

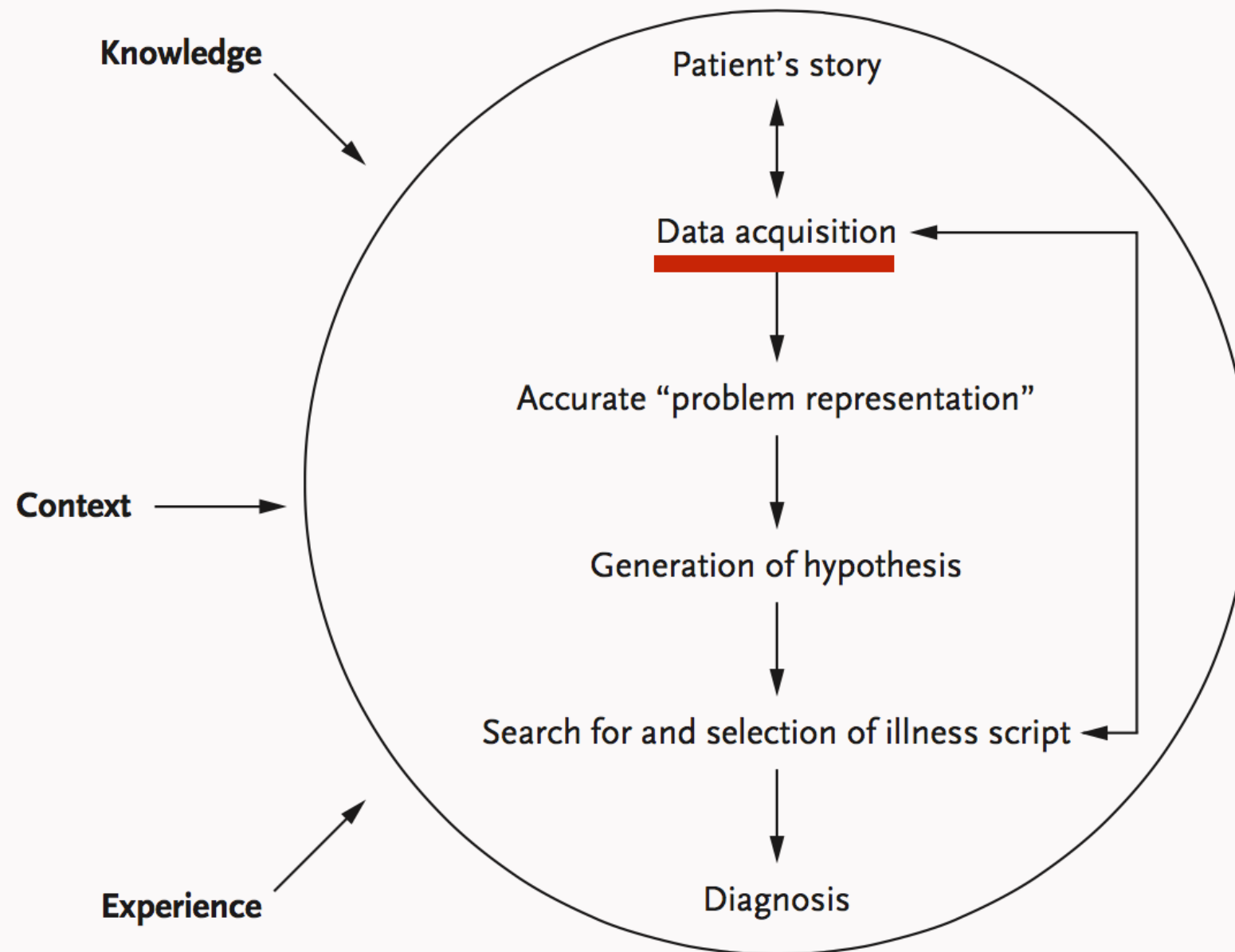
L'examen clinique à l'ère de l'EBM

Salam ABBARA
Session des jeunes infectiologues
8 juin 2016



Le raisonnement diagnostique clinique

17^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie



**Transformation
des détails
spécifiques
au patient
en termes
aspécifiques**

*Educational Strategies
to Promote
Clinical Diagnostic Reasoning*

Bowen, NEJM 2013

Figure 1. Key Elements of the Clinical Diagnostic Reasoning Process.

Less is more

17^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

L'interrogatoire et l'examen
physique permettent de faire le
diagnostic à l'admission du patient
à partir du SAU dans 60% des cas

*Utility of Clinical Examination in the Diagnosis of Emergency Department Patients Admitted to the
Department of Medicine of an Academic Hospital*

Paley et al., 2011

Focus sur l'examen physique

17^{es} Journées
Néphrologiques
d'Infectiologie

Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study

Brendan M Reilly, Lancet 2003

- Tous les patients admis en médecine dans un hôpital de 700 lits
- 28 jours en 2002
- Evalués par un interniste gériatre
- Evaluation par trois médecins seniors des potentiels signes cruciaux
- Objectif primaire : déterminer la proportion de patients pour lesquels l'examen physique a permis de détecter un signe crucial

Définition du signe crucial :

déterminé par l'inspection, percussion, palpation, auscultation ou autres constatations de l'examen physique

qui entraîne une remise en question du diagnostic initial formulé par les médecins du service ou du SAU

qui entraîne un changement majeur dans la prise en charge du patient à l'hôpital

100 patients

26% : signes physiques cruciaux

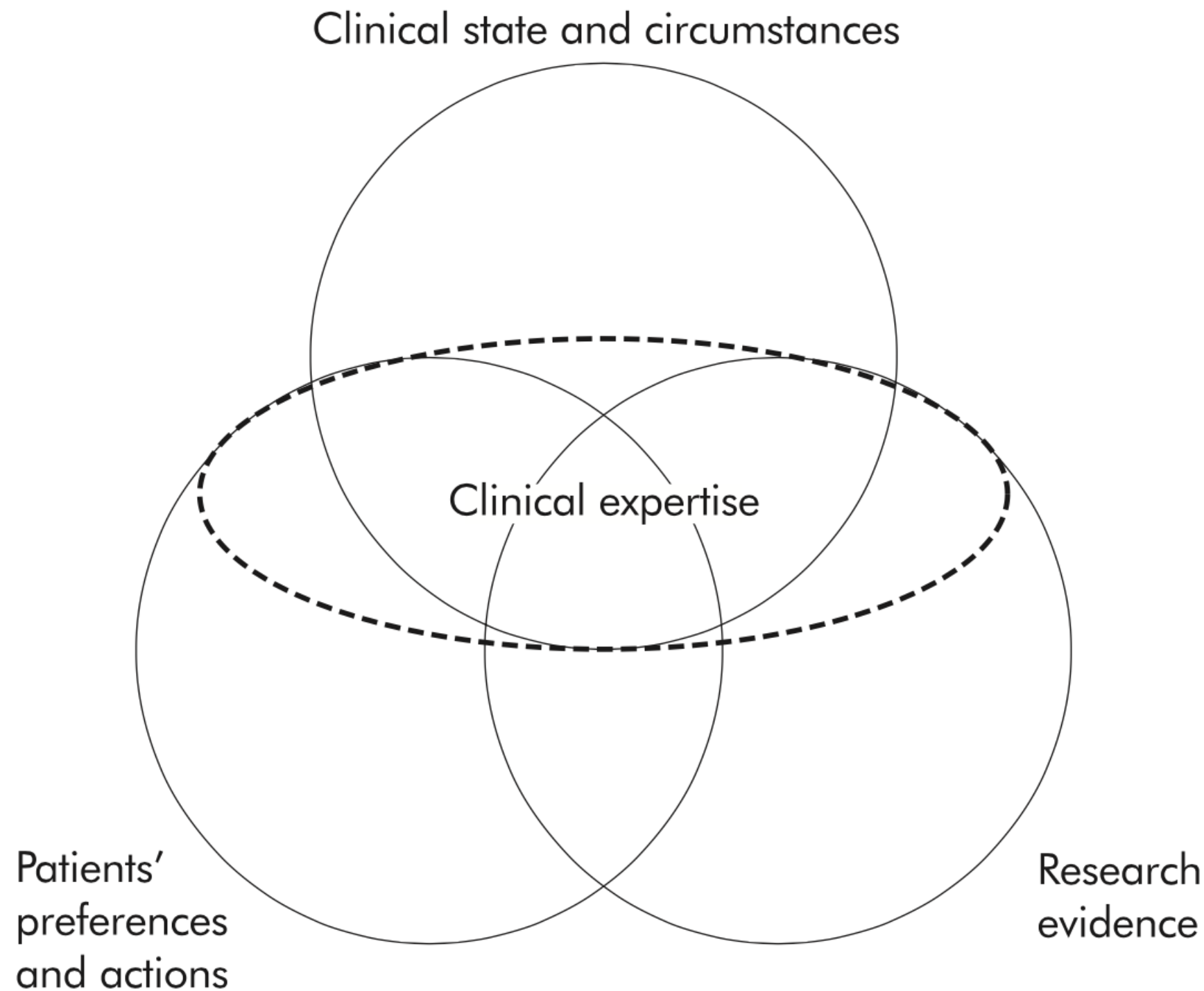
« sick patients need careful physical examination, the more skilled the better »

Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study

Brendan M Reilly, Lancet 2003

Evidence-based clinical decisions

17^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie



**« the practice
of evidence-
based
medicine is the
practice of
medicine, not
the practice of
evidence »**

Reilly, Lancet 2003

*Clinical expertise in the
era of evidence-based
medicine and patient
choice*

Haynes, EBM 2002

Figure 2 An updated model for evidence-based clinical decisions.

Vers un examen clinique evidence-based ?

1^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Pneumonie

*Evidence-based
Physical
Diagnosis,*

McGee



EBM BOX 30-1

Pneumonia*

Finding (Reference) [†]	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Likelihood Ratio [‡] if Finding Is	
			Present	Absent
General Appearance				
Cachexia ³	10	97	4.0	NS
Abnormal mental status ⁴⁻⁶	12-14	92-95	1.9	NS
Vital Signs				
Heart rate >100 beats/ min ³⁻⁸	17-65	60-92	1.7	0.8
Temperature >37.8° C ³⁻¹¹	27-69	49-94	2.2	0.7
Respiratory rate >28 breaths/min ^{5-7,10}	7-36	80-99	2.7	0.9
Oxygen saturation <95% ^{5,7,8,11}	33-52	80-86	3.1	0.7
All vital signs normal ^{5,8,12,13}	3-38	24-81	0.3	2.2
Lung Findings				
Asymmetrical chest expansion ³	5	100	44.1	NS
Chest wall tenderness ⁹	5	96	NS	NS
Percussion dullness ^{3-5,14,15}	4-26	82-99	3.0	NS
Diminished breath sounds ^{4,5,14,15}	15-49	73-95	2.3	0.8
Bronchial breath sounds ⁴	14	96	3.3	NS
Egophony ³⁻⁵	4-16	96-99	4.1	NS
Crackles ^{3-6,9,14,15}	19-67	36-94	1.8	0.8
Wheezing ^{4-6,9,14,15}	15-36	50-85	0.8	NS

Vertige aigu : central ou périphérique ?

17^{es} Journées
Néanmoins
d'Infectiologie

- le plus souvent périphérique, bénin
- sur 240 AVC ischémiques cérébelleux, 10% se présentent par un vertige isolé

Lee H et al. Cerebellar infarction presenting isolated vertigo: frequency and vascular topographical patterns. Neurology. 2006

- 1666 patients se présentant au SAU pour vertige aigu ou instabilité : 3,2% AVC. 0,7% : AVC sans autre signe clinique.

Kerber KA et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. Stroke. 2006

Vertige aigu : central ou périphérique ?

17^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

1. Head impulse test

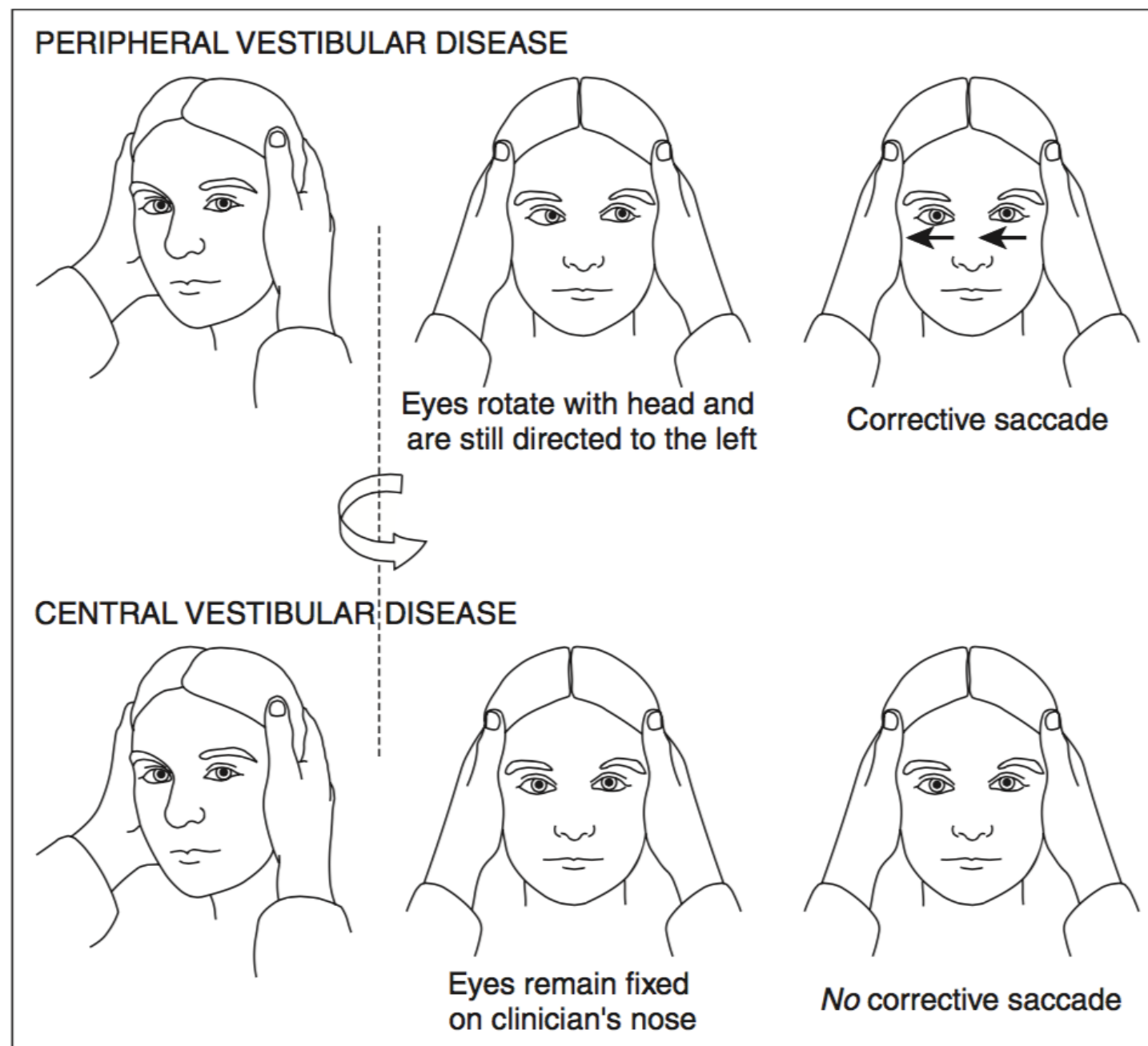


FIGURE 66-2 Head impulse test. The top row depicts the head impulse test in left-sided

2. Skew deviation

divergence ou déviation oculaire verticale
non paralytique



<http://www.cybersight.org>

3. Test des saccades oculaires

4. Direction-changing nystagmus

Vertige aigu : central ou périphérique ?



EBM BOX 66-I

Acute Vertigo, Detecting Ischemic Stroke*

Finding (Reference) [†]	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Likelihood Ratio [‡] if Finding Is	
			Present	Absent
Individual Findings				
Severe truncal ataxia ¹⁵	34	98	17.9	0.7
Skew deviation present ^{15,16}	24-40	94-99	8.5	0.7
Saccadic pursuit ¹⁶	88	80	4.4	0.1
Direction-changing nystagmus ^{15,16}	20-56	82-98	3.3	NS
Normal head impulse test (i.e., no corrective saccade) ^{15,16}	60-93	91-98	11.9	NS
Combined Findings				
1 or more of the fol- lowing: (1) normal head impulse test (no corrective saccades); (2) direction-changing nystagmus; (3) skew deviation ¹⁵	99	94	17.2	0.01

Evidence-based
Physical
Diagnosis,
McGee

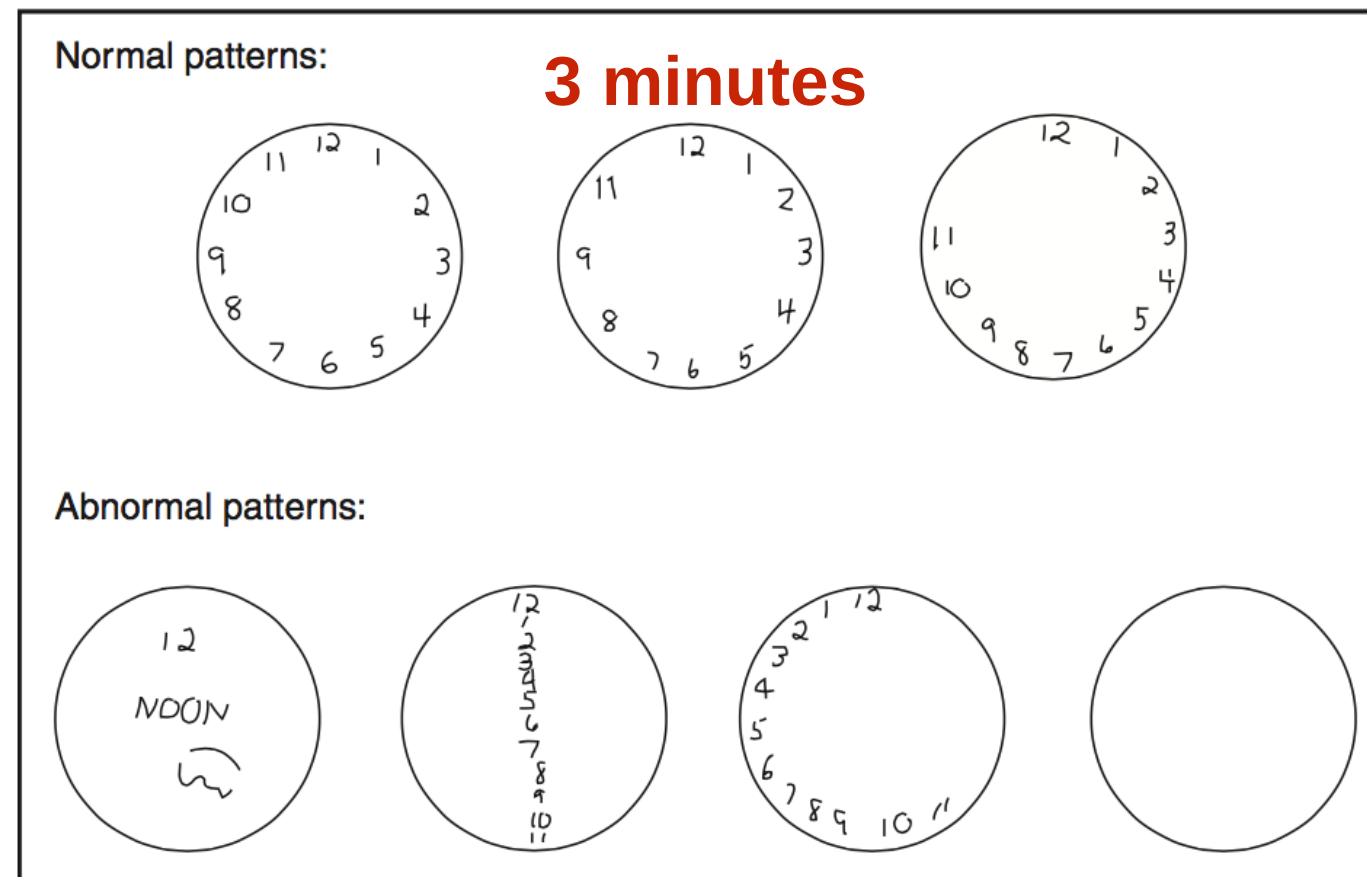
*Diagnostic standard: for ischemic stroke, magnetic resonance imaging of cerebellum and brainstem.

Démence ?

17^{es} Journées
Nationales
d'Infectiologie

Mini-Cog test

CLE
CITRON
BALLON



CLE
CITRON
BALLON

Pas d'influence du niveau d'éducation

*Evidence-based
Physical
Diagnosis,*

McGee

Démence ?



EBM BOX 5-I

*Dementia and Delirium**

Finding (Reference) [†]	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Likelihood Ratio [‡] if Finding Is	
			Present	Absent
<i>Dementia</i> [†]				
Abnormal clock-drawing test ⁵⁻⁹	36-75	72-98	5.3	0.5
Mini-Cog score 2 or less ^{10,11}	76-99	89-93	9.5	NS
MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION: TRADITIONAL THRESHOLD 23 or less ¹¹⁻²⁴	53-100	78-99	8.9	0.2
MINI-MENTAL STATUS EXAMINATION: THREE LEVELS ^{14,16-18,23}				
20 or less	29-69	93-99	14.4	—
21-25	26-57	—	2.1	—
26 or more	4-14	14-31	0.1	—
<i>Delirium</i>				
Positive test using Confusion Assessment Method ^{†25-31}	46-94	83-98	10.7	0.2

*Evidence-based
Physical
Diagnosis,*

McGee

*Diagnostic standards: For *dementia*, dementia by NINCDS-ADRDA criteria,^{5,6,32,33} DMS criteria,^{8-13,15,16,18,20,21,23} CAMDEX instrument,¹⁴ AGE-CAT,^{19,22} or neurologist opinion^{17,24}; for *delirium*, the DMS criteria.^{19,25-31}

[†]For each finding, the sensitivity and specificity are based on the following studies: 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

JAMAevidence

THE RATIONAL CLINICAL EXAMINATION

EVIDENCE-BASED CLINICAL DIAGNOSIS

**EVIDENCE-
BASED
PHYSICAL
DIAGNOSIS**

Steven McGee

C H A P T E R

6

Does This Patient Have
Ascites?

How to Divine Fluid in the Abdomen

Merci de votre attention !

