

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE ET ÉTHIQUE EN MÉDECINE INTERNE

**Dr Bernard WILLEMIN**

Hépatogastro-entérologue  
CHG Haguenau

**Dr Régis DUKIC**

Médecine Interne  
CHG Haguenau

# INVITATION TELEPHONIQUE DU DR BERNARD WILLEMIN



Cliquez sur l'image

Si vous ne pouvez entendre le message sonore,  
il vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

# Introduction

Pourquoi une telle soirée ...

... comment faire passer le message

# Raisonnement Médical

- Plaintes
  - Signes
  - Symptômes
- } remise en santé

Bonne pratique ...

... qui comprend

# Madame Le... Antoinette - 85 ans

Une curieuse diarrhée

<b>M.A.</b>	<b>Colectasie</b>	<b>. Diarrhée</b>	<b>. ATCD : impotence</b>
<b>2009</b>	<b>. Mars</b> <b>. Avril</b> <b>. Juin</b> <b>. Décembre</b>	<b>. Impotence</b>	<b>. Neuropathie diabétique</b> <b>. Op hernie L5</b> <b>. Canal lombaire étroit</b> <b>. Coxarthrose</b> <b>(récusée op)</b>

## BILAN

- Colo (exsufflation) x 5
- Gastro + biopsies
- Rouge carmin
- Scanner abdo
- Ac anti-gliadine ou anti-endomysium
- 5 HIAA
- Manométrie ano-rectale



**Pas de solution**  
**Colostomie de décharge**

# Madame Le.... Antoinette - 85 ans



Puis 2010

- Dégradation des fonctions locomotrices
- Douleurs (escarres ?)
- Aréflexie

## ↪ Bilan

Scanner abdo : méta hépatique, origine ?

C.T. 3 cures et arrêt  
(ChimioThérapie)

IRM=lésion compressive au niveau de T3 Op méningiome et amélioration

Injection d'Immunoglobuline: 1x

# Madame Le.... Antoinette - 85 ans



## Analyse de l'exemple ① : élaboration de raisonnements

- Evolution dans le temps
- Importance de l'anamnèse et de la clinique  
ex : neuropathie diabétique
- Fixation sur le symptôme ...  
... mais nécessité du soulagement
- Multiplicité des constatations ⇔ approche uniciste syndromique

# Algorithme du raisonnement

Plainte



Faits +  
Clinique  
Anamnèse

+ corpus de connaissance

Expérience +

Raisonnement



Faits +  
. Ex. compl.  
. Evolution :  
. Evolution  
clinique  
sous ttt  
. Relecture

+

Corpus de connaissance

Expérience



Etc

X

« confrontation pluridisciplinaire »

Raisonnement Diagnostic Raisonnement Thérap

Raisonnement Diagnostic Raisonnement Thérap

X

X

Raisonnement Diagnostic Raisonnement Thérap

X

X

Diagnostic

Thérap

+ : factuel

X : choix : - inconscients (⇔ expérience ⇔ « art ») représentation  
- formalisés

= source d'erreur par : . priorisation : heuristique  
. omission



# Exemple : 2

- J.F. – 26 ans pour coloscopie
  - Constipation ± douleur abdo
  - ∅ ATCDT
  - IMC 38
  - Bilan
  
  - TSH ↗
  - T4 ↘
  - Ac anti-TPO +  
↳ opothérapie

# Exemple : 2'

- Mme K. Fatima – 64 ans
  - ⊕ coloscopie pour colopathie  
écho abdo
  - Bilan d'altération des fonctions  
supérieures
    - ↳ Antigène HBs ⊕
      - ↳ . SGPT N
      - . Charge virale faible
      - . Echo abdo AFP N
      - ↳ Suivi

Déduction	Exemple 1	Exemple 2
Règle + cas $\Rightarrow$ résultat	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tous les haricots du sac sont blancs</li> <li>. Ces haricots viennent du sac</li> <li><math>\Rightarrow</math> Ces haricots sont blancs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tt la rhinopharyngite virale</li> <li>. Cette RP est virale</li> <li><math>\Rightarrow</math> Cette RP guérie spontanément</li> </ul>
= Raisonnement robuste « vrai »		

Induction	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ces haricots proviennent du sac</li> <li>. Ces haricots sont blancs</li> <li>⇒ (Tous) les haricots de ce sac sont blancs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Les patients ont une rhinopharyngite virale</li> <li>. Les patients ont guéri spontanément</li> <li>⇒ Les RP virales guérissent spontanément</li> </ul>
Cas + résultat ⇒ règle (répétés)		

↪ Statistique

S \ M	+	-
+	A	B
-	C	D

Se  $A / A + C$

Sp  $D / B + D$

VPP  $A / A + B$

VPN  $D / C + D$

**« toute connaissance dégénère en probabilité »**

**HUME**

Abduction Base de la recherche : validation de la règle		
Règle + résultats ⇒ cas (hypothèse)	Tous les haricots de ce sac sont blancs  + Ces haricots sont blancs  ⇓ Ces haricots viennent du sac	Toutes les RPV guérissent spontanément  + Cette RP a guéri spontanément  ⇓
Ou appliquer ces cas successifs pour valider une règle		

# Autres modes de raisonnement - Inférence



- Analogie
- similitudes ..... médecine alternative
- Cause

Post hoc ergo propter hoc

(NDLR: « Après cela, donc à cause de cela »)

# Exemple : 3

- M. K..... - 65 ans
  - Néo colique 2003
  - Surveillance > 5 ans
    - ACE ↗ ⇒ écho abdo : méta ⇒ proposition de CT « X »

Mais la synthèse du dossier montre:

- > 5 ans
  - ACE pré-op
  - Lésion loge pancréatique
- ↘ PBF est donc effectuée ⇒ tumeur carcinoïde : ce n'est pas une méta mais un nouveau cancer ⇒ CT « Y »

# Analyse – Exemple : 3

- Reprise des éléments  $\Rightarrow$  autre analyse
- Approche minimaliste de la théorie de la falsifiabilité ou réfutabilité
- « Tant qu'elle n'a pas été réfutée par une théorie scientifique n'est jamais qu'une théorie corroborée »
- « une proposition vraie ne l'est que provisoirement »
- Exemples :
  - Psychanalyse .... Neuroscience
  - Approche physiopathologique des ulcères gastro-duodénaux
  - EBM
  - Epidémiologie Santé Publique



# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- DERNIERES ETUDES POST-MORTEM :  
30 % de diagnostics erronés
- Évaluation en pratique courante (libérale, SAU, médecine polyvalente) : 5 à 15 %
- DISCIPLINES NON CLINIQUES < 5 %

PEUT-ON FAIRE MIEUX ET SI OUI  
COMMENT ?

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



LE RAISONNEMENT CLINIQUE fait appel à 2 processus mentaux :

- intuitif (non analytique)
- analytique
- NON ANALYTIQUE :
  - Rapide
  - Inconscient
  - Circonstanciel
  - « économique » et performant pour les problèmes « simples »
- ANALYTIQUE
  - Lent
  - Logique
  - Débattu
  - Conceptuel, coûteux et surtout chronophage

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- TENDANCE CLASSIQUE A ASSOCIER L'ERREUR DIAGNOSTIQUE A LA DEMARCHE INTUITIVE, soumise à 4 biais cognitifs
  - Disponibilité
  - Négligence « basique »
  - Représentativité
  - Confirmation

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- LA SENSIBILISATION D'UNE COHORTE DE PRATICIENS A CES BIAIS COGNITIFS, N'AMELIORE PAS LES PERFORMANCES DIAGNOSTIQUES.

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- ETUDE RETROSPECTIVE DE DOSSIERS D'ERREUR DIAGNOSTIQUE MONTRE
  - Dans 44 % des cas une mauvaise coopération du patient (volontaire ou non)
  - Un défaut technique ou organisationnel dans 65 % des cas
  - Une mauvaise synthèse des données dans 75 % des cas
  - Un défaut de connaissance dans seulement 3 – 4 % des cas (*défaut de concertation*)

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- LES DONNEES (ATCD, anamnèse, clinique ...) sont
  - Mal exploitées
  - Mal vérifiées
  - Mal collectées

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- POURQUOI ?

1. Attitude non satisfaisante du médecin

Trop désinvolte

Distrain / fatigué

Assurance excessive

Une intervention ciblée sur ce paramètre ne diminue pas le nombre d'erreurs mais augmente la prescription d'examens complémentaires et donc le coût de l'intervention médicale ...

1. Fermeture prématurée du dossier

2. Tendence excessive à vouloir établir un diagnostic uniciste

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- DES ACTIONS MENEES POUR AMELIORER LE RECUEIL D'INFORMATIONS VERIFIEES AMELIORENT LA PERFORMANCE DIAGNOSTIQUE.



# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- AUTRE SOURCE « D'ERREUR »
  - DEFAUT DE CONNAISSANCE MEDICALE (Les inconnus de la médecine actuelle)
  - UTILISATION DE SCORES COMPORTANT DES ITEMS PARFOIS SUBJECTIFS
  - DEFAUT D'EXAMENS à haute Valeur Prédictive Positive (VPP)

# Critères ACR/EULAR 2009

## Diagnostic de PR

Type d'atteinte articulaire (0-5)	
1 articulation moyenne ou grosse	0
2-10 articulations moyennes ou grosses	1
1-3 petites articulations	2
4-10 petites articulations	3
>10 articulations (au moins une petite articulation)	5
SEROLOGIE (0-3)	
Ni FR, ni ACPA positifs	0
Au moins un test faiblement positif	2
Au moins un test fortement positif	3
DUREE de LA SYNOVITE (0-1)	
< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1
REACTIONS A LA PHASE AIGUE (0-1)	
Ni CRP, ni ESR élevée	0
CRP ou ESR élevée	1

ACR/EULAR score  $\geq 6$

Il pourrait être atteint avec 10 articulations impliquées et seulement un critère appartenant à un des 3 autres domaines

Éruption malaire en « aile de papillon »

Éruption de lupus discoïde

Photosensibilité

Ulcérations buccales ou nasopharyngées

Polyarthrite non érosive

Pleurésie ou péricardite

Atteinte rénale : protéinurie  $> 0,5$  g/j (ou +++ ) ou cylindres urinaires

Atteinte neurologique : convulsion, psychose

Atteinte hématologique :

- anémie hémolytique avec hyper-réticulocytose
- ou leucopénie (moins de  $4\ 000/\text{mm}^3$ ) retrouvée au moins à deux reprises
- ou lymphopénie (moins de  $1\ 500/\text{mm}^3$ ) à au moins deux reprises
- ou thrombopénie (moins de  $100\ 000/\text{mm}^3$ ) en l'absence de cause médicamenteuse

Désordre immunologique : présence d'anticorps anti-ADN natif ou d'anti-Sm ou d'antiphospholipides :

- anti-ADN natif positif à un taux anormal
- ou présence d'anticorps anti-Sm
- ou titre anormal d'anticorps anti-cardiolipine IgG ou IgM
- ou présence d'une anti-prothrombinase
- ou fausse sérologie syphilitique positive connue depuis au moins six mois (VDRL<sup>+</sup>, TPHA<sup>-</sup>)

Présence de facteurs antinucléaires à un titre anormal en l'absence de médicament inducteur :

- titre anormal d'anticorps antinucléaires en immunofluorescence
- ou technique équivalente à n'importe quel moment de l'évolution, en l'absence de médicament inducteur de lupus

**Tableau 2.** Critères de classification pour la maladie de Horton proposés par l'ACR

La présence de trois critères permet de poser un diagnostic de maladie de Horton avec une sensibilité de 93,5% et une spécificité de 91,2%.

(Adapté de Fautrel B. in : Le livre des critères 2005, Maladies systémiques, Pfizer).

1. Début des premiers symptômes après 50 ans

2. Céphalées récentes  
Céphalées localisées de début récent

3. Anomalie du pouls temporal  
Sensibilité de l'artère temporale à la palpation ou diminution du pouls temporal, non liées à l'athérosclérose

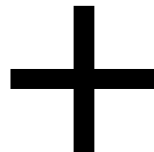
4. Augmentation de la vitesse de sédimentation  
VS  $\geq$  50 mm/h

5. Biopsie de l'artère temporale anormale  
Biopsie artérielle révélant une vascularite caractérisée par un infiltrat lymphocytaire et un granulome à cellules géantes

# ERREUR DIAGNOSTIQUE ET RAISONNEMENT CLINIQUE



- La démarche diagnostique la  $\oplus$  à-même de réduire le risque d'erreur diagnostique est celle qui :
  - Optimise le recueil de données vérifiées
  - Combine les 2 types de raisonnement
  - S'attache à utiliser des critères discriminants
  - Le tout avec une attitude positive et volontaire...



12/01/2011 – Docteur  
DUKIC FMC

*bonnet blanc  
et blanc bonnet*



# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

## BILAN D'AEG



- Madame F....., 69 ans
- Veuve, 10 enfants, précarité sociale
- ATCD
  - PTG droit 2003
  - PTH gauche 2006
  - AVP 1988 : chirurgie maxillo-faciale
  - Angor fonctionnel sur anémie ferriprive 2003
  - AVC ischémique 05/2005 ⇒ hémiparésie gauche, persistance anémie et syndrome inflammatoire : hémoglobine 8,6; VGM 72; VS 120; CRP 50



# ATCD

- Cs gynécologique sp
- Endoscopies digestives sp
- TDM thoracique :
  - Adénopathies médiastinales
  - 2 nodules sous-pleuraux droits
- Avis pneumologique (suspicion K poumon) :
  - Fibroscopie sp
  - BK – aspirations sp
  - Marqueurs tumoraux (!) sp
- BAT négative

# ATCD

- Myélogramme sp
- Avis hématologique : inflammation, infection PTG ?
- Rx genou droit : PTG non compliquée
- Scintigraphie osseuse : fixation cheville droite (!)

...

# ATCD

- Nouvelle hospitalisation 04/2007 :
  - Hémoglobine 9, VS 120, CRP 60, PCT –
  - Douleurs genou droit
  - FR -, ACAN + ENA négatifs
  - Liquide synovial inflammatoire, culture –
  - Avis rhumatologique : PPR, corticothérapie, non suivie
  - TEP-TDM : multiples adénopathies fixantes cervicales, sus-claviculaires, médiastinales, infiltration parenchymateuse lobR < D, masse « tumorale » péri-pancréatique
- 2009 : ponction kyste face externe du genou droit

- Hospitalisation 09/2009
- AEG vraie
- Anémie
- Plaintes : douleurs mb < droit + écoulement genou face externe persistant
- Examen physique :
  - Afébrile, 47 kg (- 15 kg)
  - Hémiparésie
  - ADP  $\approx$  15 – 20 mm inguinales, cervicales, sus-claviculaires
  - Fistule latérale genou droit, liquide clair, sans signe inflammatoires locaux

Diagnostic évoqué : SARCOÏDOSE

# BILAN MINIMAL D'AEG



- Objectif : cerner le type de pathologie, cibler l'organe ou l'appareil, orienter les examens de 2ème intention.
- ATCD, au sens large ...
- Revue des dépistages systématiques recommandés
- Examen physique complet

# BILAN MINIMAL D'AEG

- Biologie :
  - Sang :
    - NFS, VS, CRP
    - UGEC, Ca
    - ASAT, ALAT, gamma GT, PAL, bilirubine
    - CPK, LDH
    - Crase
    - TSH, T4
    - EPPS + dosage Ig G, A, M
  - Urines : sédiment, protéines

# BILAN MINIMAL D'AEG



- Imagerie :
  - Rx thorax et échographie abdomino-pelvienne
  
- Biologie et imagerie s'enrichissant d'emblée des ATCD et des données de l'examen physique.
  
- Avis spécialisé pour dépistage d'emblée:
  - Ex : ORL chez l'éthylo-tabagique, urologique si nodule prostatique...

- Contexte inflammatoire :
  - Infection
  - *Néoplasie*
  - Rhumatismale / systémique / auto-inflammatoire
- Contexte non inflammatoire :
  - Métabolique
  - Toxique, allergique
  - Endocrinienne
  - Défaillance d'organe
  - *Néoplasique*
  - Psychiatrique
  - Génétique



- **ORGANE ET / OU SYSTEME  
DEFAILLANT IDENTIFIE**
  - OUI  $\Rightarrow$  orientation aisée vers le spécialiste d'organe
  - NON / OUI mais multiples  $\Rightarrow$  approche systématique de chaque anomalie ou avis spécialisé

# Approche analytique

- Madame F...

- Pathologie inflammatoire
- Réaction immunitaire majeure
- Anémie :
  - Inflammatoire
  - Microcytaire, hypochrome = sidéropénique
  - Pas d'extériorisation, malabsorption ?
  - B12, B9 sp
  - Arégénérative, LDH normales, haptoglobine++
  - Biopsies duodénales : pas d'atrophie, PAS -

Néoplasie

SGS

Sarcoïdose

TBC

Abcès profond

# Approche analytique

- Madame F...
  - Cholestase anictérique: peu spécifique
    - HCV -, HBV -, *hiv* -. *Anti-M2* -.
  - Poumons :
    - refus d'une nouvelle fibroscopie (LBA)
    - EFR: profil restrictif
  - PolyADP :
    - NFS non éclairante
    - Bilan infectieux
    - TDM  $\Rightarrow$  précision de taille + 2 nodules pulmonaires
    - $\beta$ 2microglobuline ↗ ↗
    - ECA normale

# CONCLUSION ①

- Déontologie

- « **Ce qui doit être** »

- ... Mission ... 2

- ... Limiter à ce qui est nécessaire ... 8

- ... Tenir compte des avantages et inconvénients 8

- ... Entretenir et perfectionner ses connaissances 11

- ... soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science ...

- ... En faisant appel à l'aide de compétents 32

- ... Temps nécessaire ... méthodes scientifiques les mieux adaptés

# CONCLUSION ②

- Information
  - Loyale, claire et appropriée <sup>35</sup>
  - De la rhétorique .... à la transparence
  - Nommer la maladie
    - Enlève le doute
    - Ferme la réflexion
- Ethique - Philosophie
  - Le sujet
  - La représentation
  - Le but ( le « devrait être » )
  - La moralité
    - Le juste et l'équitable
    - Principe de l'action
  - La compréhension de l'action

# CONCLUSION ③

- Des repères pratiques sous l'ombre d'un doute bienveillant

(NDLR: « SANS l'ombre d'un doute »... pour le patient, mais « SOUS l'ombre (clairvoyant) d'un doute bienveillant » qui doit toujours rester présent dans l'esprit du clinicien, remettant en cause ses propres conclusions jusqu'au diagnostic irréfutable)

# BIBLIOGRAPHIE



- Masquelet A. C. - Le raisonnement médical PUF Que sais-je
- Foucault M. - Naissance de la Clinique PUF
- Godin C. – La philosophie pour les Nuls
- Lecourt M. (sous la direction de) – Dictionnaire d’histoire et philosophie des sciences PUF
- Rameix S. – Fondements philosophiques de l’éthique médicale - Ellipses