

Echographie de dépistage, échographie diagnostique

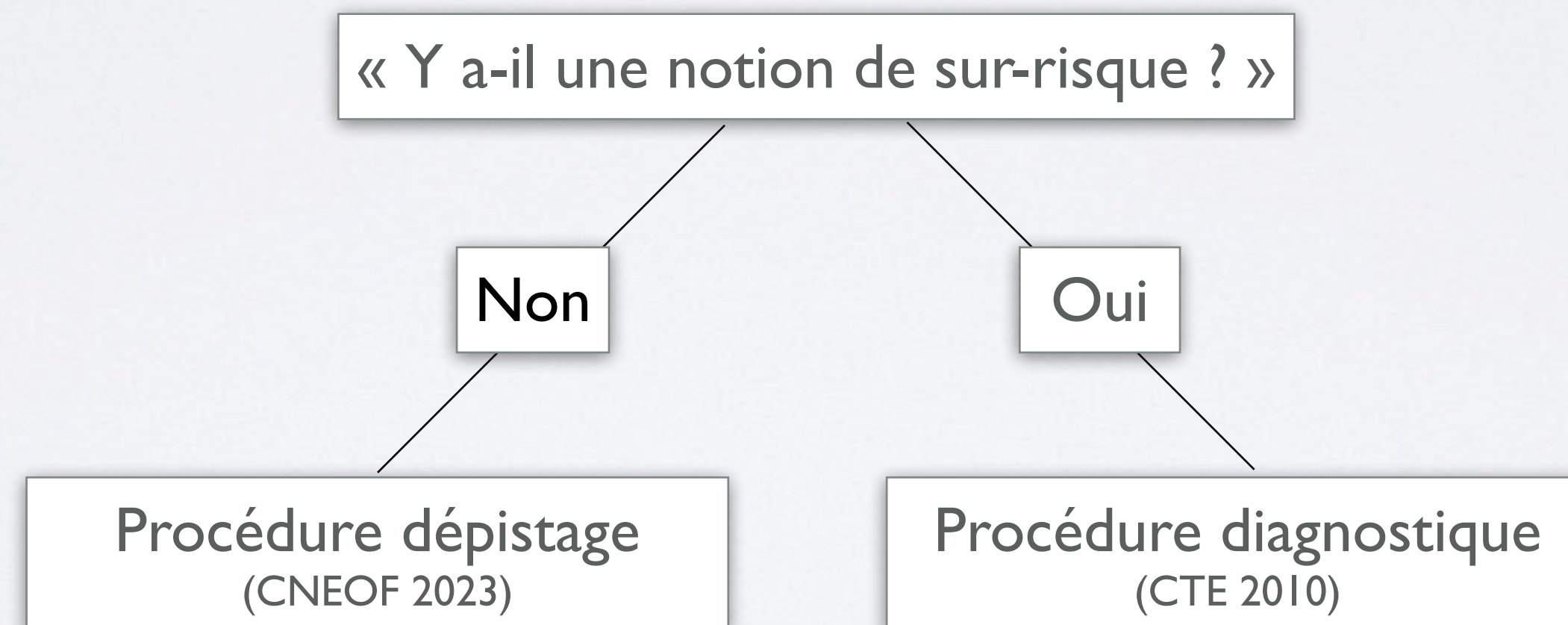
Nuance sémantique, niveau qualitatif, distinguo superflu ?
Sur quels arguments reposent ces appellations différentes ?

Les procédures d'examens échographiques (CTE, CNEOF)

Plusieurs types d'échographies

- Echographies systématiques ou de dépistage
- Echographies à visée diagnostique
- Echographies focalisées (col, placenta, QLA, dopplers...)

Dépistage ou diagnostic ? Comment déterminer le type d'examen à mener ?



Pourquoi la différence entre dépistage et diagnostic repose-t-elle essentiellement sur le niveau de risque de la patiente ?

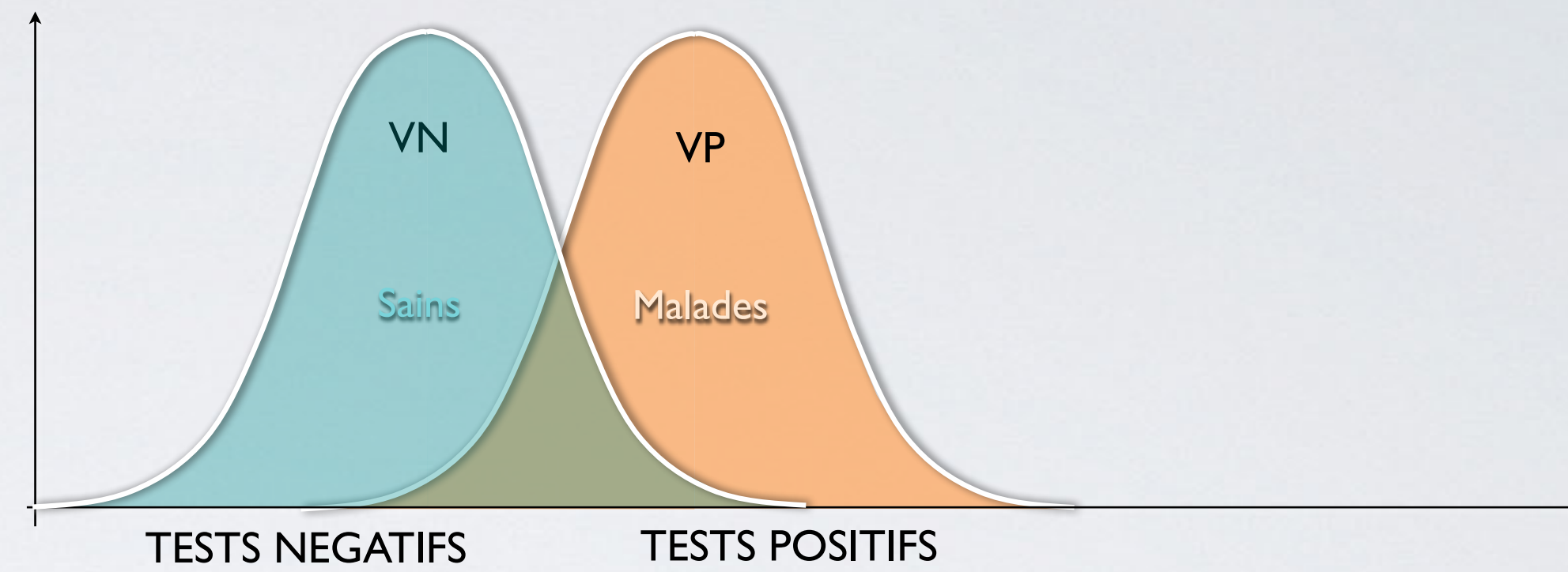
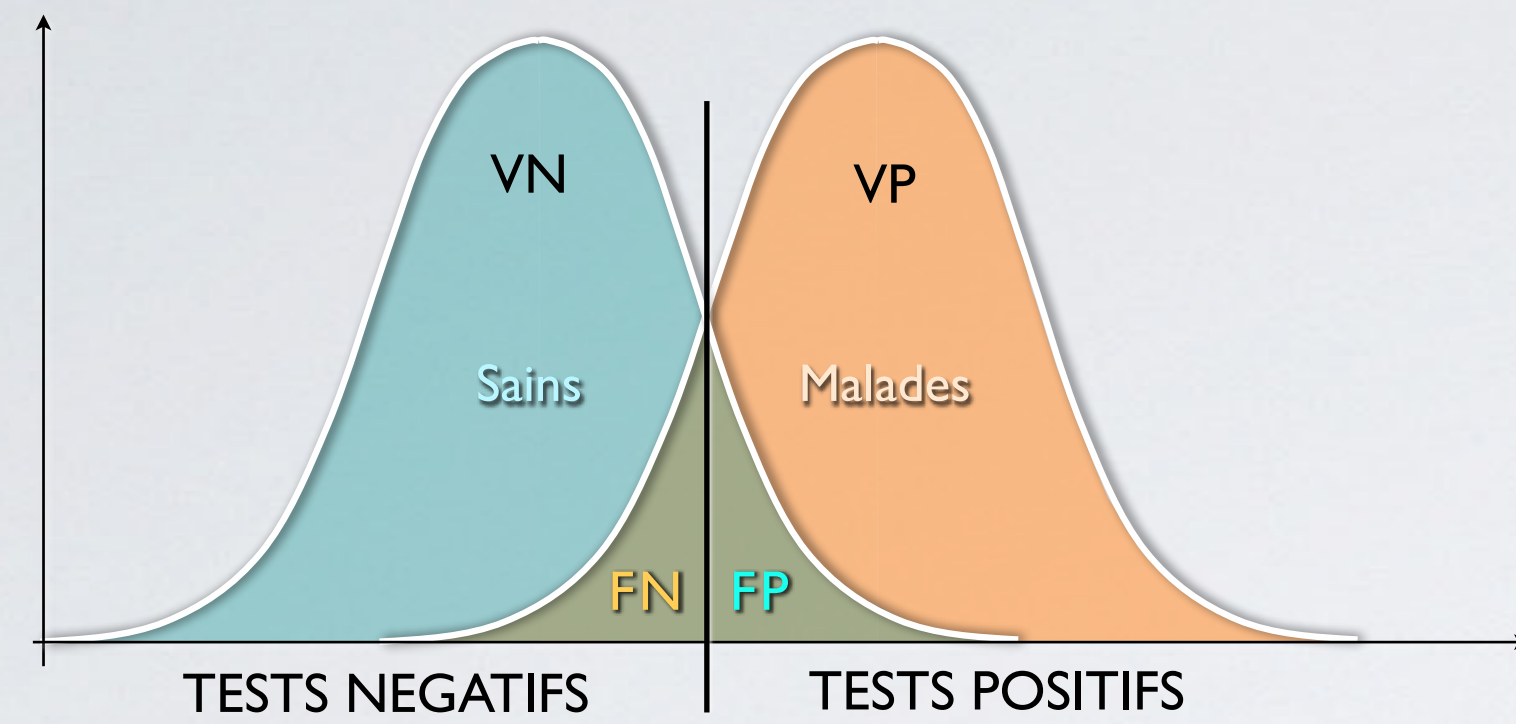
Pourquoi les recommandations professionnelles relatives au dépistage semblent-elles limitées ?

Puisqu'il est possible de contrôler davantage d'items, pourquoi ne pas être systématiquement le plus exhaustif possible en dépistage ?

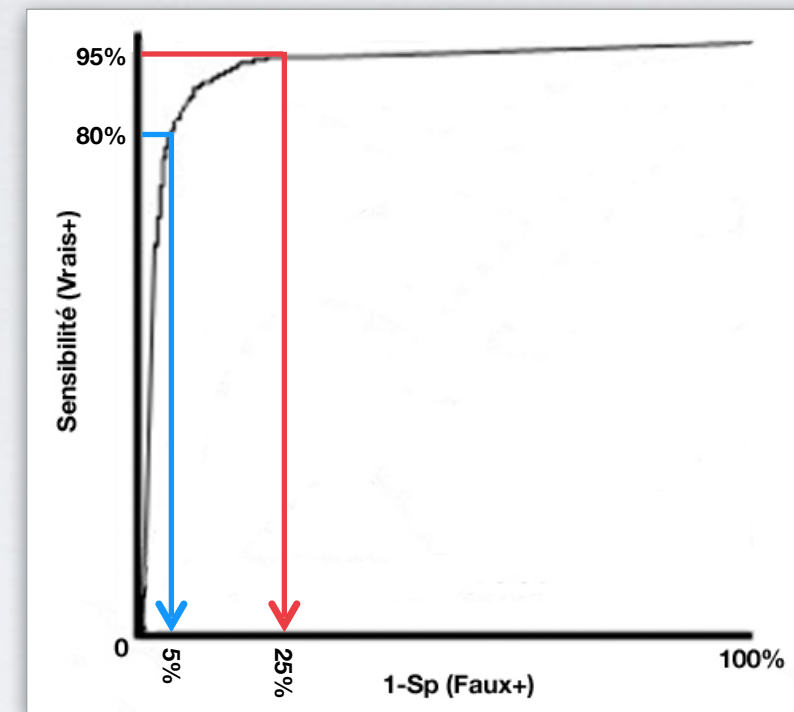
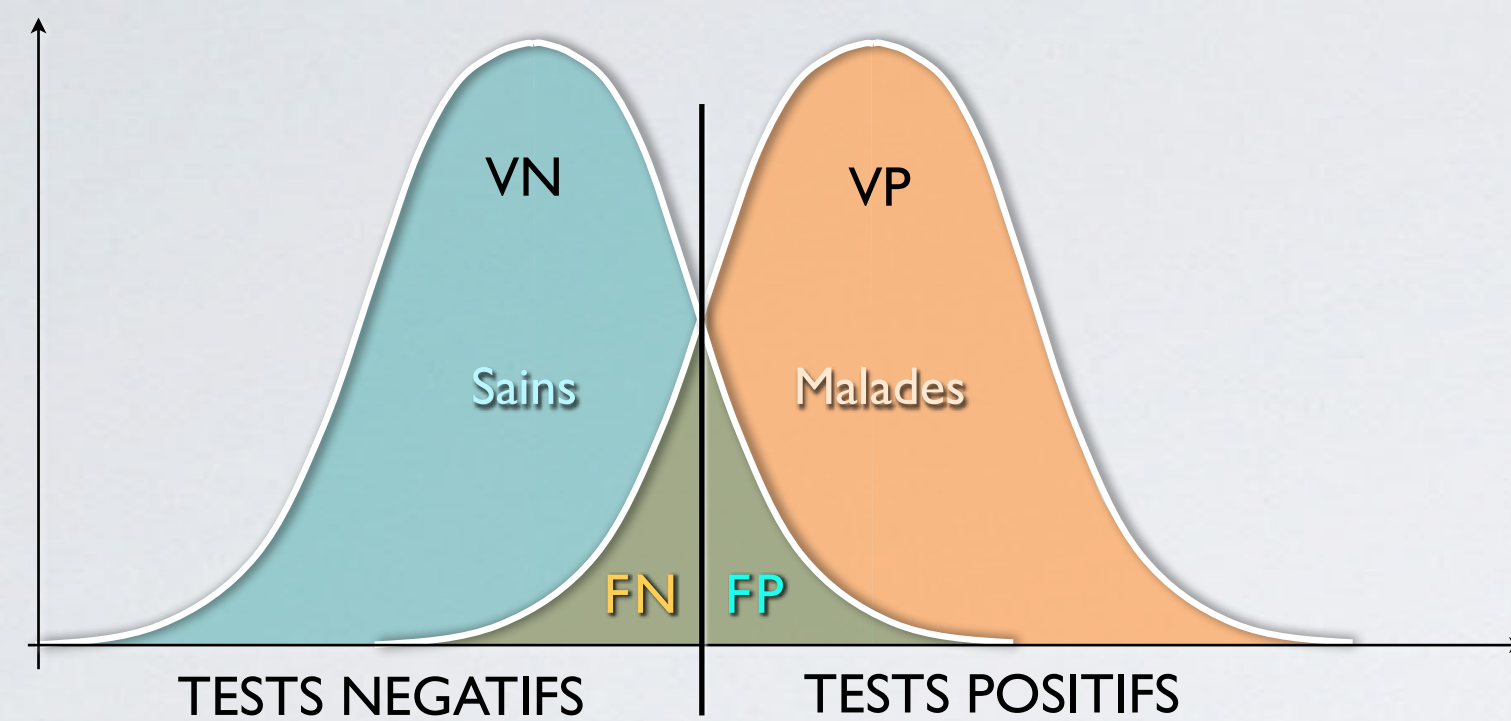
Pourquoi est-il préférable de ne pas auto-aménager les recommandations professionnelles chez les patientes en bas risque ?

Si, en dépistage, je me « contente » d'appliquer les recommandations opposables et que je suis à l'origine d'un faux négatif, ne serais-je pas inquiété(e) ?

1 Tous les tests de dépistage sont structurellement imparfaits



1 Tous les tests de dépistage sont structurellement imparfaits



- Se et Sp sont interdépendantes et varient en sens inverse
 - Forcer la Se d'un test augmente le taux de faux positifs
 - La limite de Se d'un test est fixée par le taux de faux positifs acceptables
-
- Tenter d'éradiquer les faux négatifs d'un test de dépistage conduirait à dégrader ses performances par l'augmentation des faux positifs
 - Un test de dépistage nous contraint à accepter un certain nombre de faux négatifs, dans la mesure où ils ne sont pas fautifs
 - L'enjeu est de pouvoir discriminer les faux négatifs propres du test et les faux négatifs « fautifs »
 - Rôle essentiel des recommandations professionnelles
 - Nécessité de connaître et d'appliquer les référentiels

2 Impact du niveau du risque sur la performance clinique d'un test de dépistage

VPP ou probabilité d'être malade quand le test est positif

VPN ou probabilité d'être sain quand le test est négatif

	Malades	Non malades	Total
Tests positifs	Vrais $\oplus$	Faux $\oplus$	$V_{\oplus} + F_{\oplus}$
Tests négatifs	Faux $\ominus$	Vrais $\ominus$	$V_{\ominus} + F_{\ominus}$
Total	$V_{\oplus} + F_{\ominus}$	$V_{\ominus} + F_{\oplus}$	

$VPP = V_{\oplus} / (V_{\oplus} + F_{\oplus})$

$VPN = V_{\ominus} / (V_{\ominus} + F_{\ominus})$

2 Impact du niveau du risque sur la performance clinique d'un test de dépistage

$$VPP = \frac{Se.P}{Se.P + (1-Sp).(1-P)}$$

P : prévalence
Se : sensibilité
Sp : spécificité

$$VPP = P \times \frac{Se}{(1-Sp)}$$

- Sensibilité et spécificité des items sélectionnés doivent être élevées et corroborés...
- Mais cet impératif n'est pas suffisant. Il convient de prendre en compte également la prévalence des anomalies ciblées dans la population étudiée

Exemple de l'impact de la prévalence sur la VPP d'un test très performant : ADN fœtal libre circulant T21 (DPNI)

Caractéristiques du DPNI

- Sensibilité = 99,9 %
- Spécificité = 99,9 %

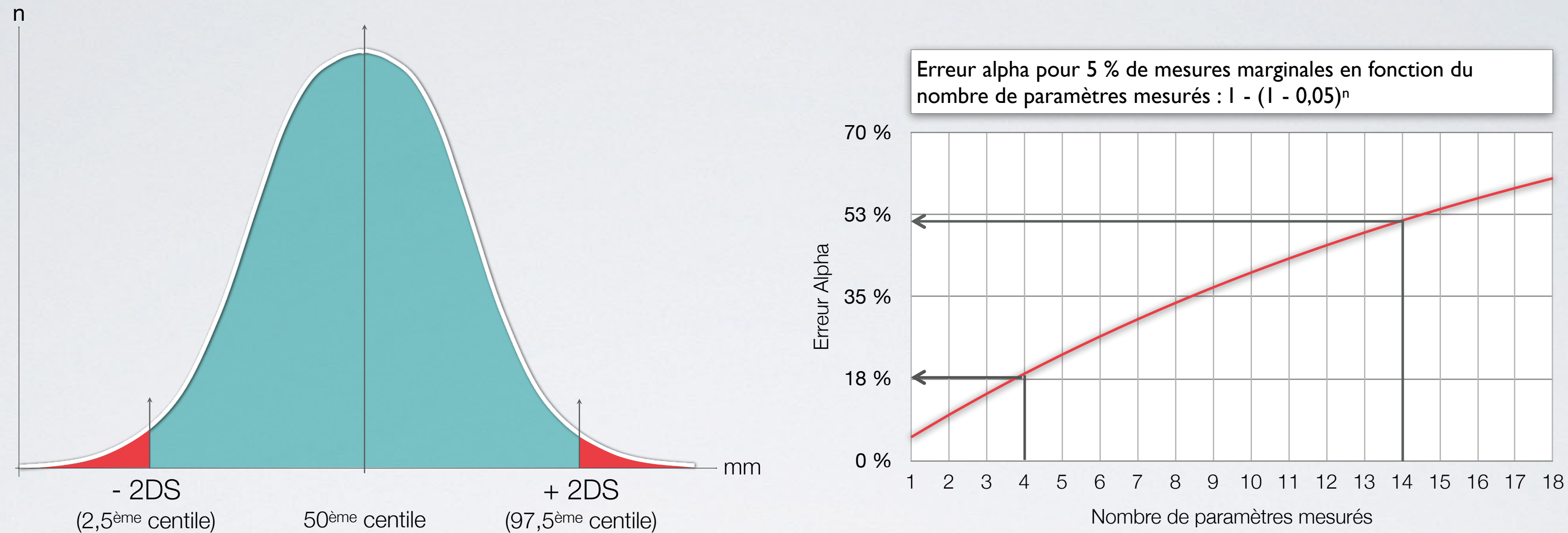
Niveau de risque préalable au test et VPP

RC	1/50	1/100	1/1 000	1/10 000
VPP				
Non T21				

Si DPNI®

3

Impact d'un nombre excessif de mesures en dépistage



L'oubli de la fréquence de base, conjuguée à la conviction d'être plus efficace en contrôlant plus d'items métriques en population à bas risque, expose à une sur-inflation des faux positifs.

Conséquences des faux positifs :

- Angoisses parentales indues
- Sur-exposition à des gestes potentiellement délétères
- Surcoût pour la collectivité (contrôles) → risque de disqualification

4

Evaluation préalable du bénéfice clinique

Conditions sanitaires et économiques à réunir pour mettre en place un dépistage en population générale, selon l'OMS

- La maladie ciblée doit être suffisamment fréquente dans la population...
- Les conséquences de cette maladie doivent être assez graves...
- La maladie dépistée doit bénéficier d'une prise en charge thérapeutique établie et efficace
- Le test doit être performant
- Le test ne doit être compliqué à mettre en œuvre et il doit être accessible
- Le test de dépistage ne doit être ni trop coûteux, ni dangereux
- Les patients doivent être préalablement informés des limites et des enjeux du test.

Le dépistage échographique doit être organisé de manière pragmatique et non pas intuitive...

Il doit cibler les anomalies qui sont susceptibles de modifier la prise en charge obstétricale et/ou pédiatrique

Les procédures de dépistages doivent être établies en tant compte de ces impératifs objectifs.

Reproductibilité en population d'échographistes

La reproductibilité des items à contrôler doit (devrait) être préalablement évaluée

Conséquences d'un référentiel opposable composé d'items morphologiques et/ou biométriques qui seraient insuffisamment reproductibles :

- Pour les patientes
 - Iniquité des chances
 - Contrôles anxiogènes
- Pour les praticiens
 - Définition d'un contrat impossible pour certains praticiens
 - Risque médico-judiciaire accru
 - Désaffection, baisse du renouvellement → réduction de l'offre
- En santé publique
 - Contre-performances du dépistage
 - Surcoût additionnel

1 2 3 4 5 Le dépistage de masse : un acte singulier...

- Il doit être organisé selon des règles rationnelles
- Le contenu de l'examen est fixé par la situation du risque de la patiente
 - Bas risque ➡ procédure de dépistage (vérification de la "normalité")
 - Risque accru ➡ procédure diagnostique (recherche d'anomalies)
- Confondre ou agréger les procédures conduit essentiellement à augmenter le taux de faux $\oplus$
- Les procédures opposables facilitent la distinction entre faux $\ominus$ structurels et faux $\ominus$ fautifs.
- Connaître et appliquer les référentiels adaptés



Procédure diagnostique si bas-risque ➡ augmentation des faux $\oplus$

Procédure dépistage si risque accru ➡ sur-risque médico-judiciaire

