

société
française
médecine
générale

n° 39-40

2ème-3ème trim. 1991

DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

NUMERO SPECIAL

SEMILOGIE CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIE
EN MEDECINE GENERALE

XVII SEMINAIRE NATIONAL DE LA S.F.M.G.

CAEN - MAI 1991

Séminaire Conventionnel National
N° FAF : NLE. 103 91 IG

LE MANS - DEC. 1991

PROBLEMATIQUE PROBABILISTE EN MEDECINE GENERALE

Bernard VINCENT

Le résultat diagnostique d'une consultation ne peut qu'être certain: toute notion de "diagnostic hypothétique", de "diagnostic d'attente" ou "incertain" doit être écartée. Nous savons depuis les travaux de R.N.BRAUN qu'un "résultat de consultation" peut être classé avec la même certitude, sur la position diagnostique "symptôme", "syndrome", "tableau de maladie" ou "diagnostic complet". L'important n'est pas la position diagnostique mais la certitude

Néanmoins ces résultats de consultation, aussi rigoureusement établis qu'ils soient, ne sont pas pour autant tous stables: l'évolution spontanée de la symptomatologie de l'état morbide peut conduire à une révision non-seulement de la position diagnostique, mais aussi de sa dénomination. Par exemple le malade qui hier présentait un état fébrile non-caractéristique peut très bien aujourd'hui présenter un tableau de pneumopathie aigüe.

En outre rien n'empêche le médecin, à partir d'un résultat de consultation assuré, de programmer des investigations qui pourront le conduire, là aussi, à réviser sa dénomination et/ou sa position diagnostique. Ce malade qui, la semaine passée, ne présentait en toute certitude qu'un moelena, après colonoscopie peut très bien présenter avec la même certitude un cancer colique.

La révision du résultat de consultation correspond donc à une double éventualité: l'évolution spontanée de la séméiologie ou la surveillance programmée. Ces deux éventualités peuvent nécessiter une véritable rectification d'un résultat diagnostique de la consultation imparfaitement établi, lorsque par exemple le médecin n'aura pas parfaitement analysé l'état de son patient ou lorsqu'il n'aura pas correctement utilisé, par manque de définitions claires, le Code des résultats de consultation; mais elles peuvent également correspondre au caractère évolutif de la pathologie concernée: le tableau d'une rougeole ne s'installe pas d'emblée. Il y aura donc des résultats de consultation stables et d'autres évolutifs.

Nous savons en outre que les positions diagnostiques sont plus ou moins ouvertes. Nous appelons ouverte une position diagnostique capable de déboucher sur plusieurs éventualités diagnostiques différentes: par exemple un "symptôme" comme la céphalée peut évoluer vers un "syndrome" méningé, migraineux ou un sinusien; un "syndrome" méningé peut évoluer vers un "tableau de maladie" de tumeur de la fosse postérieure, de méningite cérébro-spinale; un "tableau de maladie" vers un "diagnostic complet" de glioblastome. En théorie un "diagnostic complet" ne peut plus évoluer et reste stable. Nous distinguerons donc des positions diagnostiques ouvertes, comme

"symptômes" ou "syndrômes", et des positions diagnostiques fermées, comme "tableaux de maladie" et "diagnostic complet".

Deux questions se posent maintenant:

- quelle est la fréquence respective de ces positions diagnostiques ouvertes et fermées?
- avec quelle fréquence ces différentes positions restent-elles stables ou deviennent-elles évolutives?

Dans une étude épidémiologique personnelle (voir Rev.Pra.Méd.Gén. tome 5, n°136 du 29-04-91, 1057-1062) nous avons pu donner une première réponse à cette double question. (Tableau n°6).

Les positions diagnostiques "ouvertes" représentent près des 2/3 de tous les résultats de consultation portés pendant une année: on dénombre ainsi 28% de "symptômes" et 36% de "syndrômes". Les positions diagnostiques "fermées" sont beaucoup plus rares: si on dénombre 30% de "tableaux de maladie", on ne recueille que 6% de "diagnostics complets". Tous les relevés épidémiologiques construits sur le même modèle donnent d'ailleurs des résultats très voisins.

La révision de ces "résultats de consultation" n'a été nécessaire, pendant toute l'année, que dans à peine 3% des cas. Bien entendu, lorsque la position diagnostique initiale était "ouverte" le taux de révision était plus important que lorsqu'elle était "fermée": à la suite d'une position diagnostique initiale "symptôme", la révision s'est avérée nécessaire dans 4% des cas environ; à la suite de "syndrôme", dans à peine 3% des cas; à la suite d'un "tableau de maladie", 2%; et à la suite de "diagnostic complet", 0,5%. Notons d'ailleurs, à propos de ce dernier taux, que nous n'aurions dû relever aucune révision après "diagnostic complet": cette constatation permet de mesurer l'imperfection de notre relevé.

Ce qu'il nous faut souligner ici, à l'aide de ce court exemple, c'est la rareté mais aussi la possibilité évolutive d'un résultat de consultation pourtant établi avec rigueur. Tout praticien le sait d'expérience: il existe une probabilité évolutive, faible parfois, mais réelle, de tout résultat diagnostique. En présence de tout problème d'analyse diagnostique, le praticien procède en évaluant cette probabilité.

Se posent alors au praticien deux types de questions:

- quelle est la fréquence de cette pathologie évoquée?
- avec quelle fréquence cette constatation diagnostique peut-elle signifier une pathologie actuellement inapparente?

C'est implicitement se poser, sans d'ailleurs pouvoir y répondre actuellement de façon correcte, la question du taux de prévalence de cette pathologie, de la sensibilité et de la sensibilité d'un test diagnostique et de sa valeur prédictive positive.

**La revision du résultat de Consultation
selon la Position Diagnostique**

POSITION DIAGNOSTIQUE	INITIALE	1e REVISION	2e REVISION	3e REVISION	TOTAL
SYMPTOME (A)	906	35	1	0	36
SYNDROME (B)	1155	30	1	1	32
Tableau de MALADIE (C)	947	15	4	0	19
DIAGNOSTIC complet (D)	197	1	0	0	1
TOTAL	3205	81	6	1	88