

e-Club

En médecine d'urgence

À chaque mois, la section de médecine d'urgence de la faculté de médecine de l'Université Laval présente un club de lecture.

Une critique de l'article présenté est distribuée à l'ensemble des membres du DMFMU.

Date de parution :
28 mai 2015

Auteurs :

Gabrielle Beaulieu, R3 Formation complémentaire en médecine d'urgence
Guillaume Lacombe, R2 Médecine d'urgence spécialisée
Alexia Pichard-Jolicoeur, R3 Médecine d'urgence spécialisée
Patron superviseur : Dr Simon Berthelot

Date du club de lecture : 10 mars 2015

Titre :

Does undetectable troponin I at presentation using a contemporary sensitive assay rule out myocardial infarction? A cohort study

Référence :

Kelly A-M, Klim S. Emerg Med J Published Online First: [31 december 2014]
doi:10.1136/emmermed-2014- 204442

Pubmedid :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25552547>

Question PICO :

Population :

Chez les patients de plus de 18 ans se présentant à l'urgence avec des douleurs rétro-sternales sans changement ischémique à l'ECG

Intervention :

Est-ce qu'un taux indétectable de troponine I (TnI) à l'arrivée

Comparaison :

(Aucun groupe comparatif)

Outcome (issue) :

Permet d'exclure le diagnostic d'infarctus aigu du myocarde (IM)?



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de médecine
Département de médecine familiale
et de médecine d'urgence

Conclusion des auteurs de l'article :

En utilisant un dosage contemporain de Tnl, une valeur initiale indétectable de Tnl a une sensibilité et une valeur prédictive négative élevées, mais imparfaites pour éliminer un diagnostic d'IM, à moins d'exclure les patients se présentant < 2 h après le début des symptômes.

Grille d'analyse critique

Veillez lister les questions de la grille et vos commentaires :

1) Les résultats sont-ils valides?

- **Est-ce que les cliniciens ont été aux prises avec des conditions dont le diagnostic était douteux?**

Oui. Cependant, un cardiologue indépendant a tranché quant au Dx final dans les cas où le patient avait un résultat de Tnl > 99e percentile sans Dx d'IM et dans les cas d'IM sans élévations des Tnl.

- **Y avait-il une comparaison à l'aveugle de l'outil diagnostique avec un étalon d'or indépendant, appliqué de la même façon au groupe traité et au groupe contrôle?**

Non, on peut considérer dans cette étude que l'étalon d'or était l'obtention de Tnl sériées, ce qui était fait chez tous les patients. Aucune décision n'était prise sur la base de la valeur initiale de Tnl puisque les cliniciens qui posaient le diagnostic n'étaient pas au courant de l'étude.

- **Est-ce que les résultats du test à l'étude ont influencé la décision d'appliquer ou non l'étalon d'or?**

Non, les cliniciens n'étaient pas au courant de l'étude en cours, et suivaient les guides de pratique actuels, soit d'effectuer des Tnl sériées.

2) Quels sont les résultats?

- **Quels sont les rapports de vraisemblance associés à l'éventail de résultats possibles du test?**

Indépendamment du score fTIMI, on obtient un LR+ 3,24 et un LR- 0,04.

3) Comment puis-je intégrer les résultats à ma pratique?

- **Est-ce que la reproductibilité des résultats du test et de son interprétation est adéquate et satisfaisante en regard de ma réalité clinique?**

Oui. C'est un test existant et facile à implanter. Il faudrait s'assurer d'avoir les mêmes types de troponines et d'utiliser un seuil identique (et non le seuil du 99e percentile). Par ailleurs, des résultats similaires ont été démontrés dans des études précédentes avec d'autres types de troponines.

- **Est-ce que les résultats sont applicables à mes patients dans ma pratique?**

Probablement. Bien qu'il s'agisse d'une étude unicentrique australienne, la population semblait similaire à la nôtre.

- **Est-ce que les résultats vont changer la stratégie que j'utilise pour soigner mes patients?**

Possiblement. Cependant, il serait intéressant qu'une étude similaire se penche sur la question en excluant d'emblée les patients se présentant < 2 h. Par ailleurs, cette étude ne change en rien la conduite en cas de suspicion d'angine instable.

- **Est-ce que les résultats du test vont améliorer la condition de mes patients?**

Oui, en permettant une durée de séjour moins longue. Et non, car avec les résultats actuels, certains patients pourraient avoir un IM manqué.

Résultats importants :

Veillez inscrire les résultats importants :

Taux indétectable de Tnl à l'arrivée pour exclure le diagnostic d'IM
Score fTIMI (0-6): Sensibilité 97,4 %, Spécificité 69,9 %, VPP 35,4 %, VPN 99,4 %, LR+ 3,24, LR- 0,04

Excluant les patients se présentant < 1 h après le début des symptômes (analyse non-planifiée)
Sensibilité 98,6 %, VPN 99,7 %

Excluant les patients se présentant < 2 h après le début des symptômes (analyse non-planifiée)
Sensibilité 100 %, VPN 100 %

Commentaires généraux des réviseurs et conclusions

Commentaires :

À l'ère des troponines ultrasensibles, cette étude s'ajoute à plusieurs études récentes cherchant à identifier une façon d'éliminer rapidement le diagnostic d'IM. Dans cette étude, tous les cas manqués s'étaient présentés < 2 h après le début des symptômes. Malgré tout, leur protocole a présenté des résultats forts intéressants, avec un LR- de 0,04. Bien que la valeur indétectable de Tnl ne soit généralement pas utilisée dans les urgences du Québec, il est raisonnable de penser que cela pourrait être facilement implantable.

Conclusions :

Cette étude de cohorte prospective unicentrique est une sous-étude planifiée d'une autre étude, de bonne qualité méthodologique et de puissance adéquate avec une prévalence élevée de la maladie (14,5 %). Malheureusement, certains résultats, bien qu'intéressants, se basent sur des analyses de sous-groupes non-planifiées. Cette étude permet de conclure qu'un taux indétectable de Tnl à l'arrivée est associé à un excellent LR-, tout en manquant certains IM à présentation hâtive. D'autres études excluant les patients se présentant précocement à l'urgence seraient nécessaires pour valider ces résultats.

Application clinique et mes patients

Comment appliquer ces connaissances?

À l'urgence, on favorise de plus en plus le débit et l'orientation rapide des patients. En même temps, le concept de médecine défensive est de plus en plus présent. Une telle étude pourrait nous aider à éliminer l'IM plus tôt, tout en restant sécuritaire. Bien qu'il soit un peu tôt pour utiliser ce protocole, ces résultats pourraient nous amener à approcher différemment la prise de décision partagée avec le patient.

Que dois-je dire à mon patient?

Nous souhaitons exclure l'IM. Avec une prise de sang négative et en évaluant vos facteurs de risque, la probabilité que vous souffriez d'un IM est quasi nulle. La pratique actuelle serait de vous garder en observation pour quelques heures et de répéter la prise de sang, ce qui réduirait encore plus votre risque de faire un IM (sans le rendre nul). À la lumière de ces explications, il serait possible de vous laisser repartir après un seul dosage. Cependant, il vous faudrait reconsulter si les douleurs récidivaient ou si de nouveaux symptômes apparaissaient. De plus, selon vos facteurs de risque, vous devrez passer certains examens pour stratifier votre risque cardiovasculaire.