

QUEL EXAMEN COMPLÉMENTAIRE REMPLACE UN MAUVAIS EXAMEN CLINIQUE ? UN BON EXAMEN CLINIQUE !

BILLET D'HUMEUR...

DUBUISSON A (1)

Note de la Rédaction

À titre exceptionnel, et parce que le message clinique est important, le Conseil de Gestion a décidé de publier ce «billet d'humeur» dont le propos, par ailleurs, déborde le seul cadre de la neurochirurgie. L'importance primordiale d'une anamnèse rigoureuse et d'un examen clinique soigneux avait déjà été rappelée dans plusieurs articles publiés dans la Revue Médicale de Liège (1, 2), dont, tout récemment encore, dans une vignette diagnostique (3). C'est aussi l'occasion de souligner que l'introduction de l'intelligence artificielle dans la démarche médicale, si elle reste un indiscutable et important progrès (4), ne le sera que si elle est intégrée dans une démarche qui inclut la sémiologie (anamnèse et examen physique) et la réflexion critique.

RÉSUMÉ : L'auteure s'insurge, dans un billet d'humeur, sur la dictature des examens complémentaires aux dépens de la clinique. Elle commente les multiples raisons, médicales et médico-légales qui doivent, au XXI^e siècle, toujours inciter à une bonne anamnèse et un bon examen clinique.

MOTS-CLÉS : *Anamnèse - Examen clinique - Diagnostic clinique - Raisonnement clinique - Corrélation radioclinique*

Je suis neurochirurgienne au CHU de Liège depuis 1994. En tant que clinicienne bien quinquagénaire, je reste (trop) régulièrement surprise, irritée, dubitative, exaspérée, indignée, incrédule,... devant certains courriers de consultation de collègues, jeunes ou moins jeunes...

MORCEAUX CHOISIS :

«J'ai vu en consultation ce ... Monsieur...
Il souffre d'une sciatique gauche depuis 2 mois.
J'ai demandé la réalisation d'une IRM.
Je reverrai le patient après l'IRM.
Bien confraternellement.
Docteur Radiologix.
PS : l'examen clinique n'a pas été réalisé ce jour; il le sera lors de la prochaine consultation»

«Je revois en consultation ce... Monsieur...
Je l'ai opéré il y a 6 mois de laminectomie lombaire pour canal lombaire étroit.
Il présente également un canal cervical étroit bien démontré sur l'IRM.
Les potentiels évoqués sensitifs montrent ...
Il faut proposer à ce patient une laminectomie cervicale.
La chirurgie est programmée le ...
Le patient arrêtera le clopidogrel 10 jours avant la date opératoire.
Bien confraternellement.
Dr Bistourix»

WHICH COMPLEMENTARY EXAMINATION DOES REPLACE A BAD CLINICAL EXAMINATION ? A GOOD CLINICAL EXAMINATION !
A MOOD TICKET...

SUMMARY : The writer rebels in a mood ticket on the dictatorship of the complementary examinations at the expense of the clinical approach. She comments on the multiple reasons, medical and medicolegal, which in the 21st century still encourages a good history taking and a good clinical examination.

KEYWORDS : *Anamnesis - Clinical examination - Clinical diagnosis - Clinical reasoning - Radioclinical correlation*

Dois-je me sentir «has been» parce que je m'insurge contre la dictature des examens complémentaires qui s'est installée progressivement aux dépens de la clinique ?

Au début de ma formation à partir de 1988, l'IRM n'était pas disponible à Liège. J'ai connu la myélographie et même l'encéphalographie gazeuse... Il n'était pas question de demander un scanner du rachis lombaire! Les deux ou éventuellement trois niveaux à analyser devaient être spécifiés, sur base d'une anamnèse et d'un examen clinique. Dans le service qui compte aujourd'hui 9 neurochirurgiens et 3 assistants en formation, nous restons pointilleux concernant l'anamnèse et l'examen clinique des patients, qu'ils soient vus en urgence ou en consultation.

L'anamnèse idéale comprend, outre l'histoire de la maladie, les antécédents médico-chirurgicaux importants et/ou pertinents, la co-morbidité, les éventuelles assuétudes, le traitement habituel, le contexte socioprofessionnel. L'examen clinique et neurologique recherche des données sémiologiques positives et négatives. Ainsi, une hyporéflexie bicipitale et/ou stylo-radiale rend douteux le diagnostic de syndrome de canal carpien mis en évidence à l'électrophysiologie chez un patient se plaignant de paresthésies de la main. L'anamnèse et l'examen neurologique permettent souvent de définir le

(1) Service de Neurochirurgie, CHU Liège, Belgique.

niveau lésionnel. Pour un pied tombant («foot drop») par exemple, nous apprenons aux étudiants en médecine à raisonner les possibles niveaux d'atteinte du système nerveux depuis la frontale ascendante (méningiome de la faux) jusqu'au nerf fibulaire et ses branches innervant le muscle jambier antérieur (signe de Tinel à la tête du péroné ?), en passant par l'atteinte radiculaire L4 et/ou L5 au niveau intraspinal. Il est certainement profitable pour les jeunes et les moins jeunes de cultiver cette gymnastique de l'esprit...

L'anamnèse et l'examen clinique doivent idéalement être réalisés avant la lecture des examens complémentaires radiologiques et/ou électrophysiologiques. Le risque, si l'ordre est inversé, est de mener l'anamnèse et l'examen clinique de façon à les faire «coller» aux résultats des examens complémentaires. Dans l'ordre logique, le diagnostic clinique est – ou non – confirmé par les examens complémentaires.

Pendant ma formation, le chef de service, feu le Professeur Stevenaert, rappelait de temps en temps que le bon diagnostic était déjà obtenu dans plus de 70 % des cas grâce à une bonne anamnèse et, dans 10 à 15 % des cas, par l'examen clinique. Les examens complémentaires ne sont nécessaires à l'établissement du diagnostic que pour 10 à 15 % des patients et, disait-il, les examens complémentaires réalisés confirmant le diagnostic établi cliniquement. Il terminait sur un ton de demi-plaisanterie en ajoutant que c'est à l'autopsie que le diagnostic est obtenu pour quelques pour cent des patients...

La prise en charge correcte de nos patients, interrogés et examinés comme il se doit, débute ainsi par un diagnostic clinique, confirmé par les examens complémentaires, avec bonne corrélation radio- et/ou électro-clinique. Ceci apparaît d'autant plus important en cas de proposition chirurgicale. Si nous pouvons éventuellement (même si cela n'est sans doute pas l'approche idéale non plus !) prescrire du paracétamol ou quelques séances de kiné et «si ça va, tant mieux, si ça va pas, tant pis», nous ne pouvons raisonner de la sorte vis-à-vis d'une intervention chirurgicale...

Concernant la douleur chronique et la chirurgie rachidienne complexe, la littérature médicale est riche en publications rappelant l'importance du «modèle biopsychosocial». Il est ainsi extrêmement important de prendre en considération, outre l'aspect organique, la situation professionnelle (patient maçon ou notaire ?), la co-morbidité (patient(e) en bonne santé ou fibromyalgique ?), les assuétudes (tabagisme,

éthylique chronique ?), les éventuels bénéfices secondaires,... Des drapeaux orange ou rouges (accident de travail, burn out, fibromyalgie,...) peuvent alors tempérer l'ardeur du bistouri, au profit d'une prise en charge – du moins à l'essai – en médecine physique et/ou en clinique de la douleur. Nos instances gouvernementales se sont inquiétées, depuis quelques années, de l'incidence accrue du syndrome d'échec de la chirurgie lombaire et, logiquement, exigent une prise en charge multidisciplinaire avant une chirurgie rachidienne complexe.

Enfin, nous sommes de plus en plus souvent confrontés aux griefs des patients après une complication, qu'elle soit fautive ou plus souvent non fautive. Le fonds des accidents médicaux prend en charge, depuis quelques années, les complications qui font suite à une prestation médicale. Le premier point de la mission, lorsque la demande est jugée recevable, est d'analyser la responsabilité éventuelle du prestataire de soins mis en cause. Le dossier médical est alors réellement décortiqué, afin de déceler un possible manquement au niveau de l'indication opératoire, de la prise en considération d'une alternative thérapeutique, de l'obtention du consentement éclairé, de la qualité de la procédure chirurgicale, et d'un suivi correct. À ce titre médicolégal aussi, les médecins et chirurgiens ont grand intérêt à pratiquer une médecine de qualité et à documenter dans leur(s) courrier(s) les différents éléments anamnestiques, l'examen clinique et les examens complémentaires.

J'espère de tout cœur que les Docteurs Radiologix et Bistourix liront mon long propos, véritable plaidoyer pour une médecine de qualité. De grâce, soyons cliniciens avant d'être chirurgiens !

BIBLIOGRAPHIE

1. Scheen AJ. L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique. *Rev Med Liege* 2013;68:599-603.
2. Scheen AJ. L'importance du facteur temps et de la chronologie des événements dans l'anamnèse médicale. *Rev Med Liege* 2016;71:161-4.
3. Jedidi Z, Bianchi E, Moonen V, et al. La vignette diagnostique de l'étudiant. Ataxie subaiguë et chutes chez une patiente de 62 ans. *Rev Med Liege* 2020;75:190-8.
4. Coucke PA, Deleuse P. La médecine du futur. Professionnels de l'imagerie médicale et spécialités annexées : une remise en question s'impose. *Rev Med Liege* 2020;75:249-55.