

Les examens paracliniques ne sont que « complémentaires »

Mots clés :
Examen clinique
Relation médecin-patient
Examen complémentaire
Réassurance
Diagnostic

Le diagnostic, les conclusions de la consultation, sont avant tout fondés sur l'entretien et l'examen clinique. Si l'on admet cette approche décisionnelle, les examens dits « complémentaires » ont pour but de confirmer et de préciser les orientations thérapeutiques, malgré certaines opinions ou comportements actuels selon lesquels la décision serait orientée plus efficacement par une batterie préalable d'investigations. D'ailleurs, n'est-ce pas l'attente des patients ? Pourtant, les examens paracliniques ne sont que complémentaires. Ils doivent être orientés par la clinique. Ils ne sont pas toujours attendus par le patient. Surtout, ils ont leurs propres limites et ne rassurent pas toujours¹.

Pourquoi prescrit-on un examen paraclinique ?

Les raisons médicales dominent largement en cas de symptômes précis impliquant des décisions importantes. C'est plus complexe quand il s'agit de syndromes médicalement inexplicables. Les motifs de prescription varient beaucoup selon les médecins, leurs habitudes, leur tolérance à l'incertitude, le temps dont ils disposent : prescrire un examen prend moins de temps que d'expliquer².

La perception qu'a le médecin des attentes de son patient est un déterminant très fort. Il conduit souvent à prescrire des examens malgré un besoin médical considéré comme faible ou nul. Mais le médecin mésestime très souvent cette attente³ comme celle de la prescription médicamenteuse (*Bibliomed* 479). S'il est important de l'apprécier, il faut surtout y répondre par l'écoute et des explications sur le pourquoi de la prescription ou de la non prescription³.

La clinique doit toujours être le passage préalable

Elle suffit souvent. Elle est de toute façon toujours indispensable pour orienter les examens : ainsi l'ANAES exclut tout autre examen après un bilan clinique soigneux pour la lombalgie commune dans les 7 premières semaines, comme pour la migraine (*Bibliomed* 211, 438).

Aucun examen n'assure une certitude totale

Une démarche diagnostique est toujours probabiliste, avec sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive, impliquant des faux positifs et des faux négatifs possibles ; et la valeur prédictive dépend de la prévalence de la maladie dans le groupe de patients soumis au test, avec des conséquences négatives ou positives. En cas de faible probabilité (ou prévalence) pour ce type de patient

les faux positifs seront plus fréquents que les vrais et seront difficiles à gérer. Cependant, cette notion peut aider la décision. Par exemple, dans le cas de suspicion de thrombose veineuse (TVP), un dosage normal de D-dimères suffit à éliminer une TVP dans les groupes à faible prévalence mais non dans les groupes à forte prévalence (ou probabilité, définie à partir de scores cliniques). Résultat complémentaire et examen clinique, ici concordants, peuvent aider à la décision (*Bibliomed* 441,442).

Les anomalies découvertes peuvent être sans signification

(*Bibliomed* 158). C'est ainsi le cas pour la colonne lombaire : dans une étude chez des personnes asymptomatiques de moins de 60 ans, environ la moitié avaient des anomalies discales et 1/4 une hernie discale, ceci encore plus souvent après 60 ans. Des constatations similaires ont été faites avec les radiographies standard et le scanner⁴.

Un test négatif ne rassure pas toujours le patient

Souvent l'examen est réalisé pour rassurer le patient sur le caractère non pathologique de ses symptômes. Mais la négativité de l'examen ne rassure pas toujours le patient¹. Les patients non rassurés sont souvent anxieux voire déprimés ; la prescription de l'examen en elle-même peut signifier pour ces patients que le médecin a des raisons de croire à une maladie grave^{5,6}. Rassurer doit être un objectif de base de ce type de consultation. Au-delà de l'explication, c'est tout le style de l'écoute qui est à la base de la confiance. Prescrire un examen inutile n'est pas gagner du temps, mais en perdre⁶.

Que retenir pour notre pratique ?

Toute prescription d'examen implique d'en connaître les caractéristiques et les limites dans la situation précise de sa prescription. Ces limites peuvent représenter une raison de non prescription.

Les attentes du patient doivent être prises en compte, non pour prescrire quand cela n'est pas médicalement justifié, mais pour comprendre ce que cette attente signifie pour le patient. Il faut donc chercher à la connaître.

Prescrire un examen n'est pas sans signification pour le patient. Il doit être intégré dans le contexte clinique d'ensemble. Le patient doit au cours de la consultation comprendre la signification d'une éventuelle prescription comme d'une non prescription. Son anxiété est plutôt une raison de non prescription que de prescription : non seulement souvent l'examen ne le rassurera pas, mais au contraire sa « normalité » risque encore de majorer son anxiété.

Références :

- 1- Gallois P. et al. Médecine au quotidien. Montreuil: UnaformeC. 2009 (pp 57-65)
- 2- Van der Weijden T et al. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. Br J Gen Pract. 2002;52:974-80.
- 3- Britten N. Patient's expectations of consultations. BMJ. 2004;328:416-7.
- 4- Deyo RA. Imaging idolatry. Arch Int Med. 2009;169:921-2.
- 5- Collectif. Un examen négatif rassure-t-il le patient ? Bibliomed. 1996; 33.
- 6- Penzien DB, Rains JC. Reassuring patients about normal test results. BMJ. 2007;334:325