

# Syncope: apprendre à éviter le piège de la banalisation



Un tiers de la population souffre d'une syncope une fois dans sa vie. La plupart des victimes ne consulte pas, heureusement! La stratégie publiée dans ce numéro est très instructive, et donne des lignes directrices de prise en charge parfaitement claires pour le médecin de premier recours. Elle souligne qu'il ne faut pas d'emblée banaliser une syncope, dont les causes peuvent être cardiaques, et parfois graves.

## ... car les voies du diagnostic sont parfois impénétrables!

*Une syncope a frappé un de mes patients de 74 ans, au décours d'un bon repas partagé avec des contemporains. Emmené dans un service d'urgences, il subit un électrocardiogramme et des tests enzymatiques qui s'avèrent normaux. On conclut à une «syncope due à la chaleur». Un mois et demi plus tard, le patient souffre d'une récurrence de syncope. Il annonce alors des symptômes digestifs peu précis («estomac gonflé», «envie de vomir»), et la palpation de l'hypochondre droit est sensible. Une échographie abdominale est demandée. Le foie est truffé de métastases: le patient souffre en fait d'un carcinome de la jonction oeso-gastrique métastatique ...*

## Mais au fait, comment arrive-t-on à un diagnostic?

La démarche menant au diagnostic est double: réflexion cartésienne et ses diagnostics différentiels d'un côté, intuition et perception aiguisée de l'autre.

- Aspect cartésien: c'est celui que l'on apprend dans les livres (ou dans les stratégies publiées ici!), qui nécessite une bonne rigueur intellectuelle. Cette perspective facilite la formation des jeunes médecins, ainsi que la communication entre collègues.
- Aspect intuitif: c'est le côté «tante Minnie», nommé ainsi par des anglo-saxons. Lorsque vous

voyez une dame traverser la rue, qu'elle marche comme votre tante Minnie, et qu'elle est habillée comme votre tante Minnie, c'est qu'il s'agit bien de tante Minnie, même si vous ne voyez pas son visage ... Cette démarche permet un diagnostic rapide, avant même de disposer de toute une série d'informations complémentaires. Elle demande au médecin un esprit ouvert, vif et dynamique, et par-dessus tout curieux, et permet aux praticiens expérimentés une première impression diagnostique très rapide (parfois déjà à la salle d'attente!).

Dans tous les cas, on arrive à un «diagnostic de travail», qui aide à la prise en charge, mais doit toujours être remis en question, en particulier selon l'évolution du/de la patient/e. Chez le patient dont vous avez lu l'histoire, chaque étape de prise en charge médicale a été justement conduite. Après la démarche rigoureuse d'un centre d'urgences concluant à une syncope vagale banale, il faut rester éveillé. En cas de récurrence, ou avec d'autres symptômes associés, l'intuition dit que quelque chose n'est pas net, et il faut repartir sur le sentier de la guerre ... d'un diagnostic plus précis!

En conclusion, il faut rester prudent: tante Minnie ne peut pas remplacer Descartes! Au contraire, poser un bon diagnostic impose au médecin d'apprendre et de supporter le constant grand écart entre ces deux pôles, le rationalisme et l'intuition. Comme le dit le Professeur Stalder, le problème est que Descartes porte quelque fois la perruque de tante Minnie, et que l'intuition et même l'expérience sont quelques fois trompeuses...

*François Mottu*

## Références

- 1 Cunningham AS, Blatt SD, Fuller PG, Weinberger HL. The art of precepting: Socrates or Aunt Minnie? Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:114-6.
- 2 Nendaz MR, Raetzo MA, Junod AF, Vu NV. Teaching diagnostic skills: clinical vignettes or chief complaints? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2000;5:3-10.