



Examiner par balayage, regarder, décider : la POCUS pour l'évaluation de la dyspnée

QUESTION CLINIQUE

L'échographie clinique ciblée (POCUS) est-elle utile pour l'évaluation de la dyspnée indifférenciée ?

CONCLUSION

Pour les personnes qui se présentent à l'urgence avec une dyspnée, l'ajout de la POCUS aux investigations habituelles améliore l'exactitude du diagnostic d'insuffisance cardiaque décompensée d'environ 87 % à environ 93 % et pourrait améliorer la précision du diagnostic d'autres pathologies. Il n'y a aucune différence au niveau de la durée du séjour à l'urgence.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Deux revues systématiques réalisées au cours des cinq dernières années, de cinq à sept essais cliniques randomisés (ECR), de 1 483 à 1 535 patientes et patients^{1,2}. Focalisation sur les trois ECR les plus vastes en raison de différences sur le plan des protocoles et des résultats. L'exactitude diagnostique a été déterminée par un audit des dossiers à l'aveugle.
- 518 personnes réparties au hasard après une évaluation clinique pour subir une POCUS ou une radiographie thoracique avec un dosage du fragment N-terminal de la prohormone du peptide natriurétique de type B³. Urgentistes, formation agréée et plus de 40 examens par balayage.

Focalisation sur l'artéfact de type ligne B (pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque décompensée, présent dans environ 43 % des cas).

- Exactitude diagnostique : 95 % (POCUS) par rapport à 87 %.
- Sensibilité : 94 % (POCUS) par rapport à 85 % (aucune statistique disponible).
- Spécificité : 96 % (POCUS) par rapport à 89 % (aucune statistique).
- Délai avant le diagnostic : 5 minutes (POCUS) par rapport à 105 minutes.
- 442 personnes réparties au hasard pour faire l'objet des investigations habituelles (évaluation clinique, ECG, analyses sanguines. La plupart ont subi une radiographie thoracique, avec l'option de faire des tomodensitométries et/ou une échocardiographie formelle.) ou des investigations habituelles et d'une POCUS⁴. Urgentistes, quatre heures de formation et entraînement avec dix examens par balayage. Focalisation sur l'artéfact de type ligne B (insuffisance cardiaque décompensée, présente dans environ 30 % des cas).
 - Exactitude diagnostique : 93 % (POCUS) par rapport à 87 %.
 - Sensibilité : 88 % (POCUS) par rapport à 83 % (aucune statistique).
 - Spécificité : 95 % (POCUS) par rapport à 88 % (aucune statistique).
 - Durée du séjour à l'urgence : aucune différence.
- 315 personnes réparties au hasard pour subir les investigations habituelles seulement ou celles-ci et une POCUS réalisée par un médecin expert⁵. Clichés multiples des veines cardiaques/pulmonaires/profondes pour la détermination de n'importe quel diagnostic pertinent (les plus courants : maladie pulmonaire obstructive chronique, pneumonie ou insuffisance cardiaque).
 - Exactitude diagnostique : 88 % (POCUS) par rapport à 64 %.
 - Traitement approprié à 4 heures : 78 % (POCUS) par rapport à 57 %.
- Limites : Diversité d'expertise en matière de POCUS et de définitions de « exactitude diagnostique ». Lors de l'audit des dossiers, les résultats de la radiographie thoracique pourraient biaiser la détermination du diagnostic final.

CONTEXTE

- POCUS : Habituellement, huit clichés en tout du segment antérieur et du segment latéral/antérieur des poumons, dépistage à l'affût d'une densité accrue des tissus (« artéfact de type ligne B »), d'un épanchement pleural^{3,4}.
- POCUS : Rapport de vraisemblance positif d'environ 20 (très bon pour l'inclusion de l'insuffisance cardiaque), rapport de vraisemblance négatif d'environ 0,1 (très bon pour l'exclusion de l'insuffisance cardiaque)^{3,4}.
- Exemples d'options de formation : <https://cpocus.ca>; <https://emergdoc.com>.

RÉFÉRENCES

1. Szabó GV, Szigetváry C, Szabó L et al. Intern Emerg Med. 2023;18:639-653.
2. Gartlehner G, Wagner G, Affengruber L et al. Ann Intern Med. 2021 Jul;174(7):967-976.
3. Pivetta E, Goffi A, Nazerian P et al. Eur J Heart Fail. 2019 Jun; 21(6):754-766.
4. Baker K, Brierley S, Kinnear F et al. Emerg Med Australas. 2020 Feb;32(1):45-53.

AUTRICES

Émérie Braschi, M.D., Ph.D.,
CCMF
Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

5. Laursen CB, Sloth E, Lassen AT et al. Lancet Respir Med. 2014 Aug;2(8):638-646.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDEU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCAprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.