicaux retrouvés dans notre population sont des ATCD cardiologiques, retrouvés également dans l'étude « OESIL » (40). Il est intéressant de souligner, que certains antécédents cardiologiques ont également été utilisés comme critères à prendre en compte dans certaines échelles de stratification de risque de syncope. Ainsi l'infarctus du myocarde avec ondes Q séquellaires est un marqueur en faveur d'une hospitalisation dans l'échelle de « ROSE » (39), l'insuffisance cardiaque et des modifications ECG (arythmies ou modifications du tracé de base) dans celle de San Francisco (41). L'échelle « OESIL » (40) quant à elle, prend en compte l'ensemble des formes cliniques ou des marqueurs structurels de cardiopathie, l'insuffisance cardiaque, ainsi que les modifications ECG dans leur globalité.

Le nombre d'antécédents par patient a été étudié dans l'étude de Lin and al (43). La présence d'un antécédent, voire même aucun, serait associée à une hospitalisation de plus courte durée (de 24 heures ou moins).

Dans notre série, 64 % des patients avaient entre 5 et 15 principes actifs sur leur ordonnance. Cela est concordant avec une étude canadienne (23) qui retrouve qu'un tiers des sujets de plus de 65 ans (ce qui est aussi le cas de l'âge de nos patients) avait au moins 3 principes actifs sur leur prescription médicale ce qui augmente le risque de iatrogénie.

5.4 Prise en charge aux urgences

Les recommandations de l'HAS insistent tout particulièrement sur trois points importants dans la prise en charge d'une syncope dont un interrogatoire minutieux avec notamment la recherche d'une perte de connaissance initiale ou non (16). Dans 14 % des cas ce critère n'était pas renseigné.

L'importance de l'anamnèse est également soulignée par l'ESC et la SFMU (8,9,15). L'examen clinique complet, et plus particulièrement l'examen cardio-vasculaire et neurologique, incluant également une mesure de la pression artérielle (PA) aux deux bras, est un autre point important dans l'approche diagnostic d'une syncope (8,9,15). Dans notre travail, la mesure de la PA n'a été réalisée aux urgences que pour 2 patients seulement (non consignée dans les tableaux en ANNEXE 1). Il a été démontré que la mesure de la pression artérielle représente le test diagnostic le moins coûteux des examens possiblement réalisables lors de la prise en charge initiale d'une syncope aux urgences. (12)

Le troisième point important des recommandations de l'HAS, est la réalisation systématique d'un ECG de repos (16). Dans notre étude, 24% des patients de l'étude n'ont pas bénéficié d'ECG lors de la prise en charge initiale. Examen simple et non invasif il permet, devant la présence de certaines anomalies, d'orienter vers une étiologie cardiaque et ainsi de proposer une prise en charge adaptée, selon les recommandations actuelles (8,9,15,16). Son faible coût est également intéressant : environ 6.50 €. (44). La réalisation systématique de l'ECG de repos est également retrouvée dans les critères de certaines échelles de stratification de risque (39–41). Lors de la prise en charge en service de médecine 6 % de nos patients en ont bénéficié. Cependant nous n'avons pas pu définir si ces patients avaient déjà eu un ECG aux urgences ou s'il s'agissait d'un contrôle. Dans l'étude de B.C. Sun (43), un ECG était réalisé pour 93 à 100% des patients, et seul 4 à 8 % ont permis d'établir un diagnostic étiologique. La rentabilité diagnostic de l'ECG reste donc faible.

En ce qui concerne la biologie, tous les patients des urgences ont bénéficié d'une numération et d'un bilan d'hémostase. Ces deux examens sont en effet recommandés par la SFMU, mais pas en systématique (8). Cependant, leur réalisation quasi systématique semble être le cas dans beaucoup de services d'urgences (5), alors même que les recommandations ne les préconisent pas en première intention (8,9,15,16). La rentabilité diagnostic de la biologie est très faible. Dans l'étude de B.C. Sun (43), 71% de tests biologiques sont réalisés et seulement 1% va permettre de poser un diagnostic. Il est intéressant de souligner que certaines échelles de stratification de risque ont inclus dans leurs critères, des données biologiques. Ainsi, la BNP et le taux d'hémoglobine sont inclus dans la stratification de « ROSE » (39). L'hématocrite est un critère de la « San Francisco Syncope Rule » (41). Néanmoins, aucune de ces échelles n'a été préconisée par l'ESC (9). Certains examens biologiques trouvent néanmoins un intérêt lorsque l'on s'oriente vers une étiologie cardiaque. Les D-Dimères trouvent parfois leur place lors du diagnostic d'embolie pulmonaire (27).

5.5 Prise en charge en service de Médecine Interne et Polyvalente

Une hypotension orthostatique a été recherchée chez seulement 17 patients (34%). Ce test est recommandé par l'HAS et la SFMU (8,15,16). Concernant les autres examens complémentaires cardiologiques ou neurologiques effectués en service, aucun n'est recommandé en systématique que ce soit par l'ESC (9), l'HAS (16) ou la SFMU (8,15).

Un diagnostic de sortie a pu être posé pour 78% des patients, comparable au pourcentage (75.7%) retrouvé dans l'étude de J-J Blanc and al (5). Dans nos résultats, la durée moyenne de séjour était de 9 jours ce qui est plus que les 3 jours de Lin and al (43), les 5 jours de Gedda and al (30), ou les 7,5 jours de G. Baron-Esquivas and al (45). Nous n'avons pas pu répondre au pourquoi de cette différence. Il est possible que le nombre d'examens complémentaires effectués et leur délai d'attente dans notre hôpital soient une des causes de cette différence.

Notre étude n'a pas permis de calculer le coût des séjours, pour des raisons de logiciel informatique. Nous avons par contre pu obtenir la valorisation du séjour. Elle va de 605,9 € à 14 307, 6 € avec une moyenne de 3941,03€. Cette valorisation est un reflet de ce que rapportent tous les examens complémentaires effectués pendant l'hospitalisation, qui sont perçus par l'Hôpital. Cependant nous n'avons pas d'élément de réponse pour dire si la valorisation d'un séjour est uniquement liée aux examens complémentaires réalisés.

Le coût des imageries effectuées lors des hospitalisations pour syncopes a été évalué par G. Baron-Esquivas et al (46) et estimé en moyenne à 1 141€ par patient. Le coût total d'une hospitalisation a été estimé par l'équipe de B. Sun (47) entre 8 700 dollars (8 020€) dans une première étude et 12 000 dollars (11 063€) dans une seconde (4). Le coût annuel des hospitalisations pour syncopes a lui été estimé entre 2.4 billion et 5.4 billions de dollars par année (4,24).

Nous constatons qu'aucun Tilt Test ou pose de Moniteur Cardiaque Implantable n'a été demandé que ce soit en hospitalier ou en externe. Nos confrères canadiens préconisent le Moniteur Cardiaque Implantable lorsqu'une arythmie est suspectée (37). L'enregistrement du rythme cardiaque sur plusieurs mois (jusqu'à 36 mois), permet d'optimiser la détection d'une arythmie. Cela reste néanmoins un dispositif invasif et coûteux, l'appareil en lui-même coûtant à lui seul environ 2000€ (37,44). L'étude PICTURE (44) rapporte que seulement 12% des patients bénéficiant de ce dispositif avaient eu les examens recommandés par l'ESC. Malgré son coût élevé il est entré dans les tests utilisables pour le diagnostic des syncopes en Grande-Bretagne avec 28 à 59 dispositifs implantés par million d'habitants et par an (44). Le Tilt Test a été étudié par Jean Jacques Blanc (42). Son étude met

en avant un triple intérêt : démasquer l'origine vasovagale de certains malaises étiquetés à tort comme épilepsie sur la présence de mouvements atypiques au moment de la syncope ou bien infirmer l'origine psychogène en reproduisant la syncope par stimulation et enfin, chez le sujet âgé il permet de faire la part entre chute et syncope réflexe.

VI – Conclusion

Notre étude a permis de réaliser une description épidémiologique de la population hospitalisée pour malaise, de faire un état des lieux des différents tests réalisés lors du séjour en vue d'établir un diagnostic et nous donner un aperçu de la valorisation de ce dernier.

Notre population, plutôt âgée, correspond à celle retrouvée dans la littérature mais nous constatons que le nombre de tests réalisés en vue d'établir un diagnostic n'est pas conforme aux recommandations des sociétés savantes.

Certains de nos confrères ont tenté de remédier au problème en créant une filière spécifique : les « syncope unit » (48). Cette filière, en évitant une hospitalisation, permet d'effectuer les examens recommandés tel que le Tilt Test ou bien de poser un Moniteur Cardiaque Implantable. Une telle filière augmenterait la probabilité d'arriver à un diagnostic et diminuerait les hospitalisations coûteuses. (6) Baugh et al. ont estimé l'économie réalisée à une moyenne de 108 millions avec la création de telles unités. Elle permettrait d'éviter en moyenne 235 000 hospitalisations par an.(49)

Cela serait sans doute une filière à envisager pour notre Hôpital et notre système de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Savage D D, Corwin L, McGee D L, Kannel W B, Wolf P A. Epidemiologic features of isolated syncope: the Framingham Study. *Stroke*. 1 juill 1985;16(4):626-9.
2. Blanc J. Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period. *Eur Heart J*. 15 mai 2002;23(10):815-20.
3. Sun BC, McCreath H, Liang L-J, Bohan S, Baugh C, Ragsdale L, et al. Randomized Clinical Trial of an Emergency Department Observation Syncope Protocol Versus Routine Inpatient Admission. *Ann Emerg Med*. 1 août 2014;64(2):167-75.
4. Sun BC, Emond JA, Camargo CA. Direct medical costs of syncope-related hospitalizations in the United States. *Am J Cardiol*. 1 mars 2005;95(5):668-71.
5. Sarasin FP, Louis-Simonet M, Carballo D, Slama S, Rajeswaran A, Metzger JT, et al. Prospective evaluation of patients with syncope: a population-based study. *Am J Med*. 15 août 2001;111(3):177-84.
6. Standardized Approaches to Syncope Evaluation for Reducing Hospital Admissions and Costs in Overcrowded Emergency Departments [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743198/>
7. Kadri Amer N., Abuamsha Hasan, Nusairat Leen, Kadri Nazih, Abuissa Hussam, Masri Ahmad, et al. Causes and Predictors of 30-Day Readmission in Patients With Syncope/Collapse: A Nationwide Cohort Study. *J Am Heart Assoc*. 18 sept 2018;7(18):e009746.
8. Goff SL. ACTUALISATION DE LA VIÈME CONFÉRENCE DE CONSENSUS EN MÉDECINE D'URGENCE DE 1996 : « PRISE EN CHARGE DES MALAISES AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE ». 2005;26.
9. Syncope (ESC Guidelines on Diagnosis and Management of) [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of>, <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of>
10. Lestavel P, Halle I, Forget AP. Conduite à tenir devant un malaise, une syncope et une perte de connaissance. :5.
11. Grossman AM, Volz KA, Shapiro NI, Salem R, Sanchez LD, Smulowitz P, et al. Comparison of 1-Day Emergency Department Observation and Inpatient Ward for 1-Day Admissions in Syncope Patients. *J Emerg Med*. 1 févr 2016;50(2):217-22.
12. Yield of Diagnostic Tests in Evaluating Syncopal Episodes in Older Patients. *Arch Intern Med*. 27 juill 2009;169(14):1299-305.
13. Larousse É. Définitions : malaise - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/malaise/48823>
14. Soteriades ES, Chen L. Incidence and Prognosis of Syncope. *N Engl J Med*. 2002;8.
15. conférence de consensus 1996 [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/consensus/cc_malaises.pdf

16. Syncopes - Recommandations. 2008. [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/syncopes_-_recommandations.pdf
17. épidémiologie des syncopes [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2010/08/03.pdf>
18. Puppala VK, Dickinson O, Benditt DG. Syncope: Classification and risk stratification. *J Cardiol*. 1 mars 2014;63(3):171-7.
19. Ungar A, Mussi C, Rosso AD, Noro G, Abete P, Ghirelli L, et al. Diagnosis and Characteristics of Syncope in Older Patients Referred to Geriatric Departments. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(10):1531-6.
20. Netgen. Quand référer aux urgences un patient présentant un malaise ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-259/Quand-referer-aux-urgences-un-patient-presentant-un-malaise>
21. van Dijk JG, Wieling W. Pathophysiological Basis of Syncope and Neurological Conditions that Mimic Syncope. *Prog Cardiovasc Dis*. 1 janv 2013;55(4):345-56.
22. Tan MP, Parry SW. Vasovagal Syncope in the Older Patient. *J Am Coll Cardiol*. 12 févr 2008;51(6):599-606.
23. Solbiati M, Sheldon R, Seifer C. Managing Syncope in the Elderly: The Not So Simple Faint in Aging Patients. *Can J Cardiol*. 1 sept 2016;32(9):1124-31.
24. Sutton R. Clinical Classification of Syncope. *Prog Cardiovasc Dis*. 1 janv 2013;55(4):339-44.
25. Nienaber CA, Hiller S, Spielmann RP, Geiger M, Kuck K-H. Syncope in hypertrophic cardiomyopathy: Multivariate analysis of prognostic determinants. *J Am Coll Cardiol*. avr 1990;15(5):948-55.
26. Simpson RJ, Podolak R, Mangano CA, Foster JR, Dalldorf FG. Vagal Syncope During Recurrent Pulmonary Embolism. *JAMA*. 21 janv 1983;249(3):390-3.
27. Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Ciammaichella M, Perlati M, Mumoli N, et al. Prevalence of Pulmonary Embolism among Patients Hospitalized for Syncope [Internet]. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1602172>. 2016 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1602172?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov
28. Anderson J, O'Callaghan P. Cardiac syncope. *Epilepsia*. 2012;53(s7):34-41.
29. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, et al. Incidence and Prognosis of Syncope [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa012407>. 2009 [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa012407?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov
30. Gedda E, Robbins A, Hentzien M, Giltat A, Pinel-Petit V, Souille J, et al. Les malaises adressés aux urgences sont fréquents, bénins et coûteux : étude épidémiologique des facteurs de risque d'hospitalisation en vue de désencombrer les urgences. *Rev Médecine Interne*. 1 janv 2017;38(1):8-16.

31. Wijnen VK van, Hove DT, Gans ROB, Nieuwland W, Roon AM van, Maaten JCT, et al. Orthostatic blood pressure recovery patterns in suspected syncope in the emergency department. *Emerg Med J*. 1 avr 2018;35(4):226-30.
32. Jones PK, Shaw B, Raj SR. Orthostatic hypotension: managing a difficult problem. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. nov 2015;13(11):1263-76.
33. Mosqueda-Garcia Rogelio, Furlan Raffaello, MD Jens Tank, Fernandez-Violante Roxana. The Elusive Pathophysiology of Neurally Mediated Syncope. *Circulation*. 5 déc 2000;102(23):2898-906.
34. Arthur W, Kaye GC. The pathophysiology of common causes of syncope. *Postgrad Med J*. 1 déc 2000;76(902):750-3.
35. Sutton R. Reflex syncope: Diagnosis and treatment. *J Arrhythmia*. déc 2017;33(6):545-52.
36. Kidd Stephen K., Doughty Christopher, Goldhaber Samuel Z. Syncope (Fainting). *Circulation*. 19 avr 2016;133(16):e600-2.
37. Krahn AD, Andrade JG, Deyell MW. Selecting Appropriate Diagnostic Tools for Evaluating the Patient With Syncope/Collapse. *Prog Cardiovasc Dis*. 1 janv 2013;55(4):402-9.
38. Risk Stratification of patients with syncope [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: https://umem.org/files/uploads/1202201611_JC3072012B.pdf
39. Reed MJ, Newby DE, Coull AJ, Prescott RJ, Jacques KG, Gray AJ. The ROSE (Risk Stratification of Syncope in the Emergency Department) Study. *J Am Coll Cardiol*. 23 févr 2010;55(8):713-21.
40. Colivicchi F, Ammirati F, Melina D, Guido V, Imperoli G, Santini M. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. *Eur Heart J*. 1 mai 2003;24(9):811-9.
41. Saccilotto RT, Nickel CH, Bucher HC, Steyerberg EW, Bingisser R, Koller MT. San Francisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 18 oct 2011;183(15):e1116-26.
42. Blanc J-J. Clinical Laboratory Testing: What Is the Role of Tilt-Table Testing, Active Standing Test, Carotid Massage, Electrophysiological Testing and ATP Test in the Syncope Evaluation? *Prog Cardiovasc Dis*. 1 janv 2013;55(4):418-24.
43. Observation vs admission in syncope: can we predict short length of stays? | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0735675715006762?token=CB3AA5C63306DEA6DC81D54D51C041E18D551B72279EC774FB6FFA283332685B6FAE951BA0434361718FB5E0CBD042B6>
44. Providência R, Candeias R, Morais C, Reis H, Elvas L, Sanfins V, et al. Financial impact of adopting implantable loop recorder diagnostic for unexplained syncope compared with conventional diagnostic pathway in Portugal. *BMC Cardiovasc Disord*. 6 mai 2014;14(1):63.
45. Edvardsson N, Wolff C, Tsintzos S, Rieger G, Linker NJ. Costs of unstructured investigation of unexplained syncope: insights from a micro-costing analysis of the observational PICTURE registry. *EP Eur*. 1 juill 2015;17(7):1141-8.

46. Barón-Esquivias G, Moreno SG, Martínez Á, Pedrote A, Vázquez F, Granados C, et al. Cost of diagnosis and treatment of syncope in patients admitted to a cardiology unit. *EP Eur*. 1 févr 2006;8(2):122- 7.
47. Sun BC. Quality-of-Life, Health Service Use, and Costs Associated With Syncope. *Prog Cardiovasc Dis*. 1 janv 2013;55(4):370- 5.
48. Rosanio S, Schwarz ER, Ware DL, Vitarelli A. Syncope in adults: Systematic review and proposal of a diagnostic and therapeutic algorithm. *Int J Cardiol*. 20 janv 2013;162(3):149- 57.
49. Baugh CW, Liang L-J, Probst MA, Sun BC. National Cost Savings From Observation Unit Management of Syncope. *Acad Emerg Med*. 2015;22(8):934- 41.

ANNEXE 1



Recueil des données

Année d'hospitalisation :

GENERALITES

1-Sexe

☐ masculin ☐ féminin

2-Age (lors de l'hospitalisation)

☐ < 60 ans ☐ 61-70 ans ☐ 71-80 ans ☐ 81-90ans ☐ > 91 ans

3-provenance

☐ domicile ☐ institution

4-mode de PEC en pré hospitalier et transport

☐ SMUR ☐ pompiers ☐ ambulance ☐ propres moyens

5-Antécédents

6-nombre de principe actifs sur l'ordonnance

☐ < 5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ > 15

7-Traitements

8-nombre de passages aux urgences pour le même motif dans l'année précédente

9-nombre d'hospitalisations pour le même motif dans l'année précédente

10-Perte de connaissance initiale

☐ oui ☐ non ☐ non renseigné

A L'ADMISSION AUX URGENCES

11-constantes

☐ Pression artérielle : ☐ aux deux bras ☐ oui : ☐ fréquence cardiaque :
☐ température : ☐ SpO2

12-ECG entrée

☐ oui ☐ non

si oui anomalie :

☐ oui ☐ non

Laquelle :

13-Bilan sanguin

☐ oui ☐ non

si oui lequel(s) :

Anomalie(s) retrouvée(s) ?

14-Imagerie

☐ TDM cérébral ☐ Angio-scanner thoracique ☐ IRM ☐ autres :.....

EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES DANS LE SERVICE**15-Exploration cardiaque**

☐ recherche d'hypotension orthostatique ☐ holter tensionnel ☐ holter ECG ☐
échographie des TSA
☐ ETT /ETO ☐ ECG

Si anomalie(s), laquelle (lesquelles) :

16-Exploration neurologique

☐ EEG ☐ TDM cérébral ☐IRM cérébral

Si anomalie(s), laquelle (lesquelles) :

17-Avis spécialisé durant l'hospitalisation :

☐ oui ☐ non

Lequel :

18-Diagnostic de sortie

☐ oui ☐ non

Lequel :

19-Modification de traitement à la sortie

☐oui ☐non

Laquelle :

20-durée du séjour

21-Valorisation du séjour ?

22-examens complémentaires en externe ?

☐ oui ☐ non

Lequel :

23-Avis spécialisé en externe ?

☐ oui ☐ non

Lequel :

ANNEXE 2

La Recherche est l'une des missions des Groupements Hospitaliers de Territoire

INFORMATION AUX PATIENTS

Données de santé pour la recherche et l'évaluation scientifique

Les données de votre dossier médical recueillies dans le cadre du soin peuvent être amenées à être réutilisées à des fins de recherche et d'évaluation scientifique dans le domaine de la santé. Dans tous les cas, seules des personnes soumises au secret professionnel peuvent y accéder, sous la responsabilité du professionnel qui vous suit à l'hôpital.

Conformément à la loi Informatique et Libertés¹, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à l'ensemble de vos données détenues par l'hôpital. Vous pouvez à tout moment vous opposer à leur réutilisation, pour autant que le traitement des données ne réponde pas à une obligation légale, sans avoir à justifier votre refus.

L'exercice de votre droit d'opposition sera sans conséquence sur votre accompagnement thérapeutique ou la qualité de vos relations avec les équipes responsables de votre suivi.

Pour tout renseignement complémentaire ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter la Direction de l'Hôpital :

> téléphone : 02 37 51 52 53
> email : direction@chdreux.fr



¹ Loi du 6 janvier 1978 modifiée

ANNEXE 3

GENERALITES	
Répartition des hospitalisations par année	%
2014.....8	16
2015.....13	26
2016.....4	8
2017.....3	6
2018.....8	16
2019.....14	28
Total.....50	
sexe	
Homme.....24	48
Femme.....26	52
Age (au moment de l'hospitalisation)	
<60 ans.....13	26
61-70 ans.....6	12
71-80 ans.....13	26
81-90 ans.....13	26
>91 ans.....5	10
Provenance	
Domicile.....45	90
Institution.....5	10
Mode de prise en charge en pré hospitalier et transport	
SMUR.....3	6
Pompiers.....19	38
Ambulances.....17	34
Par ses propres moyens.....11	22
Antécédents	
Cardiologie.....69	
Pneumologie.....17	
Neurologie.....24	
Gastro-entérologie.....18	
Psychiatrie.....6	
Dermatologie.....2	
Infectiologie.....2	
Chirurgie digestive.....26	
Chirurgie orthopédique.....17	
Chirurgie urologie.....9	
chirurgie ORL.....2	
Chirurgie plastique.....4	
Gynéco-obstétrique.....3	
Ophtalmologie.....6	
Diabéto-endocrinologie.....22	
Onco-hématologie.....5	
Néphrologie.....7	
Toxiques-facteurs de risque...26 (tabac, alcool, dyslipidémie, obésité)	
Nombre de principes actifs sur l'ordonnance	
<5.....18	36

5-10.....16	32
10-15.....15	30
>15.....1	2
Traitements	
IEC.....15	
Diurétique.....25	
AVK,NACO AINS.....35	
Inhibiteur calcique.....14	
Anti arythmique.....4	
Bêta bloquant.....19	
Digoxine.....1	
Inhibiteur angiotensine II.....5	
Anti angoreux.....2	
Dérivé nitré.....1	
Benzodiazépine.....23	
Thymorégulateurs.....11	
IPP.....2	
Ralentisseur du transit.....3	
Constipation.....6	
Anti spasmodique.....3	
Antiépileptique.....6	
Anti parkinsonien, Alzheimer..6	
Antalgique, AINS.....24	
Ventoline/cortico. Inhalés.....9	
Hypolipémiant.....20	
ADO.....17	
Insuline.....9	
TTT dysthyroïdie.....6	
Collyre.....5	
Chimiothérapie.....2	
Autres.....15	
Nombre de passage(s) aux urgences pour le même motif dans l'année précédente	
0.....38	76
1.....11	22
>1.....1	2
Nombre d'hospitalisation(s) pour le même motif dans l'année précédente (pour les 12 patients ayant consulté pour le même motif)	
Aucune hospitalisation.....6	
Une hospitalisation.....6	
Perte de connaissance	
Oui.....24	48
Non19	38
Non renseigné.....7	14

ANNEXE 4

A L'ADMISSION AUX URGENCES	
constantes	%
Pression artérielle (mmHg)	
Hypotension (<90/60 mmHg).....3	6
Normale.....26	52
Hypertension (>140/90 mmHg).....21	42
(Aux 2 bras.....2)	
Fréquence cardiaque (bpm)	
Bradycardie (<60 bpm).....4	8
Normale.....37	74
Tachycardie (>100 bpm).....9	18
Saturation en oxygène (en %)	
Désaturation (<96%).....15	30
Normale.....35	70
Température (en degrés celsius)	
Hypothermie (<36.1°C).....11	22
Normale.....32	64
Sub-fébrile (37.8-38.5°C).....5	10
Fébrile (>38.5°C).....2	4
ECG	
ECG à l'entrée	
Oui.....38	76
Non.....12	24
Anomalie (sur les 38 ECG réalisés).....21	55.2
Type anomalies	
Bradycardie (1)	
Tachycardie (1)	
Fibrillation auriculaire (5)	
Bloc de branche droit (4)	
Bloc de branche gauche (2)	
Elargissement du QRS (1)	
Onde Q (1)	
Onde T négative (1)	
Segment ST raide (1)	
BAV de type (11)	
Bilan sanguin	
Bilan sanguin	
Oui.....50	100
Non.....0	-
Anomalie (sur 100 bilans réalisés à l'entrée)....29	29
Type de bilan	
NFS.....50	

Ionogramme.....	50	
TP/TCA.....	35	
INR.....	8	
Troponine.....	29	
Cycle troponine.....	3	
D-Dimère.....	9	
BNP.....	16	
CRP.....	26	
Procalcitonine.....	7	
Bilan hépatique.....	22	
Lipasémie.....	10	
Alcoolémie.....	7	
CPK.....	10	
Hémocultures.....	3	
Gaz du sang.....	5	
Acide urique.....	1	
imagerie		
TDM cérébrale.....	22	44
Angio-scanner thoracique.....	3	6
IRM cérébral.....	0	-
Autre(s).....	24	48
* <i>RP (21)</i>		
* <i>ETT (1)</i>		
* <i>ASP (1)</i>		
* <i>TDM abdo-pelvienne (1)</i>		

ANNEXE 5

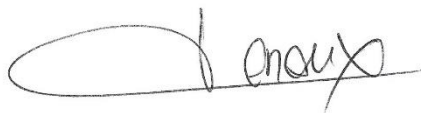
EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES DANS LE SERVICE	
Exploration cardiaque	%
Test hypotension orthostatique.....17	34
Holter tensionnel.....1	2
Holter ECG.....18	36
Echographie des TSA.....4	8
ETT/ETO.....12	24
ECG.....3	6
<i>Anomalies :</i>	
Hypotension orthostatique.....5	
Arythmie.....3	
Extrasystoles.....7	
BAV 1.....1	
HTAP.....1	
Plaques athéromateuses sur les carotides.....3	
Exploration neurologique	
EEG.....11	
TDM cérébrale.....9	
IRM3	
<i>Anomalie :</i>	
Epilepsie non connue.....2	
Encéphalopathie métabolique.....1	
Séquelles AVC2	
Avis spécialisé	
Oui.....22	44
Non.....28	56
<i>Lequel :</i>	
Cardiologie.....13	
Neurologie.....4	
Infectiologie.....1	
Dermatologie.....1	
Rhumatologie.....2	
Gastro-entérologie.....2	
Diagnostic de sortie	
Oui.....39	78
Non.....11	22
Infectieux.....16	
<i>Erysipèle (1)</i>	
<i>Pyélonéphrite (2)</i>	
<i>Pneumopathie (6)</i>	
<i>Méningite (2)</i>	
<i>Prostatite (3)</i>	
<i>Colite (1)</i>	
<i>Infection urinaire (1)</i>	

Cardiologie.....3	
HTAP (1)	
Insuffisance cardiaque (1)	
SCA (1)	
Hypotension orthostatique.....5	
Déséquilibre pathologie chronique.....6	
Déséquilibre diabète (3)	
HTA mal contrôlée (1)	
Crise de goutte (1)	
Exacerbation BPCO (1)	
Trouble ionique.....3	
Hyponatrémie (2)	
Trouble métabolique sur diarrhée (1)	
Neurologie.....2	
Tremblements (1)	
Epilepsie (1)	
ORL.....1	
SD vertigineux	
Iatrogénie.....2	
Surdosage AVK (1)	
Surdosage TTT HTA (1)	
Gastro entérologie.....5	
Mélena (2)	
Occlusion (1)	
Fécalome (1)	
Dysphagie (1)	
Dermatologie.....2	
Furonculose (1)	
SD de Dress (1)	
Modification du traitement	
Oui28	56
Non.....22	44
Durée du séjour	
1jour.....1	
2jours.....1	
3jours.....1	
4jours.....2	
5jours.....5	
6jours.....8	
7jours.....4	
8jours.....3	
9jours.....1	

10jours.....6	
11jours.....4	
12jours.....2	
14jours.....1	
15jours.....3	
12jours.....1	
18jours.....1	
29jours.....1	
Moyenne= 9 jours	
Valorisation du séjour (en termes d'examen complémentaire) en euros	
605,9	
1296,26	
1449,7	
2046,77	
2154,05	
2201,65	
2230,84	
2280,41	
2280,41	
2289,87	
2396,45	
2417,066	
2422,99	
2653,9	
2700,34	
2764	
3013,27	
3017,55	
3017,55	
3085,56	
3123,17	
3135,5	
3281,84	
3304,41	
3457,75	
3457,75	
3463,37	
3548,27	
3553,19	
3662,47	
3881,78	
4006,93	
4029,15	
4130,57	
4153,41	
4286,35	
4318,52	

4536,32	
4851,73	
5018,35	
5052,71	
5132,45	
5198,73	
5664,02	
5913,25	
6657,57	
6826,08	
9348,08	
9425,51	
14307,6	
Valeur moyenne = 3941,03 euros	
Examen(s) en externe	
Oui.....12	24
Non.....38	76
<i>Lequel :</i>	
Echo-Doppler du membre inférieur.....1	
Angio-scanner thoracique.....1	
Holter ECG.....1	
ETT.....1	
Echo-Doppler des TSA.....3	
Manométrie.....1	
Scintigraphie cardiaque.....1	
Biologie.....2	
Échographie thyroïdienne.....1	
Avis spécialisé en externe	
Oui.....18	
Non.....32	
<i>Lequel :</i>	
Cardiologie.....5	
Neurologie.....5	
ORL.....1	
Hématologie.....1	
Pneumologie.....1	
Médecine interne.....2	
Diabétologie.....3	
Gastro-entérologie.....1	
Urologie.....1	

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Chaux". The signature is written over a horizontal line.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

VENNETIER Camille

74 pages – 39 graphiques – 3 tableaux – 5 annexes

Résumé :

Devant le nombre croissant de patients consultant aux urgences pour le motif « malaise », le nombre d'hospitalisations pour investigation par la suite est lui aussi en hausse. La prise en charge n'étant pas standardisée, les patients vont bénéficier d'une multitude d'examen complémentaires et avis spécialisés afin de déterminer l'étiologie de ce malaise. Malgré cela le diagnostic de sortie n'est pas toujours posé et l'étiologie reste inconnue ce qui est vécu comme anxiogène pour les patients.

Objectif : Caractériser la population consultant aux urgences pour « malaise » et hospitalisée en Médecine Interne Polyvalente pour investigations. Faire un état des lieux de la prise en charge diagnostic en service ainsi que l'aboutissement en termes de diagnostic de sortie. Evaluer la durée moyenne et la valorisation du séjour.

Méthode : L'étude a été rétrospective analytique au moyen d'un recueil des données sur les logiciels intra-hospitaliers du CH de Dreux.

Résultats : Sur la durée 50 patients ont été inclus, sensiblement à part égale d'hommes (52%) et de femmes (48%), dont 42 % avaient plus de 70 ans. Ils avaient pour majorité des antécédents cardiologiques (retrouvés 29 fois) avec pour 76 % une PCI. La réalisation d'un ECG a eu lieu pour 76 % d'entre eux. Parmi les 20 patients ayant eu à la fois une PCI et un ECG, 9 présentaient une anomalie. Malgré la batterie d'examen cardiologiques et neurologiques, seulement 5 patients ont bénéficié du test d'hypotension orthostatique recommandé dans les guides européens et français. Aucun n'a bénéficié des tests d'inclinaison ou d'un monitoring cardiaque implantable. Un diagnostic de sortie a été établi pour 78% des patients avec un « malaise » en majorité d'étiologie infectieuse. La valorisation moyenne des séjours était de 3941,03 euros pour une durée moyenne de 9 jours.

Conclusion : Cette étude a permis de caractériser la population consultant au CH de Dreux pour « malaise » et hospitalisée par la suite pour en déterminer l'étiologie. Notre population est sensiblement similaire aux données de la littérature. Cependant l'étude a mis en avant que nous réalisions insuffisamment les examens recommandés, mais à contrario nous réalisions de nombreux examens cardiologiques et neurologiques, avec des séjours longs, rapportant peu. Les diagnostics de sortie étaient étonnamment peu ceux à l'origine des syncopes mais plutôt d'origine infectieuse.

Mots clés : malaise, hospitalisation, examens complémentaires, syncope

Jury :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Christophe LEROUX, Médecine Interne, PH, CH Dreux

Membres du Jury : Professeur Anne BOURGARIT-DURAND, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Paris
Professeur Laurent PLANTIER, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Agnès CARNET, Médecine d'Urgence, PH, CH Dreux

Date de soutenance : 12 Juin 2020