

Concours d'affiches scientifiques

Venez voir les affiches au Foyer 2^e étage.

Qualité de l'acte

1. Chez les cas suspectés de grossesse ectopique évaluée par EDU, procédons-nous à la recherche de liquide libre abdominal en l'absence de grossesse intra-utérine ?

Louis-David Audette

Objectifs

Évaluer l'utilisation des algorithmes de recherche de liquide libre à l'échographie en l'absence de grossesse intra-utérine définitive lors de suspicion de grossesse ectopique. L'objectif était de vérifier l'adhérence des médecins d'urgence aux guides de pratiques reconnus, tels que le cours ÉDU qui recommande qu'« une patiente stable, avec β -HCG positif et utérus vide, aura droit, comme prochaine investigation, à un ÉDU abdominal à la recherche de liquide libre ».

Méthodes

Dans le cadre d'une étude rétrospective descriptive d'évaluation de la qualité de l'acte conduite entre août 2013 et mars 2014, un total de 140 dossiers provenant de trois hôpitaux universitaires affiliés à l'Université Laval ont été révisés. Ces dossiers furent identifiés auprès des agentes administratives de ces urgences à l'aide du logiciel *Siurge* en relevant les diagnostics médicaux provisoires comprenant la mention « ectopi » (regroupant les termes ectopic et ectopique), entre décembre 2012 et décembre 2013. Les critères d'exclusion étaient : échographie formelle réalisée avant l'ÉDU, ÉDU non réalisé, grossesse ectopique absent du diagnostic différentiel du MD d'urgence, GIU définitive à l'ÉDU TA ou TV, instabilité hémodynamique nécessitant SOP urgente, grossesse ectopique connue, grossesse ectopique exclue par BHCG négatif avant consultation initiale. Une revue rigoureuse des dossiers fut effectuée afin de répertorier les examens faisant mention de liquide libre exclusivement pelvien (considéré comme étant une recherche incomplète), ceux précisant une recherche abdominale ou encore précisément à l'hypochondre droit (répondant au critère sévère), et finalement ceux faisant état d'une recherche de liquide libre en général (répondant au critère souple).

Résultats

Parmi les 140 dossiers considérés, 54 furent retenus pour analyse. L'âge moyen des patientes impliquées était de 30,3 ans et les trois diagnostics les plus fréquents étaient la grossesse ectopique (43 %), l'avortement (30 %) et la grossesse normale (15 %). En moyenne, une recherche de liquide libre répondant aux critères souples fut réalisée dans 57 % des cas, alors que 33 % des dossiers révisés comprenaient une recherche de liquide libre remplissant les critères sévères en précisant une recherche de liquide abdominal ou à l'hypochondre droit.

Conclusions

À la lumière des dossiers révisés et données recueillies, il appa-

raît évident qu'il existe de grandes variations dans la pratique en ce qui a trait à la recherche de liquide libre lors d'une suspicion de grossesse ectopique. Cette variation apparaît surprenante, étant donné l'existence de guides de pratique clair sur l'utilisation de l'échographie à l'urgence. Plusieurs hypothèses peuvent être mises de l'avant pour expliquer une adhérence sous optimale aux protocoles établis par les organismes formateurs. Notamment, une connaissance sous optimales des algorithmes et un manque de formation continue visant le maintien de ces connaissances pourraient être mis en cause. La littérature justifiant ces algorithmes est aussi pour l'instant incomplète. Cette évaluation de la qualité de l'acte pourrait donc permettre la mise en place de mesures permettant une pratique uniformisée respectant les guides d'utilisation de l'échographie à l'urgence. Par exemple, des avertissements rappelant les différents algorithmes pourraient être joints aux appareils d'échographie. Malgré tout, ce projet comporte certaines limitations, notamment l'échantillon limité. Aussi, le fait qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de guides strictes sur la façon de documenter les résultats d'échographie à l'urgence a pu sous-estimer la performance des cliniciens dans les dossiers étudiés. En effet, un médecin pouvait documenter une absence de liquide libre sans précision, malgré une recherche complète incluant l'hypochondre droit. La mise en place de règle pour documenter les examens réalisés, par exemple à l'aide de formulaires uniformes, d'images enregistrées ou d'images imprimées pourrait donc uniformiser cette pratique.



2. Évaluation neurologique lors d'intoxication au monoxyde de carbone

Marianne Gauthier

Objectifs

Cette évaluation de la qualité de l'acte a comme but de vérifier si les médecins d'urgence font une évaluation neurologique complète chez les patients intoxiqués au monoxyde de carbone.

Méthodes

La sélection des dossiers s'est faite de façon rétrospective avec l'aide du logiciel *Siurge*, dans trois hôpitaux, soit l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) et le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Les dossiers révisés sont ceux des patients s'étant présentés à ces urgences du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} juin 2013 répondant aux critères suivants : être âgé de 10 ans et plus et avoir reçu un diagnostic principal d'intoxication au monoxyde de carbone. Les critères d'exclusion sont : altération de l'état de conscience (GSC < 13), instabilité hémodynamique ou transfert d'un autre centre hospitalier. Les données ont alors été amassées et analysées à l'aide du logiciel *Numbers*.

Résultats

Cinquante-trois dossiers ont été retenus (HDL : 26, CHUL : 17 et HEJ : 10). La population est majoritairement constituée d'homme dont l'âge moyen est de 38 ans avec une carboxyhémoglobine de 13 %

et dont la minorité (26 %) a été traitée dans la chambre hyperbare. On observe que dans 73 % des dossiers étudiés, la note médicale fait mention de l'état de conscience, alors que dans les autres points évalués, soit le test de Folstein, la démarche et les épreuves cérébelleuses, à peine la moitié des dossiers est conforme (respectivement 45 %, 38 % et 51 %). La divergence est frappante d'un milieu à un autre, principalement en ce qui concerne le test de Folstein qui a été effectué dans 65 % des dossiers à HDL, tandis qu'aucun dossier n'en faisait mention à HEJ.

Conclusions

Les chiffres affichés plus haut démontrent que l'évaluation neurologique chez les patients intoxiqués au monoxyde de carbone n'est pas faite selon les recommandations québécoises. La congestion des urgences amène les médecins à faire mieux en moins de temps, mais l'impact d'une anomalie à l'examen neurologique ou au test psychométrique est probablement sous-estimé par plusieurs. Ces trouvailles cliniques devraient engendrer un appel au médecin hyperbariste pour évaluer la nécessité d'un traitement d'oxygénothérapie hyperbare. De plus, les séquelles neuro-psychologiques retardées sont assurément trop peu connues des urgentologues étant donné qu'ils ne font pas de suivi avec ces patients. Finalement, on remarque que l'Hôtel-Dieu de Lévis performe beaucoup mieux que les deux autres milieux, mais on doit savoir que cet hôpital abrite le service de médecine hyperbare. Par conséquent, les médecins qui travaillent à l'urgence sont beaucoup plus exposés aux intoxications au CO en raison des transferts inter-hospitaliers et de plus, certains urgentologues pratiquent aussi la médecine hyperbare.



Recherche

3. Combien de temps pour intégrer une nouvelle technologie ou médication au département de médecine d'urgence ? Un exemple avec les complexes prothrombiques complets

Valérie Pomerleau, Jean-Marc Chauny, Jean Paquet et Raoul Daoust

Objectifs

Les complexes prothrombiques complets (CPC) ont été démontrés supérieurs en termes d'efficacité et d'innocuité aux plasmas frais congelés (PFC) dans le renversement des coagulopathies. Ils ont été introduits et utilisés dès mars 2009 à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM). Le but de cette étude est de décrire les profils d'utilisation des PFC et des CPC pour renverser les coagulopathies à l'urgence de notre centre de traumatologie. Nous avons mesuré le délai entre l'introduction des CPC et le moment où leur utilisation a rejoint, puis dépassé celle des PFC.

Méthodes

Étude observationnelle rétrospective incluant les patients traités avec de la vitamine K pour une possible coagulopathie entre mars 2009 et juillet 2014, et ayant reçu au moins une transfusion de PFC ou une dose de CPC. Les résultats ont été compilés sous forme d'épisodes de soins impliquant un traitement via PFC seuls, CPC seuls ou un traitement combiné. Les pourcentages d'utilisation

de chacun des traitements par trimestre ont été analysés puis portés sur des courbes longitudinales. Nous avons confirmé le dépassement de l'utilisation des CPC par rapport au PFC par un test de Chi-deux bilatéral.

Résultats

Nos critères d'inclusion ont permis l'analyse des traitements reçus lors de 1504 épisodes. La courbe d'utilisation des CPC rejoint celle de l'utilisation des PFC au mois de novembre 2010, soit environ 20 mois après leur introduction à notre centre, pour finalement la dépasser de façon soutenue à partir du mois de février 2012, soit près de 3 ans après leur introduction ($\chi^2(1) = 142,2, p < 0,001$).

Conclusions

Plusieurs années ont été nécessaires pour que l'utilisation des CPC surpasse celle des PFC dans notre département d'urgence tertiaire. Les barrières à l'utilisation d'une nouvelle technologie sont multiples. Celles-ci devraient être identifiées lors de projets de recherche futurs afin d'accélérer l'intégration de nouvelles technologies dans notre milieu.



4. Évaluation de l'implémentation d'un protocole de traitement oral de la pyélonéphrite chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans

Andrée-Anne Boisvert et Geneviève Taylor

Objectifs

Comparer le taux d'échec au traitement ambulatoire de la pyélonéphrite aiguë entre un groupe de patients traité par antibiotique intraveineux initial vs un groupe traité par antibiothérapie orale exclusive à l'urgence du Centre mère-enfant (CME) du CHU. Objectifs secondaires : comparer entre les deux groupes : Hospitalisations ; Complications aiguës (abcès, sepsis).

Méthodes

Étude rétrospective comparant un groupe de patient ayant été traité avec l'antibiothérapie empirique intraveineuse usuelle (ampicilline et gentamicine) et le groupe traité par antibiothérapie empirique orale (céfixime) avant et après l'implémentation d'un nouveau protocole de traitement de l'infection urinaire fébrile chez l'enfant de 6 mois à 5 ans à l'urgence du CME du CHU de Québec. Le protocole a été introduit en septembre 2011. Les 121 patients du groupe pré-implémentation ont été recrutés entre avril 2010 et septembre 2011. Les 111 patients du groupe post-implémentation ont été recrutés entre septembre 2011 et juillet 2013.

Résultats

Les 2 groupes avaient des caractéristiques comparables quant au sexe, à l'âge, aux antécédents d'infections urinaires et des germes identifiés (*E. Coli* $n = 116/121$ groupe pré-implémentation, $n = 106/111$ groupe post-implémentation). Une différence significative ($p = 0,037$) entre les deux groupes ($n = 9/121$ groupe pré-implémentation, $18/121$ groupe post-implémentation) a été observée

quant au taux d'échec. Les échecs au traitement, dans le groupe pré-implémentation, sont une modification de l'antibiotique avant l'antibiogramme ($n = 2$), une culture d'urine de contrôle positive ($n = 1$) et une hospitalisation ($n = 6$), alors que dans le groupe post-implémentation, il s'agit de non-compliance aux visites ($n = 2$), modification de l'antibiotique avant l'antibiogramme ($n = 4$), une culture d'urine de contrôle positive ($n = 5$) et une hospitalisation ($n = 7$). Concernant les raisons d'hospitalisation, dans le groupe pré-implémentation, déshydratation/vomissements ($n = 5$) et un sepsis suspecté ($n = 1$) alors que dans le groupe post-implémentation, déshydratation/vomissements ($n = 5$), apparition de pétéchies ($n = 1$) et hémocultures positives ($n = 1$).

Conclusions

Le traitement oral de la PNA est sécuritaire chez les enfants de 6 mois à 5 ans puisque les hospitalisations sont comparables entre les deux groupes. Plusieurs autres causes d'échecs sont anticipées et acceptables avec un traitement oral. Aucune complication significative, en lien avec un échec au traitement n'a été observée dans le groupe post-implémentation.



5. Impacts et conséquences de la fracture sternale isolée après l'urgence

Samuel Racine

Objectifs

Déterminer l'incidence des hémithorax retardés (HxR) et l'état fonctionnel à 90 jours des patients non-admis avec une fracture sternale isolée (FS) comparativement aux autres traumatismes thoraciques mineurs (TTM).

Méthodes

Design : Une étude de cohorte prospective multicentrique a été réalisée de 2006 à 2010 dans quatre départements d'urgence canadiens. Participants : Patients de 16 ans et plus, libérés de l'urgence et souffrant de TTM (c.-à-d. : abrasion, contusion, lacération ou fracture de la cage thoracique). Les participants étaient catégorisés selon la lecture initiale des radiographies pulmonaires et thoraciques par le médecin radiologiste : 1) FS, 2) Fracture(s) de côte(s), 3) Pas de fracture. Suivi : Une évaluation clinique et radiologique standardisée à 7 et 14 jours fut réalisée de même qu'un suivi téléphonique standardisé à 30 et 90 jours. Issues : La présence d'hémithorax retardé (HxR) à 14 jours et le pointage fonctionnel du *Medical Outcome Short-Form Health Survey* (SF-12) à 90 jours. Analyse des données : Des analyses statistiques univariées et multi-variées furent réalisées.

Résultats

Au total, 971 participants furent recrutés. 32 patients (3 %) avaient une FS et 46,9 % de ces patients étaient âgés de plus de 65 ans. 78 % des FS survenaient lors d'un accident de la route. À 14 jours,

12,5 % des FS présentaient un HxR, contre 23 % des fractures de côtes et 6 % des TTM sans fracture ($p < 0,05$). À 90 jours, les FS présentaient une atteinte fonctionnelle sévère chez 14,3 %, contre 4,1 et 3,6 % ($p < 0,05$) respectivement.

Conclusions

Les FS présentent des complications retardées et près d'un patient sur six présente une altération sévère de son état fonctionnel physique trois mois après la blessure.



6. Innocuité des nitrates chez les patients avec sténose aortique modérée ou sévère présentant un œdème aigu du poumon : étude de cohorte rétrospective

David Claveau

Objectifs

Évaluer l'innocuité des nitrates chez les patients en œdème pulmonaire aigu (OAP) avec sténose aortique (SA) modérée ou sévère concomitante. Plus spécifiquement : 1) Comparer l'incidence d'hypotension cliniquement significative chez les patients avec OAP avec et sans SA qui ont reçu des nitrates ; 2) Comparer l'incidence d'hypotension soutenue induite par les nitrates chez ces mêmes patients ; 3) Déterminer les facteurs prédictifs d'hypotension cliniquement significative chez les patients avec sténose aortique recevant des nitrates.

Méthodes

Une étude de cohorte rétrospective fut menée dans deux hôpitaux québécois. Les patients admis en OAP ayant reçu de la nitroglycérine sublinguale ou intraveineuse de 2008 à 2013 furent identifiés. La présence et sévérité de SA fut définie selon les lignes directrices publiées par l'American College of Cardiology et l'American Heart Association. Soixante-cinq patients avec SA sévère se présentant en OAP furent traités avec de la nitroglycérine. Un nombre égal de patients avec SA modérée et sans SA également traités avec de la nitroglycérine pour un OAP furent inclus. Les patients avec SA modérée et sévère furent comparés indépendamment au groupe sans SA. L'issue primaire est la survenue d'hypotension cliniquement significative, définie par la survenue d'un des événements prédéfinis suivant : cessation de la nitroglycérine pour cause d'hypotension, administration d'un bolus liquidien, utilisation d'un vasopresseur ou survenue d'arrêt cardiaque. L'issue secondaire principale est la survenue d'hypotension soutenue, soit une hypotension systolique inférieure à 90 mmHg de durée supérieure à 30 minutes. Les facteurs prédictifs d'hypotension cliniquement significative furent évalués.

Résultats

195 patients également divisés entre les trois groupes furent analysés. Aucune association entre la présence de SA et la survenue d'hypotension cliniquement significative fut notée: rapport de cote (RC) de 0,97 (95 % CI 0,40-2,37) pour SA modérée et 0,99 (95 % CI 0,41-2,41) pour SA sévère. Une tendance vers plus d'hypotension soutenue dans le groupe de SA sévère fut notée : RC de 2,34 (95 % CI 0,91-6,01). La régression logistique multiple avec sélection de modèle a démontré les facteurs prédictifs d'hypotension cliniquement significative suivants : sexe féminin, tension artérielle initiale basse, dose initiale élevée de furosémide ainsi que l'utilisation de ventilation noninvasive.

Conclusions

La présence de SA modérée ou sévère n'est pas associée à la survenue d'hypotension cliniquement significative chez les patients traités avec la nitroglycérine pour un OAP. La présence de SA sévère est possiblement associée à une survenue plus fréquente d'hypotension soutenue, mais ne nécessitant aucune intervention.



7. Investigation de la maladie thromboembolique veineuse chez la femme enceinte à l'urgence : une étude de cohorte

Sabera Hedaraly

Objectifs

En Amérique du Nord, les maladies thromboemboliques (MTE) demeurent une des causes principales de mortalité chez les femmes enceintes et plusieurs outils diagnostiques sont disponibles à l'urgence. Bien qu'il n'y ait pas de recommandations définitives, certains auteurs suggèrent d'utiliser les D-dimères (DD) et l'échographie-doppler pour le diagnostic des thrombophlébites profondes (TPP) et les DD et l'angioscan ou la scintigraphie V/Q, avec possibilité d'échographie-doppler si les signes cliniques sont présents, pour l'investigation de l'embolie pulmonaire (EP), sans consensus établi sur l'ordre des tests à utiliser.

Méthodes

Nous avons vérifié l'application de ces recommandations par les urgentologues d'un hôpital tertiaire. Toutes les patientes enceintes (confirmé par β HcG ou par échographie) et investiguées pour une MTE au département d'urgence entre mars 2008 et juin 2014 ont été incluses dans cette étude observationnelle, peu importe la symptomatologie initiale. Les examens doppler, angioscan ou scintigraphie ont été faits au département de radiologie ou de médecine nucléaire et interprétés de manière indépendante à notre étude. Le dosage des DD a été fait par la méthode Liatest avec un seuil de positivité de 500 microgramme par litre. Les résultats sont présentés sous forme de

proportion par la méthode asymptotique de Wald avec les calculs des sensibilités et des spécificités, ainsi que des intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %).

Résultats

161 patientes d'âge moyen de $31,5 \pm 5,6$ ans et enceintes de $18,2 \pm 9,8$ semaines ont été incluses. Sur ce nombre, 82 avaient des symptômes d'EP (dyspnée ou douleur thoracique), 34 des symptômes de TPP, 32 un tableau mixte et 13 un tableau non spécifique. 5 patientes ont eu un diagnostic d'EP et 3 de TPP pour 8 cas de MTE, soit une prévalence de 4,97% (95 % IC : 1,61-8,33 %). 6 des 104 patientes ayant eu un dosage de DD ont eu une MTE, dont un faux négatif à 343 (seuil de positivité de 500). L'investigation via DD rapporte une sensibilité de 83,33 % (IC 95 % : 36,10-97,24) et une spécificité de 33,67 % (IC 95 % : 24,44-43,93). Dans tous les cas, le mode d'investigation variait selon le tableau clinique initial pour un total de 12 approches distinctes. Chez les 104 patientes avec DD, la moitié n'ont eu aucune investigation supplémentaire, 27 la combinaison DD + doppler, 12 la combinaison DD + doppler + angioscan ou scintigraphie et 12 la combinaison DD + angioscan ou scintigraphie. 36 patientes n'ont eu qu'un doppler et 3 la combinaison doppler + scintigraphie. Finalement, 12 patientes ont eu la scintigraphie, 5 l'angioscan, 1 l'angioscan suivi du doppler et 1 les DD + scintigraphie + angioscan.

Conclusions

Les DD seuls ne peuvent pas éliminer une MTE de façon certaine chez la femme enceinte. Il y a également une grande hétérogénéité dans les modes d'investigations des MTE à l'urgence chez cette clientèle, ce qui corrèle avec l'absence de consensus des recommandations actuelles. Bien que plus à risque de MTE selon la littérature, la prévalence de celle-ci dans notre population est faible (moins de 5 %) et son investigation implique des risques non négligeables d'irradiation pour la mère et le fœtus. Des recherches cliniques plus poussées seraient utiles au développement de guides de pratique afin de limiter et d'uniformiser l'investigation des MTE chez la femme enceinte.



8. Le *shock index* chez les patients ayant souffert de trauma cranio-cérébral

Shaghayegh Shaghaghi

Objectifs

Notre objectif était de comparer la valeur prédictive de mortalité à 30 jours du SI par rapport à une seule chute de tension artérielle systolique sous 90 mmHg au département d'urgence pour les TCC, puis chez les divers groupes de TCC (c.-à-d. léger, modéré, sévère).

Méthodes

Nous avons mené une étude post-hoc sur des patients consécutifs victimes de traumatismes crâniens ayant consulté au département de médecine d'urgence (DMU) dans un centre tertiaire de traumatologie, de mars 2008 à 2012. Les signes vitaux, mesurés de façon prospective sont enregistrés dans une base de données contenant toutes les informations sur le parcours de chaque patient, pour chaque épisode de soins à l'urgence.

Résultats

Nous avons démontré qu'une valeur de SI de 0,7 présente un rapport de cote (RC) de 3,0 (IC 95 % 2,01-4,48) pour la mortalité de 30 jours. Plus la valeur du SI augmente, plus il est prédictif de mortalité, présentant un RC qui atteint 7,84 (IC 95 % 5,39-11,4) pour un SI = 1. Par contre, nous avons obtenu un RC de 13,89, (IC 95 % 9,45-20,42) pour une épisode d'hypotension < 90 mmHG au DMU, rendant l'hypotension un meilleur prédicteur de mortalité à 30 jours (RC 13,89, IC 95 % 9,45-20,42). Secondairement, nous avons trouvé que dans tous les sous-groupes de TCC (c.-à-d. léger, modéré, sévère) une mesure de Tas < 90 mmHg présente une meilleure valeur prédictive de mortalité à 30 jours au DMU que le SI. Plus le TCC est sévère, moins le SI est prédictif de mortalité. Le SI est prédictif de mortalité seulement chez les TCC légers (RC 2,46 (IC 95 % 1,33-4,56)), perdant ainsi de sa valeur avec la sévérité du TCC (modéré RC 1,3 ($p > 0,05$) et sévère RC 0,7 ($p > 0,05$)). La Tas < 90 mmHg chez les TCC léger et modéré semble mieux prédire la mortalité que chez les TCC sévère (TCC léger : RC 9,84 (IC 95 % 5,0-19,38) vs TCC modéré RC 12,25 (IC 95 % 2,78-53,99) vs TCC sévère RC 3,25 (IC 95 % 1,79-5,86)). Nous avons démontré que le SI n'est pas un bon prédicteur de mortalité à 30 jours chez les patients ayant souffert d'un TCC isolé. L'hypotension demeure un meilleur prédicteur de mortalité, et ce, peu importe la sévérité du TCC.

Conclusions

Nous avons démontré que le SI n'est pas un bon prédicteur de mortalité à 30 jours chez les patients ayant souffert d'une TCC isolé. L'hypotension demeure un meilleur annonciateur, et ce, peu importe la sévérité du TCC.



9. Utilisation d'un seuil ajusté pour l'âge après 50 ans pour les D-Dimères : étude d'impact dans un centre tertiaire.

Audrey Rochon

Objectifs

La littérature actuelle supporte l'utilisation des D-Dimères (DDE) pour exclure la maladie thromboembolique (MTE), incluant les embolies

pulmonaires et les thrombophlébites, chez les patients avec une probabilité pré-test non élevée. Toutefois, en pratique, la probabilité pré-test n'est pas toujours déterminée par les cliniciens avant de demander un DDE. Récemment, quelques études ont validé l'utilisation d'un seuil d'exclusion de DDE d'une valeur de 10 fois l'âge après 50 ans afin d'améliorer la spécificité de ce test chez les patients plus âgés chez qui les nombreux faux-positifs entraînent un accroissement du nombre de tests d'imagerie. L'objectif de cette étude est de vérifier si cette règle peut s'appliquer à tous les patients, indépendamment de la probabilité pré-test de MTE.

Méthodes

Nous avons fait une étude observationnelle rétrospective incluant tous les patients âgés de 50 ans et plus ayant subi une investigation radiologique pour une MTE (doppler des membres inférieurs, angioscan pulmonaire ou scintigraphie V/Q) ainsi qu'un dosage de DDE à l'urgence d'un centre tertiaire académique entre avril 2008 et juillet 2012. Les paramètres suivants ont été calculés pour le seuil conventionnel de DDE et le seuil ajusté pour l'âge : La sensibilité, la spécificité, le Likelihood Ratio positif (LR+ = sensibilité/(1-spécificité)) et le *Likelihood Ratio* négatif (LR- = (1-sensibilité)/spécificité). La performance du test a été évaluée par son *Diagnostic Odds Ratio* (DgOR = LR+ / LR-). Le DgOR permet de combiner les deux valeurs de LR en un seul indicateur de performance qui n'est pas influencé par la prévalence de la maladie. Plus le DgOR est positif, plus le test est discriminatoire alors qu'un DgOR de 1 correspond à un test nul. Un intervalle de confiance à 95 % a été utilisé.

Résultats

Des 3436 patients sélectionnés, 51 ont été exclus (1,5 %) dû aux non-disponibilités des lectures des examens radiologiques. 3385 patients ont été inclus dont 2088 femmes (61,1%). L'âge moyen était de $70,8 \pm 11,8$ ans. La prévalence de MTE s'élevait à 12,8 % (IC 95 % 11,7-14,0 ; 433 patients). En utilisant le seuil de DDE ajusté pour l'âge, la sensibilité a diminué de 96,5% (IC 95 % 94,2-98,0) à 88,7% (IC 95 % 85,2-91,4) alors que la spécificité a augmenté de 16,9 % (IC 95 % 15,5-18,3) à 33,5 % (IC 95 % 31,8-35,2). 15 patients sur 513 (2,9 %) ont eu un diagnostic de MTE avec un DDE < 500. L'utilisation du seuil ajusté pour l'âge aurait permis d'éviter 525 investigations, mais aurait impliqué 34 diagnostics supplémentaires manqués, soit 49 cas de MTE sur 1038 patients (4,7 %) avec un seuil de DDE < 10 x âge. La performance du nouveau seuil est moins bonne que le seuil à 500 : DgOR de 3,8 vs 5,2.

Conclusions

Le seuil ajusté pour l'âge performe moins bien que le seuil conventionnel si l'on ne tient pas compte de la probabilité prétest de MTE, ce qui entraîne une augmentation du nombre de diagnostics manqués. Nous suggérons de réserver ce seuil ajusté aux patients avec une probabilité prétest non élevée.