

Guideline

Diagnostics et thérapies inutiles

Créé par: Corinne Chmiel, Felix Huber, Uwe Beise

Dernière révision: 02/2023 / Dernier changement: 02/2023

PDF erstellt am: 20.05.2024

Link: <https://www.medix.ch/fr/connaissances/guide-des-bonnes-pratiques/diagnostics-et-therapies-inutiles/>

Index

1. Diagnostics et thérapies inutiles - par pathologie (ordre alphabétique)

- 1.1. Amygdalite
- 1.2. Arthrose
- 1.3. Cancer de la peau
- 1.4. Cancer de la prostate
- 1.5. Carence en fer
- 1.6. Démence
- 1.7. Endométriose
- 1.8. Fatigue
- 1.9. Goutte
- 1.10. Herpès génital
- 1.11. Infection à chlamydia
- 1.12. Maladie coronarienne (ACS/CCS)
- 1.13. Maladie de Lyme
- 1.14. Maladies de la thyroïde
- 1.15. Ostéoporose
- 1.16. Otite moyenne
- 1.17. Perte auditive
- 1.18. Rhinosinusite
- 1.19. Sténose carotidienne
- 1.20. Syndrome des jambes sans repos
- 1.21. Syndrome du canal carpien
- 1.22. TDAH
- 1.23. Troubles du sommeil
- 1.24. Vitamine B12
- 1.25. Vitamine D

2. Examens de contrôle de routine inutiles chez les spécialistes

3. Questions particulières

3.1. IPP: Quand les IPP sont-ils (non) nécessaires

3.2. Examens d'imagerie

4. Smarter Medicine

5. Mentions légales

A propos de ce guide

De plus en plus d'examens et de traitements sont effectués qui font plus de mal que de bien aux patients. La présente guideline en dresse une liste succincte. La liste sera complétée au fur et à mesure des besoins.

1. Diagnostics et thérapie inutiles – par pathologie (ordre alphabétique)

1.1. Amygdalite

Diagnostic

- La détermination du **titre d'antistreptolysine** et d'autres titres d'anticorps contre les streptocoques ne doit pas être effectuée en cas d'amygdalite aiguë ou récidivante
- Pas de détermination de routine des **paramètres inflammatoires** en laboratoire chez les patients souffrant de maux de gorge aigus (< 14 jours) sans **red flags**.

Thérapie

- Aucun traitement antibiotique chez les enfants et les adolescents (≤ 15 ans) souffrant de maux de gorge aigus sans **red flags** si le test rapide pour les streptocoques du groupe A est négatif
- Les **porteurs asymptomatiques de streptocoques** n'ont pas besoin de traitement et ne présentent pas de risque de transmission important.

Examens de contrôle

- Pas d'examens de contrôle en routine après un traitement réussi des maux de gorge

IGL Amygdalite aiguë

1.2. Arthrose

Thérapie

- Le sulfate de chondroïtine et la glucosamine ne doivent pas être utilisés de manière systématique en raison de l'absence d'évidence ou d'une évidence peu claire.

1.3. Cancer de la peau

Diagnostic

- Pas de dépistage du cancer de la peau sans raison; dépistage uniquement en cas de patient à risque ou de résultat cutané anormal (ou en cas d'inquiétude du patient?).

GL Cancers de la peau, GL Check-up

1.4. Cancer de la prostate

Screening PSA

- Les patients ne doivent pas être informés activement de la possibilité d'un screening du PSA („dépistage masculin“), à moins que le cancer de la prostate ne soit fréquent dans la famille. Lors d'un check-up, le dépistage du PSA devrait toutefois être évoqué et mentionné dans le dossier médical
- Les hommes qui souhaitent un dépistage précoce du cancer de la prostate doivent être informés en détail des avantages et des conséquences de celui-ci.

GL Check-up, GL Cancer de la prostate + Screening PSA

1.5. Carence en fer

Thérapie

- En cas de carence en fer sans anémie et de valeurs initiales de ferritine > 15ng/ml et en l'absence de maladies chroniques associées (insuffisance rénale, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, insuffisance cardiaque), une substitution en fer n'est pas indiquée, ni par voie orale ni par voie parentérale.

GL Carence en fer

1.6. Démence

Diagnostic

- Pas de dépistage généralisé de la démence, mais plutôt une recherche de cas (case-finding).

Thérapie

- Pas de prescription systématique d'inhibiteurs de la cholinestérase et de mémantine (décider individuellement)
- L'utilité d'une combinaison d'inhibiteurs de la cholinestérase ou de la mémantine n'est pas établie
- Mais les inhibiteurs de la cholinestérase ou de la mémantine peuvent être utiles en cas de troubles du comportement (anxiété, apathie, agitation, symptomatologie paranoïque).

GL Démence

1.7. Endométriose

Diagnostic

- Le nouveau test salivaire pour diagnostiquer une endométriose (Endotest[®] **n'est pas** encore reconnu par les experts du Groupe de Travail Endoscopie Gynécologique (AGE) de la DGGG comme une méthode efficace hors d'études.

GL Analyses de laboratoire

1.8. Fatigue

Diagnostic

- Pas de définition des vitamines D ou B12
- Pas de sérologie de la maladie de Lyme.

GL Fatigue

1.9. Goutte

Diagnostic

- **Acide urique sérique:** Le dosage n'est pas nécessaire en cas de crise de goutte (peut être normal ou même réduit en cas de crise)
- **Ponction articulaire:** En cas de goutte, elle n'est indiquée que si le diagnostic ne peut être clairement établi cliniquement (par exemple par DD d'arthrite septique). Mais: Lors de **chaque premier**

gonflement inflammatoire du genou sans traumatisme et en cas de diagnostic incertain, en particulier en cas de suspicion d'arthrite septique, une ponction diagnostique doit être effectuée pour rechercher des bactéries, des cristaux ou éventuellement aussi des borrélie

- La **radiographie** conventionnelle de l'articulation concernée n'est d'habitude pas nécessaire pour diagnostiquer une crise de goutte.

GL Goutte et CPPD (Chondrocalcinose)

1.10. Herpès génitale

Diagnostic

- PCR/Culture à partir d'un frottis de routine pas nécessaire (en général diagnostic clinique).

Thérapie

- Un traitement antiviral topique est inefficace. Si traitement antiviral, alors oral!

GL Infections sexuellement transmissibles

1.11. Infection à chlamydia

Diagnostic

- Pas de tests rapides antigènes (au lieu de la PCR).

Consultation de contrôle

- Test-of- cure pas de routine, seulement en des situations spécifiques (par ex. résistance des symptômes, DPI, grossesse).

1.12. Maladie coronarienne (SCA/CCS)

Diagnostic

Urgence ACS en pratique

- Administration d'O₂: Non systématiquement, seulement en cas de saturation en oxygène < 90 % ou en cas de signes d'hypoxie

- **Bêtabloquants:** Ne sont plus recommandés dans la phase aiguë préhospitalière (en raison du risque de choc cardiogénique). Exception: Hypertension/tachycardie persistantes malgré l'administration de nitrates et une analgésie adéquate.

Angiographie coronaire

Pas d'angiographie coronaire en cas de

- Risque faible pour une coronaropathie sténosante
- Risque moyen pour une coronaropathie sténosante et en l'absence de détection d'ischémie après un diagnostic non-invasif.
- Comorbidité élevée, lorsque le risque de la coronarographie est plus grand que le bénéfice de la confirmation du diagnostic et des mesures thérapeutiques qui en découlent
- Après intervention (pontage coronarien ou ICP) sans nouvel angor ni ischémie détectée par le diagnostic non-invasif ou sans modification des résultats de l'imagerie non-invasive par rapport au statut avant l'intervention.

GL SCA, GL CCS

Examens de contrôle/Check-up

- Pas de ECG sans symptômes cardiaques
- Les examens de contrôle annuels chez les **patients coronariens asymptomatiques** sont sans évidence
- Le **dépistage cardiovasculaire** général intensifié (en plus des Check-ups habituels) n'apporte aucun bénéfice
- **Les tests de fonction cardiovasculaire** (par ex. échocardiographie de stress, ECG d'effort) n'apportent aucun bénéfice par rapport à un suivi standard chez les patients **ayant subi une ICP**.

1.13. Maladie de Lyme

Diagnostic

- **L'érythème migrant** est un diagnostic clinique, la sérologie **n'est pas** nécessaire en cas de résultat typique. Exception: En cas d'atteinte cutanée atypique et de forte suspicion de la maladie de Lyme (comme „sérologie 0")
- En cas de troubles non spécifiques, **une sérologie Borrelia** n'est pas recommandée de manière systématique.

1.14. Maladies de la thyroïde

Diagnostic

Détermination des hormones

- **Hormones de la thyroïde**
 - **fT3** pas en routine; indiqué seulement en cas de TSH supprimée et de TSH normale pour détecter une hyperthyroïdie T3 isolée
 - **fT4** ne convient pas pour le suivi d'une hormonothérapie
- **Laboratoire en cas d'hypothyroïdie:** TSH, si élevée -> fT4. D'autres examens ne sont généralement pas nécessaires
- **Laboratoire en cas d'hypothyreose:** TSH, si élevée -> fT4. D'autres examens ne sont généralement pas nécessaires.

Sonographie

- **Sonographie en cas d'hypothyroïdie:** Pas obligatoire, sauf en cas de goitre cliniquement palpable avec la question d'un processus infiltratif ou dans des situations peu claires (par ex. diagnostic différentiel d'une hypothyroïdie subclinique avec anticorps TPO négatifs)
- **Sonographie en cas d'hyperthyroïdie:** Ne permet pas une évaluation étiologique, mais peut donner des indications sur la cause, en particulier en combinaison avec un doppler couleur.

Anticorps

- **TRAK en cas de la maladie de Basedow:** Non recommandé pour le contrôle de l'évolution d'un traitement thyrostatique (pronostic pas possible).

GL Maladies de la thyroïde

1.15. Ostéoporose

Diagnostic

- Pas de **dépistage** généralisé, mais un „case-finding“ chez les **femmes de 65 ans et plus**

- Chez les hommes, pas de densitométrie de routine (par ex. à partir de 70 ans), mais une évaluation FRAX +/- densitométrie chez les hommes avec facteurs de risque (par ex. perte de taille > 3–4 cm, traitement à long-terme par stéroïdes, etc.)
- Les **marqueurs biochimiques du remodelage osseux** ne doivent pas être déterminés en cas d'ostéoporose.

Thérapie

- Ne pas prescrire automatiquement un traitement à base de vitamine D/calcium à toutes les femmes post-menopausées.

GL Osteoporose

1.16. Otite moyenne

Thérapie

- Des **antibiotiques** uniquement en cas de persistance des douleurs pendant plus de 3 jours sous traitement symptomatique
- Les **antibiotiques ne** sont généralement **pas** indiqués en cas d'épanchement tympanique séreux persistant.

GL Otite moyenne

1.17. Perte auditive

Diagnostic

- Pas d'imagerie ni de diagnostic laboratoire pour le diagnostic de routine.

Thérapie

- Oxygénothérapie hyperbare (OHB): Pas de preuves suffisantes pour une utilisation (de routine)
- Non recommandé: Thérapie rhéologique, aciclovir, plasmaphérèse, antioxydants, ginkgo, histamine, repos au lit.

GL Perte auditive

1.18. Rhinosinusite

Diagnostic

- La **radiographie**, l'**IRM** ou le **scanner** n'ont aucune valeur diagnostique ou pronostique et ne sont donc pas recommandés, sauf en cas de complications graves très rares
- **Frottis nasal**: N'aide pas à distinguer l'origine virale de l'origine bactérienne
- **CRP**: En général diagnostic clinique, dosage de la CRP pas nécessaire en routine.

Thérapie

- Les antihistaminiques, les sécrétolytiques et l'ambroxol n'ont pas fait preuve d'efficacité
- Pas d'antibiotiques!
- Le rayonnement infrarouge et la thérapie par ondes courtes n'ont pas encore été suffisamment étudiés.

GL Rhinosinusite

1.19. Sténose carotidienne

Screening

- Un dépistage de la sténose carotidienne (asymptomatique) par échographie duplex de la carotide ne peut actuellement pas être recommandé en raison du manque de preuves issues d'études. Une clarification est attendue des études actuellement en cours.

GL Check-up

1.20. Syndrome des jambes sans repos

Diagnostic

- Une **polysomnographie** de routine n'est pas nécessaire.

Thérapie

- Pas de traitement ferrique sans anémie ferriprive.

GL Troubles du sommeil

1.21. Syndrome du canal carpien

Thérapie

- En cas d'absence de réponse à l'immobilisation par attelle la nuit n'essayer qu'une seule fois **l'injection de stéroïdes** (en cas d'absence de succès thérapeutique ou de douleurs -> opérer)
- Sans preuve évidente d'efficacité: La thérapie par ultrasons pulsés profonds, la magnétothérapie, les exercices de glissement nerveux, la mobilisation du poignet, les AINS, la vitamine B6, la magnétothérapie, la thérapie au laser.

GL Syndrome du canal carpien

1.22. TDAH

Diagnostic

- Pas de laboratoire extensif (ni de dosage de la TSH) ni d'ECG* avant le traitement médicamenteux du TDAH chez le spécialiste. Avant le début du traitement, il est nécessaire d'établir un statut cardiovasculaire, le poids et la taille doivent également être documentés.

* Un ECG est toutefois nécessaire en cas d'antécédents d'une éventuelle maladie cardiologique.

1.23. Troubles du sommeil

Diagnostic

- **Laboratoire**: Pas en routine, seulement en cas de suspicion spécifique d'une maladie organique.

Thérapie

- **Antihistaminiques**: Non recommandés, augmentent la fatigue diurne. Exception: En cas de troubles du sommeil et de démangeaisons hydroxyzindihydrochloride (Atarax®) 37,5–75 mg/j.

GL Troubles du sommeil

1.24. Vitamine B12

Diagnostic

- Pas de dépistage général de la vitamine B12 – uniquement en cas de suspicion clinique (macrocytose, démence, paresthésies, polyneuropathie, glossite, signes de malnutrition, fréquent en cas d'alcoolisme, maladies gastro-intestinales chroniques, chez les végétaliens strictes, chez les personnes âgées).

Thérapie

- L'utilité d'une **supplémentation** en vitamines B (et en acide folique) pour le traitement ou la prévention de la démence, des maladies cardiovasculaires ou des tumeurs n'est pas prouvé.

GL Carence en vitamine B12

1.25. Vitamine D

Diagnostic

- **Pas de dépistage** de la vitamine D chez les personnes en bonne santé et sans indication de facteurs de risque de carence en vitamine D.

Thérapie

- Supplémentation prophylactique de la vitamine D uniquement chez les **groupes à risque**
- La supplémentation en vitamine D chez les personnes ne présentant pas de carence en vitamine D n'est pas indiquée pour la prévention ou le traitement des maladies non-squelettiques.

Contrôles de suivi

- Les patients ayant reçu une supplémentation prophylactique de vitamine D n'ont pas besoin de suivi.

GL Carence en vitamine D

2. Contrôles de routine inutiles chez le spécialiste

- **Fonction pulmonaire** en cas d'**asthme** et de **BPCO** bien contrôlés (→ GL BPCO)

- Contrôles **gynécologiques** de routine à des intervalles < 3 ans, s'il n'a pas de motif d'actualité (-> GL Check-up)
- Contrôle angiologique en cas d'**AOP** et de **sténose carotidienne** sans aggravation des symptômes (-> GL AOP)
- Les **contrôles ophtalmologiques de routine** ne sont pas nécessaires sans raison particulière
- **Sonographie annuelle et détermination de l'urine résiduelle** (chez l'urologue) en cas d'**hyperplasie de la prostate** sans signe d'aggravation clinique
- Contrôle annuel complet de la cardiologie en cas de **maladie coronarienne stable** (-> GL CCS)
- **Prévention de l'ostéoporose**: Examens de contrôle chez les femmes ≥ 70 ans avec DEXA normale, sauf en cas de constellations nouvellement apparues, par ex. traitement stéroïdien oral (-> GL Ostéoporose, GL Check-up)
- **Traitement de l'ostéoporose**: Densitométrie de contrôle lors d'un traitement spécifique en cours (-> GL Ostéoporose)
- En cas de **goitre/kyste thyroïdien**: Contrôles annuels par échographie thyroïdienne sans nouveaux troubles apparus (-> GL Maladies de la thyroïde).

Suivi coloscopique après ablation de polypes

- En cas de dysplasies de bas-grade: Prochaine coloscopie dans 10 ans!
- Après 3 ans ≥ 5 polypes ou adénome ≥ 1 cm ou adénome avec dysplasie de haut-grade
- L'intervalle de 5 ans n'existe plus.

Remarque: L'intervalle de 10 ans n'est recommandé que si l'évacuation intestinale a été parfaite, si les conditions d'inspection étaient bonnes et s'il n'y a pas d'antécédents familiaux/héréditaires.

Voir GL Check-up (chapitre 5) pour les intervalles de contrôles recommandés

3. Questions particulières

3.1. IPP: Quand les IPP sont-ils nécessaires (ou non)?

- En cas de **symptômes de reflux typiques** (RGO) sans red flags -> traitement probatoire par IPP pendant 4 semaines. Ensuite, uniquement une médication IPP adaptée aux besoins -> dose aussi

réduite que possible, si possible seulement sur demande, éventuellement passage à des antagonistes des récepteurs H2 ou à des antiacides

- En cas d'**œsophagite de reflux prouvée par endoscopie mais légère** (grade A ou B) -> IPP à titre probatoire comme en cas de symptômes de reflux. Pour les degrés C et D, après traitement aigu réussi -> réduction de la dose, après 1 an de traitement stable, tentation d'arrêt avec dosage diminué
- En cas de **dyspepsie fonctionnelle**: IPP éventuellement si les douleurs et les symptômes de reflux sont dominants. Ne jamais utiliser les IPP comme médicaments permanents en cas de dyspepsie fonctionnelle.
- **Infection à Helicobacter pylori**: Après une éradication réussie, il n'y a plus d'indication pour les IPP.

Deprescribing IPP, Deprescribing app (free)

Des informations détaillées sur l'indication des IPP voir GL Dyspepsie fonctionnelle

3.2. Examens par imagerie

Ordonnance radiologique

- Pour les **prescriptions radiologiques**, ne pas laisser déterminer à priori la région/la série par le radiologue
- Séries RM supplémentaires uniquement dans des cas clairement désignés, régions RM supplémentaires seulement après consultation du médecin généraliste.

Imagerie inutile

- **IRM du crâne en cas de céphalées** -> les examens d'imagerie (IRM ou scanner crânien) ne peuvent que rarement révéler des anomalies significatives en cas de résultats neurologiques normaux. (-> GL Mal de tête)
- **IRM du genou** -> Les douleurs du genou, avec ou sans traumatisme, sont fréquentes et doivent être traitées en premier lieu de manière expectative. Important: Toujours évaluer cliniquement les trois plaintes les plus fréquentes: **Troubles rétro-patellaires, syndrome du pes anserinus, syndrome du tractus ilio-tibial**.

Ces symptômes ne nécessitent pas d'IRM et sont traités par des exercices et des AINS.

IRM uniquement en cas de **red flags**

- Douleurs et gonflement **post-traumatiques** importants ou blocage très douloureux

- Fortes douleurs persistantes du genou (cliniquement, ces douleurs doivent être suspectées intra-articulaires) et radiographie conventionnelle non concluante.

GL Examens par imagerie

4. Smarter Medicine

Smarter medicine est une association dont l'objectif est de promouvoir la discussion et la recherche sur les traitements inutiles. Ses recommandations (listes des top 5) – par spécialité – se trouvent ici

- Médecine interne générale ambulatoire 2014
- Médecine interne générale ambulatoire 2021
- Chirurgie
- Dermatologie et vénérologie
- Gastroentérologie
- Gériatrie
- Soins gériatologiques
- Gynécologie et obstétrique
- Sages femmes
- Infectiologie
- Infographie sur les maux de dos aigus
- Infographie infections respiratoires
- Infographie PSA
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophthalmologie
- ORL, chirurgie du cou et de la face
- Pédiatrie
- Physiothérapie
- Radiologie
- Radio-Oncologie
- Rhumatologie

5. Mentions légales

Cette guideline a été rédigée en février 2023.

© Association mediX schweiz

Editrice

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Rédaction

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

Auteurs

Dr. med. Felix Huber

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Uwe Beise

Veuillez envoyer vos réactions à: uwe.beise@medix.ch

Cette guidance a été élaborée sans aucune influence externe, avec la collaboration de tous les réseaux de médecins régionaux mediX et des réseaux de médecins associés en Suisse. Il n'existe aucune dépendance financière ou de contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêts.

Les guidelines mediX contiennent des recommandations d'actions thérapeutiques pour certains types de plaintes ou de situations de traitement. Chaque patient doit cependant être traité en fonction de sa situation individuelle.

Les guidelines mediX sont élaborées et contrôlées avec le plus grand soin, mais l'association mediX schweiz ne peut pas garantir l'exactitude – en particulier des indications de dosage.

Toutes les guidelines mediX sur Internet sous www.medix.ch

L'association mediX schweiz est un regroupement d'un réseaux de médecins et de médecins en Suisse.

Association mediX schweiz, Sumatrastr.10, 8006 Zurich