

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 12 octobre 2021

Démarche diagnostique clinique et médecine d'urgence

Dre P. Faraut

La médecine d'urgence fait partie intégrante de la médecine de premier recours, avec la double pression temporelle qui demande d'aller assez vite mais aussi lentement que nécessaire!

Elle répond à des critères qui sont incompressibles, que l'on doit respecter: le temps, le flux de patients, la polyvalence, l'urgence en fonction de la gravité...et des limites structurelles/techniques.

Il ne reste dans tout ça que les compétences cliniques qui peuvent être améliorées et modifiées.

CAS1 - Femme de 31ans, sans antécédent...

Tout a commencé il y a trois jours, avec une forte fièvre, mal de gorge et un auto test négatif pour le covid. Après deux consultations, un strepto test négatif, une PCR Covid négative, Mme se présente aux urgences quand son état s'aggrave. Elle est placée en zone "covid".

Elle est apathique, fébrile à 39.8, tachycarde et tachypnéique et sature à 100% à l'air ambiant.

Le reste de l'examen clinique est dans les normes: cardio-pulmonaire, abdominal, urologique, neurologique (outré asthénie) et même ORL, le fond de gorge est calme.

Examens complémentaires

Les tests covid et grippe sont négatifs. Mme présente un syndrome inflammatoire avec des globules blancs augmentés à 6.9G/L et une CRP à 362

Restent dans les normes la crase, l'examen des urines, et des lactates. Les hémocultures sont lancées.

Fièvre sans foyer décelable → Virose ou sepsis?? Le sepsis étant une infection avec dysfonction d'organe, on ne veut pas passer à côté.

Comment savoir dans quelle direction aller? On peut utiliser le quick SOFA, un score rapide pour évaluer le risque de défaillance d'organe.

malheureusement =0, on est pas plus avancé → **retour à la discussion avec la patiente:**

Pour l'anamnèse, pas grand chose à se mettre sous la dent, pas d'habitudes indésirables, de contage ni de voyage, de contact avec des animaux ni de rapports à risque, n'utilise pas de tampons...

En examinant les phanères et la peau on observe de petites pétéchies au niveau du pouce, puis...sur la paume, sous un orteil et sur un genou!



Les diagnostics différentiels à ce stade sont principalement infectieux:

- bactériémie à méningocoque
- Endocardite bactérienne

Après une echo-coeur sans trouble valvulaire ni végétation, Mme est traitée par ceftriaxone, qui couvre les deux diagnostic, isolée et son entourage est traité en prophylaxie...puis elle s'aggrave et est transférée aux soins intensifs

Evolution aux Soins



- on retrouve des embolies sur les images et des **végétations à l'échographie trans-oesophagienne** (mitrale, 20mm), qui sont réséquées.
- les hémocultures reviennent positives pour un staphylocoque aureus multi-sensible et les antibiotiques sont adaptés (Vancomycine)
- L'origine de l'infection reste indéterminée

Biais cognitifs dans ce cas

Ancrage: tests Covid négatifs mais patiente en zone covid...

Genre: "elle est fatiguée parce qu'elle a des enfants en bas âge"...

Confirmation:

Résultat: On aurait pu s'arrêter avec le syndrome inflammatoire et qSOFA = 0

	TABLEAU 2	Exemples de quelques biais pouvant mener à des erreurs diagnostiques
Ancrage (anchoring)		Tendance à rester fixé sur son impression initiale, tout en ignorant d'intégrer les nouvelles données élargissant le diagnostic différentiel
Genre (gender bias)		Tendance à croire que le sexe est un facteur déterminant dans la probabilité d'avoir une maladie spécifique alors qu'il n'existe aucune preuve physiopathologique (stéréotype) Tendance à croire qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes alors qu'il existe des différences physiopathologiques (aveuglement)
Représentation (Representativeness restraint)		Tendance à rester fixé sur une présentation «classique» d'une maladie, manquant les variantes atypiques Par exemple: «si ça ressemble à un canard, marche comme un canard et fait coïn-coïn comme un canard, alors c'est un canard»
Confirmation (confirmation bias)		Tendance à chercher uniquement des indices qui viennent confirmer notre hypothèse, et non l'infirmer
Résultat (outcome bias)		Tendance à privilégier un diagnostic associé à de bons résultats thérapeutiques ou à une évolution positive
Accessibilité (availability)		Tendance à être influencé par un diagnostic posé récemment et à le prioriser dans sa génération d'hypothèses. Si une maladie n'a pas été vue depuis longtemps, elle risque d'être sous-diagnostiquée

CAS2

Homme de 63 ans sans médicament, maladie ni allergie. C'est un graphiste qui vit en couple sans enfants.

Contexte

Depuis 3 semaines perte de l'élan vital et d'appétit...il y a 1 semaine on lui prescrit des antidépresseurs et son état s'aggrave depuis et Il consulte à nouveau.

à l'examen clinique, il est en bon état général, non fébrile. Les examens cardio-respiratoire, abdominal et cutané sont normaux.

A l'examen neurologique, il est orienté avec une bonne compréhension, mais présente un manque du mot et un ralentissement idéo-moteur.

Le reste de l'examen neurologique est dans les normes.

Va-t-on poursuivre l'investigation?

Ou on reste sur la dépression?

→ Voir DSM-V: Il faut normalement au moins 5 critères sur 9, alors qu'ici on ne retrouve que la fatigue, la baisse de concentration et le ralentissement idéo-moteur...

→ retourner voir le patient:

Il a d'autres plaintes, avec des céphalées à droite, de la peine à marcher avec un besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

Son comportement exécutif est largement abaissé dans tous les domaines et au niveau cognitif on retrouve une perte de mémoire rétrograde récente et une difficulté de concentration.

Il n'est pas triste, juste inquiet de sa santé.



Un CT est effectué et on trouve....un glioblastome!

Aux urgences, il faut annoncer le diagnostic, introduire la dexaméthasone et un traitement préventif de l'épilepsie, puis transférer le patient en neurologie.

Biais retrouvés dans ce cas:

Ancrage: arrive avec diagnostic ET un traitement... difficile de penser autrement!

Représentation: Quand on entend des sabots, on pense cheval.

Accessibilité: le souvenir d'une maladie pas vue depuis longtemps est moins accessible que celle que l'on voit fréquemment.

Les biais sont-ils un danger pour l'efficacité diagnostique?

Les biais cognitifs sont alimentés par des causes systémiques comme la communication, le travail d'équipe, la surcharge.

Aux urgences, la prévalence d'incertitude diagnostique est de 8-10%

Une étude canadienne reprend 5000 dossiers avec 10% d'incidents reportés:

- 50% erreurs diagnostiques: anamnèse ou examen physique incomplets
- 10% défaut de communication
- 20% défaut d'utilisation des examens complémentaires
- 20% de défaut de suivi

Il nous faut donc développer notre sens clinique, grâce aux sens vue, toucher, odorat, mais aussi dans la prise d'information et dans le traitement de celle-ci, soit le raisonnement clinique.

Ce dernier est composé de deux parties:

- non-analytique: intuitive, rapide et automatique, c'est un processus de reconnaissance de motif ou pattern recognition. Ex: Vésicules sur un dermatome → Zona
- Analytique: C'est l'enquête, de l'hypothèse à la déduction avec un appel aux connaissances, épidémiologiques, cliniques....

C'est dans l'aller retour entre ses deux processus que se créent les biais.

Les outils contre les biais

La médecine basée sur les preuves, sur les recherches cliniques, permet de trouver des consensus d'experts, des recommandations et des scores pronostiques/diagnostiques pour nous accompagner dans la réflexion.

La méta-cognition, permet de défaire pour mieux refaire son raisonnement!

- réévaluer son hypothèse diagnostique, refaire l'anamnèse et même l'examen physique avec tous les signes vitaux.
- Prioriser ses prises de décision
- Structurer la communication

Pour formation de réflexion: Noel Juno ou UDREM



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
 transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch