

Compte-rendu

# Le «bon sens clinique»: faites-vous confiance !

## Mots-clés

Syncope , Canadian syncope risk score , CSRS , Validation  
International validation of the Canadian syncope risk score: a cohort study

T. Zimmermann, Annals of Internal Medicine, 06.2022

DOI: [10.7326/M21-2313](https://doi.org/10.7326/M21-2313).

## Introduction

L'étiologie de la syncope reste un challenge diagnostique. Même si les causes sont majoritairement bénignes, une prise en charge ambulatoire est toujours redoutée en raison des étiologies potentiellement fatales. Ceci motive souvent une hospitalisation pour des investigations avec un rendement modeste. Cette étude de cohorte s'intéresse à la validation externe du Canadian Syncope Risk Score (CSRS) afin de mieux orienter la prise en charge de ces patients et éviter des hospitalisations inutiles avec des importantes conséquences économiques.

## Méthode

Etude de cohorte prospective, internationale (8 pays, 3 continents). **Inclusion:**  $\geq 40$  ans admis aux urgences à max 12h de la syncope. **Exclusion:** perte de connaissance non syncopale, absence d'ECG 12 dérivations, nécessité d'une intervention ou événement indésirable en lien avec la syncope. En cas de plusieurs épisodes chez le même patient, seulement le premier était inclus dans l'étude. **Objectif:** validation externe du CSRS et sa comparaison à un autre score validé (*Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio* – OESIL). **Issue primaire:** 2 issues composites regroupant les événements graves non évidents aux urgences à 30 jours. 1<sup>er</sup> composite : regroupe des issues cliniques (arythmie, IDM, hémorragie grave) et procédurales (implantation de pacemaker) graves. 2<sup>ème</sup> composite : uniquement les issues cliniques. **Issue secondaire:** les 2 composites à 720 jours.

## Résultats

Sur 283 patients inclus dans l'analyse (42% ♀) le CSRS montre une bonne discrimination pour l'issue primaire (aire sous la courbe (AUC), 0.85 [IC 95% : 0.83-0.88]) et apparaît meilleur que l'OESIL. L'analyse dans un modèle de régression multiple des 9 items du CSRS montre que la classification de l'étiologie de la syncope par le clinicien présente le plus important *odds ratio* de prédiction du 1<sup>er</sup> composite. Ceci est confirmé par une AUC similaire (0.83 [IC 95% : 0.8-0.87]) dans un modèle incluant seulement la classification de la syncope par un clinicien comparé au CSRS. Le CSRS classifiait 60.8% en dessous du bas risque, avec une incidence du 1<sup>er</sup> composite de 3.3% dans cet échantillon, montrant une meilleure prédiction que l'OESIL. L'issue secondaire, analysée chez 95.2% des participants, montre un moindre taux d'événements du 1<sup>er</sup> composite. Le suivi complet confirme la validité de groupes de stratification du risque avec un risque d'événement augmenté chez les patients à risque modérée ou plus.

## Discussion

Cette étude confirme la validité externe du CSRS et souligne l'importance du sens clinique à l'heure de trancher sur l'étiologie d'une syncope. Ceci remet aussi en question l'utilité des nombreux scores développés pour une même stratégie diagnostique et sur lesquels nous nous reposons au quotidien. Il conviendrait de rester critique face à ceux-ci.

## Conclusion

Cette étude reste applicable pour la population consultant nos urgences afin de diminuer le taux d'hospitalisation pour des investigations. Petit bémol concernant son utilité sur la population jeune (âge moyen dans l'étude de 68 ans).

Date de publication	Auteurs
07.07.2022	