

PERLES CLINIQUES DES TESTS SYNDROMIQUES : BOUCLER LA BOUCLE DE LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES

<https://www.medscape.org/clinicalupdate/syndromic-testing-french>

Chapitre 1

Dr James A. McKinnell, MD : Bonjour, je suis le Dr James McKinnell. Je suis professeur agrégé de médecine à la David Geffen School of Medicine de l'UCLA et président d'Expert Stewardship à Newport Beach, en Californie. Bienvenue dans ce programme Medscape intitulé "Perles cliniques des tests syndromiques : boucler la boucle de la prise en charge des infections respiratoires aiguës". Dans le premier chapitre de ce programme, je vais donner un aperçu des infections des voies respiratoires supérieures et des possibilités de diagnostic rapide.

Les infections des voies respiratoires supérieures sont peut-être les infections les plus courantes observées en médecine générale. La plupart de ces infections sont spontanément résolutive. Elles disparaissent sans traitement en quelques jours ou quelques semaines. L'enseignement classique concernant les infections des voies respiratoires supérieures tourne autour de la gestion des antibiotiques, en évitant de prescrire des antibiotiques pour les infections virales des voies respiratoires supérieures. Malheureusement, cette pratique est encore très courante. L'azithromycine, l'amoxicilline avec acide clavulanique et la lévofloxacine sont fréquemment prescrits pour les infections des voies respiratoires supérieures. Ce problème se pose pour plusieurs raisons. Premièrement, les taux de résistance augmentent. Nous observons une résistance significative à l'azithromycine pour *Streptococcus pneumoniae*. Nous constatons une forte résistance à la lévofloxacine en particulier, avec toute une série d'agents pathogènes différents, notamment *Escherichia (E) coli*. La lévofloxacine est aussi probablement l'exemple type pour lequel il y a des effets indésirables associés aux antimicrobiens. C'est un médicament délicat à utiliser, en particulier chez les personnes âgées, et de nombreux prescripteurs utilisent des antibiotiques pour les infections des voies respiratoires supérieures en grande partie parce que les patients le demandent.

Il y a donc important de gérer les attentes du patient et éviter l'utilisation inutile d'antibiotiques. Les agents pathogènes qui nous préoccupent dans les infections des voies respiratoires supérieures, du côté des virus, sont les rhinovirus et les entérovirus, mais le virus respiratoire syncytial est devenu particulièrement important ces dernières années. La grippe a été un problème majeur pendant des années, jusqu'à ce que la COVID la fasse disparaître. Et l'un des agents pathogènes qui pose un gros problème dans notre propre établissement, dans notre propre communauté en fait, est le métapneumovirus humain. Du côté bactérien, le *Streptococcus pneumoniae* est évidemment un agent important, de même qu'*Haemophilus influenzae*. Je ne passe pas en revue ces éléments uniquement parce que je suis un médecin spécialiste des maladies infectieuses et que j'aime parler des bactéries, mais nous devons

réfléchir aux agents pathogènes auxquels nous avons affaire afin de comprendre comment nous devons les traiter correctement.

Depuis la pandémie, l'un des grands changements est que nos enseignements traditionnels sur les virus et la manière de les caractériser efficacement ont été jetés par la fenêtre. Auparavant, on pouvait dire : "Oh, et bien, nous arrivons en septembre, octobre, et nous allons commencer à voir cette épidémie de grippe. Nous pouvons la prédire." Mais je pense qu'en grande partie à cause des masques et du fait que les enfants n'ont pas été exposés à ces virus pendant une longue période en raison de la distanciation sociale et des masques, l'épidémiologie a changé de façon spectaculaire. Il est beaucoup plus difficile aujourd'hui de dire, par exemple, "Oh, nous sommes dans la saison de la grippe".

Ces données sont présentées de manière presque stupéfiante par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Si vous regardez les consultations aux urgences pour COVID-19, la grippe et le VRS, ces données proviennent du Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Vous pouvez voir qu'en 2022, au milieu de l'année, toutes ces infections respiratoires étaient essentiellement des COVID-19. Mais à la fin de l'année 2022, on commençait à observer une transition où la grippe a fait soudainement son retour. Là encore, cela est dû en grande partie à un changement dans la distanciation sociale et l'utilisation des masques. Il y a aussi ce sursaut du VRS, qui ne semble pas très important sur ce graphique, mais qui a constitué un véritable défi au niveau local. Il s'agit donc d'un changement majeur dans notre façon de penser. En effet, si vous vous présentez aux urgences en juillet 2022 en vous plaignant d'une infection des voies respiratoires supérieures, d'un mal de gorge, etc, la probabilité qu'il s'agisse d'un COVID était assez bonne. Aujourd'hui, en juin 2023, où l'on ne voit pas grand-chose, il est difficile de faire la part des choses. L'épidémiologie a donc changé de manière significative. Mais c'est vraiment en 2020 que le paysage a basculé. En avril, vous avez assisté à l'effondrement absolu de ce mélange très hétérogène de virus circulants dans notre population. Et depuis 2022, l'épidémiologie est complètement différente, et nous voyons beaucoup de virus différents et beaucoup de rhinovirus, ce qui change ce que nous voyons cliniquement à l'hôpital.

Et honnêtement, pour moi, du point de vue de l'apprentissage, c'est très agréable de commencer à voir des modèles de ce que, par exemple, le métapneumovirus humain présente ou d'entrer dans une infection virale. Ce sont des choses que nous ne pouvions pas identifier sans l'utilisation de ces plateformes de diagnostic rapide multiplex. Je vous remercie donc de votre participation à cette activité. Il y a des questions qui suivent, alors je vous invite à y répondre et à passer aux autres chapitres de la section. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Chapitre 2

Dr Tina Q. Tan, MD, FAAP, FIDSA, FPIDS : Bonjour, je suis le Dr Tina Tan, professeur de pédiatrie à la Feinberg School of Medicine de la Northwestern University et médecin spécialiste des maladies infectieuses pédiatriques à l'Ann and Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago. Dans ce chapitre, je vais passer en revue quelques-uns des panels multiplex de polymérase chaîne réaction (PCR) disponibles pour les voies respiratoires supérieures et discuter de la manière dont la gestion du diagnostic peut être appliquée à leur utilisation. Pourquoi vouloir tester les infections respiratoires ?

L'une des principales raisons pour lesquelles ce type de test peut être très important est qu'il y a beaucoup de chevauchements de symptômes entre de nombreux virus qui circulent en même temps, en particulier le VRS, la grippe et le COVID-19. Ceci vous montre les symptômes les plus courants observés avec chacun de ces différents virus. Ce que vous remarquerez, c'est qu'il y a beaucoup de chevauchements entre les symptômes de chacun de ces virus, de sorte qu'il est très difficile, sur le plan clinique, de déterminer lequel de ces virus est à l'origine de l'infection.

En ce qui concerne le diagnostic en laboratoire des infections respiratoires, il existe un certain nombre de méthodes différentes. Les méthodes traditionnelles comprennent la culture, soit d'une bactérie, soit d'un virus, la recherche d'antigènes, par exemple pour la grippe ou le SARS-CoV-2, et la PCR simplex, qui permet également de rechercher la grippe, le SRAS-CoV-2, ainsi que le VRS.

Il existe des PCR multiplex limitées qui comprennent des tests duplex ou triplex ciblant un champ, quelques agents pathogènes à haut rendement. Ces pathogènes comprennent la grippe, le SARS-CoV-2 et le VRS, et il existe plusieurs fabricants de ces tests. Il est également possible d'effectuer des tests PCR syndromiques multiplex couvrant un large éventail d'agents pathogènes viraux et bactériens. Bon nombre de ces panels incluent le SARS-CoV-2 et la grippe.

Ce tableau présente les panels syndromiques des voies respiratoires supérieures disponibles dans le commerce. Vous pouvez constater que tous ces panels testent un certain nombre de bactéries et de virus connus pour être à l'origine d'infections des voies respiratoires supérieures. Vous remarquerez qu'un ou deux de ces tests ne recherchent que quelques agents pathogènes bactériens, mais qu'ils recherchent tous un certain nombre d'agents pathogènes viraux.

C'est la raison pour laquelle il est important d'utiliser ces types de tests respiratoires dans le cadre des soins aux patients hospitalisés. Dans le cadre des soins aux patients, ces panels peuvent identifier un agent pathogène spécifique à l'origine de la maladie du patient. Si ces agents pathogènes peuvent être traités, il est possible de mettre en place un traitement efficace. Cela permet également de mettre fin à l'utilisation inutile d'antibiotiques une fois que l'on dispose d'un test de confirmation qui montre ce que le patient a. Du point de vue de la lutte contre les infections, ces types de tests peuvent guider l'isolement des patients et l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI), ainsi que les politiques d'isolement en quarantaine et le retour au travail. Enfin, du point de vue de la santé publique, ces types de tests permettent de suivre l'épidémiologie des agents pathogènes et les épidémies, ainsi que de guider la préparation et la réponse aux épidémies de différentes maladies respiratoires.

Lorsque nous pensons aux tests de diagnostic, nous savons que la gestion du diagnostic consiste à utiliser le bon test pour le bon patient au bon moment afin d'influencer les soins prodigués au patient. Mais le fait est que les tests ne sont pas utiles si le clinicien ne comprend pas les résultats ou n'agit pas en conséquence. Les études ont montré que l'utilisation sans discernement de panels respiratoires multiplex n'améliore pas les soins aux patients et que ces panels multiplex sont mieux utilisés lors de la présentation initiale d'un patient, chez les patients atteints d'une maladie grave et chez les patients immunodéprimés. Je tiens donc à vous remercier pour votre participation à cette activité et je vous invite à continuer à répondre aux questions qui suivent et à compléter l'évaluation.

Chapitre 3

Dr Tina Q. Tan, MD, FAAP, FIDSA, FPIDS : Bonjour, je suis le docteur Tina Tan, professeur de pédiatrie à la Feinberg School of Medicine de la Northwestern University et médecin spécialiste en maladies infectieuses pédiatriques à l'Ann and Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago.

Dans ce chapitre, j'aborderai l'évolution des tests de diagnostic rapide des infections des voies respiratoires supérieures depuis la pandémie de COVID-19 et j'examinerai certaines preuves concrètes de l'utilité des tests multiplex dans différentes situations cliniques. Nous savons qu'avec les anticorps monoclonaux et les antiviraux désormais disponibles, un modèle "test-to-treat" est pertinent pour le SARS-CoV-2, la grippe et le VRS. Et à mesure que de nouveaux outils et protocoles de prévention des infections sont mis au point, les tests deviennent importants pour les décisions de gestion clinique.

Cette étude est une méta-analyse de 25 études différentes portant sur des panels respiratoires multiplex réalisés chez des adultes et des enfants. Ces études posaient trois questions différentes. La première concernait l'impact sur l'utilisation des antibiotiques, et 9 des 25 études ont abordé cette question. Dans ces études, 7 des 9 études ont montré une réduction de l'antibiothérapie, et elles ont trouvé que les panels respiratoires multiplex étaient plus efficaces s'ils avaient un délai d'exécution court, s'il y avait une faible suspicion de pneumonie bactérienne chez le patient, et s'il y avait un programme d'intendance des antibiotiques en place.

En ce qui concerne l'impact sur l'utilisation des antiviraux, 11 des 25 études ont abordé cette question et toutes ont montré une amélioration de l'utilisation des antiviraux. Ensuite, lorsqu'on a posé la question de l'impact sur les mesures de contrôle des infections, 11 autres études sur 25 ont abordé cette question. Toutes les études ont montré une utilisation plus précise des mesures de contrôle en détectant des agents pathogènes non identifiés ou en interrompant l'isolement des personnes dont on pensait qu'elles étaient porteuses d'un agent pathogène au moment de leur admission, mais dont le panel a montré qu'elles ne l'étaient pas. Ces panels respiratoires multiplex étaient utiles pour le dépistage des patients immunodéprimés, en particulier ceux qui étaient asymptomatiques, car dans ces situations, ces patients immunodéprimés peuvent excréter des virus pendant une très longue période, sans aucun symptôme.

Une autre étude s'est intéressée à l'impact des tests de diagnostic rapide chez les enfants hospitalisés souffrant de maladies respiratoires. Ce que vous pouvez voir ici, c'est qu'en ce qui concerne l'utilisation empirique d'antibiotiques, l'utilisation d'antiviraux, le délai d'exécution, les radiographies pulmonaires dans les 48 heures suivant l'admission et la durée médiane du séjour, ils ont essentiellement constaté que les deux panels différaient. En fait, encore une fois, il faut vraiment réfléchir aux patients qui seront les plus impactés par le traitement, si vous utilisez l'un de ces tests rapides chez un patient hospitalisé.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les tests multiplex à large spectre pour identifier le SARS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires. Ce qui est vraiment unique dans cette étude, c'est le nombre d'échantillons respiratoires qui ont été testés. Près de 300 000 échantillons respiratoires provenant de patients symptomatiques ont été testés dans le cadre de cette étude.

Plus de 52 000 de ces échantillons ont été testés à l'aide d'un panel multiplex pour 18 pathogènes respiratoires, dont le SARS-CoV-2, et le SARS-CoV-2 n'a été identifié que dans 2,2 % de l'ensemble des échantillons. Ces tests étendus n'ont permis d'identifier d'autres agents pathogènes que dans 3,4 % des échantillons positifs pour le SARS-CoV-2, avec moins de 0,01 % des échantillons positifs à la fois pour le SARS-CoV-2 et pour l'un des quatre autres coronavirus endémiques.

La conclusion de cette étude est donc que la réalisation de panels respiratoires multiplex à grande échelle chez tous les patients exigeait beaucoup de ressources et n'était pas flexible dans un contexte de demande sans précédent de tests respiratoires. Une transition des tests multiplex à grande échelle vers des algorithmes de diagnostic plus rationalisés utilisant des tests plus limités pour les agents pathogènes respiratoires d'intérêt pour la santé publique pourrait simultanément réduire la charge globale des laboratoires cliniques, tout en donnant la priorité aux tests des agents pathogènes d'importance pour la santé publique. Et bien souvent, lors de ces épidémies, nous connaissons les agents pathogènes les plus courants qui circulent. Dans de nombreux cas, il n'est donc pas nécessaire d'effectuer des tests multiplex de grande envergure pour déterminer ce que le patient pourrait avoir. C'est d'autant plus important que les contraintes pesant sur les ressources d'analyse sont exacerbées lors de tout type d'épidémie virale respiratoire.

Des études ont montré que l'utilisation appropriée des panels respiratoires multiplex dans le cadre des soins aux patients a un impact positif sur la réduction de l'utilisation des antibiotiques, l'amélioration de l'utilisation des agents antiviraux, l'amélioration de la précision des mesures de contrôle des infections, et peut contribuer aux réponses de santé publique pendant les épidémies. Il a également été démontré que l'utilisation de panels respiratoires multiplex sur le lieu de soins permettait d'optimiser les décisions de traitement des patients.

Je tiens à vous remercier pour votre participation à cette activité et je vous invite à continuer à répondre aux questions qui suivent et à compléter l'évaluation.

Chapitre 4

Dr Gonzalo Bearman, MD, MPH, FACP, FSHEA, FIDSA : Bonjour, je suis le Dr Gonzalo Bearman. Je suis professeur de médecine Richard P. Wenzel et président de la division des maladies infectieuses à la Virginia Commonwealth University. Dans ce chapitre, je vais aborder certains aspects pratiques de la mise en œuvre des tests de diagnostic rapide, ou TDR, pour les infections des voies respiratoires supérieures et réduire certains concepts clés de l'intendance diagnostique. Commençons donc par une vue d'ensemble. Quelles sont les principales parties prenantes dans la gestion des diagnostics ? Commençons par la microbiologie. Il s'agit de l'équipe de gestion des antimicrobiens, du laboratoire de microbiologie lui-même, des spécialistes des maladies infectieuses et, bien sûr, des spécialistes de la prévention des infections. Vient ensuite l'administration de l'hôpital. Les acteurs clés sont la direction de l'établissement, les technologies de l'information et les dossiers électroniques, en particulier le dossier médical électronique. Bien entendu, les coûts jouent un rôle important dans le processus de prise de décision concernant la mise en place de tests de diagnostic rapide.

Enfin, les cliniciens utilisateurs finaux, qui comprennent les cliniciens des services d'urgence, les chirurgiens, les médecins et, bien sûr, les infirmières. Examinons maintenant la voie du

diagnostic. Cette figure sur la diapositive est tirée d'un guide pratique publié cette année par la SHEA (Society for Healthcare Epidemiology America), et la voie diagnostique est la suivante : vous avez le clinicien, qui évalue réellement le patient. Le patient se présente avec un syndrome grippal, il est à nouveau évalué par le clinicien qui demande alors un test, généralement par le biais du dossier médical électronique. L'échantillon est ensuite prélevé soit par le prestataire de première ligne, soit par un assistant ou un membre de l'équipe, et cet échantillon est ensuite envoyé au laboratoire approprié où se déroulent le traitement et l'exécution du test, ce qui nous préoccupe particulièrement en ce qui concerne le « turnaround time » (TAT), ou délai d'exécution - nous en parlerons sous peu. Enfin et surtout, le résultat du test se retrouve dans le dossier médical électronique, qui est examiné et interprété par le clinicien de première ligne en vue d'un diagnostic, du traitement et d'une prise en charge ultérieure.

Le document de position de la SHEA met également en évidence un certain nombre de concepts clés en matière de gestion des diagnostics qu'il est important de connaître. Ces stratégies peuvent contribuer à rationaliser le processus de diagnostic, à promouvoir la gestion des antimicrobiens et à éviter l'utilisation inutile de TDR dans des situations cliniques où ils ne sont pas indiqués ou ont peu de chances d'être utiles. Passons donc en revue certaines de ces stratégies et certains des concepts utilisés dans le cadre de l'intendance diagnostique. Tout d'abord, il y a les incitations et les commentaires, généralement par le biais des dossiers médicaux électroniques ou d'autres signes connexes. Il s'agit d'interventions comportementales qui guident la prise de décision de manière prévisible. Le suivant est le cadrage. Il s'agit d'une intervention visant à orienter la prise de décision de manière positive ou négative, là encore généralement par le biais d'un commentaire dans le dossier médical électronique. Il y a aussi ce que l'on appelle les alertes de pratique, qui rappellent aux médecins de première ligne de prescrire un ensemble de tests comme étant le plus indiqué ou de ne pas prescrire un test qui n'est probablement pas indiqué dans cette situation, typiquement, encore une fois, par le biais du dossier médical électronique. Ce retrait ou cette inclusion consiste à retirer les tests de faible valeur de l'utilisation courante dans le dossier médical électronique ou à inclure un test dans un ensemble d'ordonnances afin qu'il soit utilisé de manière plus positive ou qu'il soit bénéfique.

Viennent ensuite les arrêts, par exemple. L'exemple classique est de ne pas autoriser des tests tels que le test PCR de *Clostridium difficile* pour les patients qui prennent des laxatifs, ces arrêts peuvent être des arrêts doux ou durs. Il y a les tests réflexes, dont je pense que de nombreux médecins sont conscients, mais il s'agit de microbiologie réflexe à la suite d'une analyse d'urine préspecifiée. En bref, il s'agit d'un test effectué uniquement lorsque des critères prédéfinis sont remplis. Il y a la suppression des résultats, qui consiste à ne communiquer qu'une partie ou aucune des informations disponibles sur les résultats. L'exemple classique est le rapport en cascade de la sensibilité aux antimicrobiens des résultats des cultures microbiologiques. Enfin, il y a le contrôle du respect des meilleures pratiques, et les exemples incluent le contrôle des taux d'utilisation et des indicateurs de qualité tels que les taux de contamination des hémocultures. Il ne s'agit là que d'une liste de stratégies et de concepts potentiels. Pour un examen ou un résumé plus approfondi, je vous renvoie à cet article de Fabre et al publié dans *Infection Control and Healthcare Epidemiology* en 2023. Ces articles ont examiné le rapport coût-efficacité des TDR pour les infections des voies respiratoires supérieures dans différents contextes cliniques sur la base d'études d'observation et d'essais contrôlés randomisés. Qu'a-t-on trouvé ? Des études d'observation portant sur des patients souffrant d'un syndrome grippal

suggèrent que ces tests d'amplification de l'acide nucléique, qu'il s'agisse de panels ciblés ou de larges panels multiplex, permettent de réaliser des économies dans certains contextes lorsque le délai d'exécution est inférieur à une heure et demie.

Ce délai est très important pour l'impact. Il s'agit ici des services d'urgence, des services ambulatoires et des services hospitaliers. On a observé une diminution globale de la durée du séjour, de la durée, de l'utilisation des antibiotiques, des examens d'imagerie (moins de radiographies du thorax, par exemple) et de l'utilisation des laboratoires. Il est important de noter que les essais contrôlés randomisés sont moins concluants. Les preuves sont moins convaincantes pour les enfants et les patients hospitalisés, et d'autres études sont nécessaires pour reproduire ces résultats. Mais pour l'instant, il est clair que les tests de diagnostic rapide pour les maladies de type grippales ont le plus d'impact sur les services d'urgence et les centres de soins ambulatoires. Quel est donc l'objectif global de l'utilisation des TDR pour les infections respiratoires virales supérieures ? Il s'agit d'utiliser une approche satisfaisante, satisfaisante et suffisante, ou une approche du monde réel afin de minimiser l'incertitude diagnostique et de maximiser la prise en charge et le traitement appropriés.

Il s'agit d'appliquer le principe de l'intendance diagnostique, c'est-à-dire de donner la priorité au bon test pour le bon patient afin de susciter l'action ou la prise de décision qui s'impose. L'accent est mis sur une approche algorithmique, qui inclut un patient présentant un tableau clinique de syndrome grippal. Il s'agit généralement d'un patient des urgences ou d'un patient en soins ambulatoires. L'utilisation d'un TDR avec un délai d'exécution rapide d'une heure et demie est d'une importance cruciale pour obtenir un bénéfice clinique maximal et, bien sûr, un rapport au professionnel de santé de première ligne pour guider la gestion et la prévention des infections, comme les précautions d'isolement. Nous vous remercions de votre participation à cette activité. Veuillez continuer à répondre aux questions qui suivent et terminer le programme et l'évaluation.

Chapitre 5

Dr James A. McKinnell, MD : Bonjour, je suis le Dr James McKinnell. Je suis professeur agrégé de médecine à la David Geffen School of Medicine de l'UCLA et président d'Expert Stewardship à Newport Beach, en Californie. Dans ce chapitre, je vais examiner quelques cas d'infections des voies respiratoires supérieures pour voir comment, en tant que cliniciens, nous pouvons utiliser au mieux les tests de diagnostic rapide dans différents contextes cliniques. Plus précisément, je vais essayer de voir si nous pouvons déterminer où ces tests sont les plus utiles.

Je commencerai par un premier cas, celui d'un jeune homme de 16 ans sans antécédents médicaux significatifs qui se présente à un service des urgences. C'est un nageur passionné. Son pédiatre l'a vu il y a 12 jours pour une congestion nasale. Il a fait état d'une amélioration initiale après l'administration d'une solution saline intranasale, de vaporisation et d'un "décongestionnant". Il ne se souvient pas du produit exact. Il sait juste que c'est ce qu'on lui a dit de prendre.

Hier, le patient a noté que la douleur se localisait au niveau du sinus frontal droit. Il a également noté un écoulement nasal plus épais. Il n'a pas eu de fièvre, il n'a pas changé l'aspect de son visage ou de ses yeux, et certainement pas sa vision. À l'examen physique, il s'agit d'un homme

en bonne santé qui ne présente pas de détresse aiguë. L'examen oto-rhino-laryngologique (ORL) montre une sensibilité à la percussion du sinus frontal droit, autrement l'examen est sans particularité.

En résumé, le reste de l'examen est tout à fait normal. Votre clinique a donc désormais accès à un panel limité (VRS, COVID, grippe) et à un nouveau panel syndromique large qui contient une liste exhaustive de virus et de bactéries. Vos options sont les suivantes : premièrement, utiliser le panel limité ; deuxièmement, utiliser un panel syndromique large, ou 3, administrer un traitement empirique et "voir comment il va".

Compte tenu de la présentation et des antécédents de ce patient, vous devriez décider de lui administrer un traitement empirique à base d'antibiotiques pour une sinusite bactérienne aiguë. Il s'agit d'une infection virale initiale compliquée d'une surinfection bactérienne. Il convient donc d'administrer des antibiotiques empiriques. Il est peu probable qu'un test de diagnostic rapide, limité ou large, apporte beaucoup d'informations cliniques utiles dans ce cas.

Et c'est là que j'interviens, en disant que nous devons rester des cliniciens. Les tests de diagnostic rapide ne remplacent pas un bon jugement clinique et ne sont pas toujours nécessaires. C'est le concept d'intendance diagnostique, et c'est un exemple de comment un test de diagnostic rapide, en fonction des résultats, peut vous mener sur la mauvaise voie. Cet enfant doit absolument recevoir des antibiotiques et faire l'objet d'une surveillance relativement étroite pour s'assurer qu'il se rétablisse.

Le cas 2 est donc une femme de 68 ans ayant des antécédents d'obésité. Elle signale un asthme qui n'a jamais été traité et qui n'a jamais été évalué. Elle signale également une hospitalisation de 6 jours pour une "pneumonie bactérienne" en 2018, et sa principale plainte est la suivante : "Ma pneumonie est revenue." Encore une fois, je me rends compte que ses antécédents sont un peu plus, je dirais en vie réelle que ce à quoi vous êtes peut-être habitués, mais c'est ce que nous voyons en clinique. Elle signale trois jours de fièvre, de malaise et de toux non productive. Il y a deux jours, elle a eu une diarrhée spontanée qui s'est résorbée, et elle n'a pas d'essoufflement.

Les signes vitaux sont les suivants : température de 37,6°C, une fréquence cardiaque de 92 bpm, fréquence respiratoire de 18, une pression artérielle de 128/72 mm Hg et une saturation de 99 %. L'examen physique montre qu'il s'agit d'une femme obèse qui n'a pas de détresse aiguë. Elle est un peu mal à l'aise. L'examen ORL est marqué par une conjonctive, mais le pharynx est normal et l'examen pulmonaire ne montre pas d'anomalie. Elle est, comme indiqué, un peu tachycarde.

Vous êtes donc dans une structure de soins d'urgence sans accès à des tests rapides. Pourriez-vous lui rappeler qu'elle souffre probablement d'un syndrome viral et qu'aucun traitement n'est nécessaire ? Fournir un traitement bronchodilatateur par nébulisation ? Ou lui donner des instructions sur le moment où elle doit consulter un médecin ? Ou, enfin, une combinaison des trois options ci-dessus ?

Si vous voyiez cette patiente dans un cadre habituel, vous lui diriez : "Lucy, il semble que vous ayez une infection des voies respiratoires supérieures. Il s'agit probablement d'un virus. Je sais que vous voulez des antibiotiques et que vous pensez que votre pneumonie est revenue, mais en réalité, nous pensons qu'il s'agit simplement d'un virus et que les antibiotiques ne vous

aideront pas." C'est l'une des conversations les plus difficiles que l'on puisse avoir avec les patients, et l'une de celles auxquelles les médecins doivent faire face à contrecœur.

Mais je vais décrire à nouveau le cas, donc le même cas, mais maintenant la clinique a accès à un panel syndromique limité et large avec une liste étendue de virus et de bactéries, et le test de diagnostic rapide est positif pour COVID-19.

Le cas que je vous ai donné, avec infection légère des voies respiratoires supérieures, diarrhée autolimitée, est tout à fait cohérent avec un COVID léger précoce. Quand on y regarde de plus près, la patiente déclare qu'elle n'a jamais eu de COVID et qu'elle n'a jamais été vaccinée contre le COVID. En conséquence directe de votre test de diagnostic rapide, vous lui prescrivez un médicament antiviral pour traiter le COVID.

C'est un exemple de la façon dont ces tests de diagnostic rapide changent la façon dont nous devons réfléchir à notre jugement clinique. Quelle est notre approche ? Dans ce cas, le test de diagnostic rapide nous a donné un diagnostic définitif. Il nous a guidé dans l'utilisation d'un médicament antiviral. Il est clair que nous n'avons pas eu à administrer d'antibiotiques. Il a permis d'éviter d'autres examens. Mais de mon point de vue de clinicien, être capable de faire ce diagnostic de COVID dans un éventail de circonstances différentes, peu importe que vous soyez dans une pharmacie, dans un service de soins d'urgence ou dans une clinique est important. Cette capacité de diagnostic rapide est essentielle.

En particulier, chez cette femme obèse de 68 ans, un traitement précoce et approprié du COVID, compte tenu notamment du fait qu'elle n'est pas vaccinée, réduit le risque d'hospitalisation et de décès. Il s'agit d'une issue différente pour cette femme. Elle pourrait certainement développer un cas plus compliqué de COVID, mais si on le détecte tôt et qu'on le traite, on peut éviter tout cela. C'est donc le meilleur exemple auquel je puisse penser de l'utilisation de ces tests de diagnostic rapide pour changer la façon dont vous allez traiter quelqu'un, changer complètement l'orientation d'un cas parce que vous avez un diagnostic définitif.

Merci encore pour votre participation à cette activité. Quelques questions suivent. Veuillez y répondre et nous vous remercions d'avoir terminé l'évaluation. Je vous souhaite une bonne journée.

Ce transcript n'a pas été édité.

Clause de non-responsabilité

Ce document est uniquement destiné à des fins éducatives. Aucun crédit de formation médicale continue (FMC) ne sera accordé pour la lecture du contenu de ce document. Pour participer à cette activité, visitez le site www.medscape.org/viewarticle/994790

Pour toute question concernant le contenu de cette activité, contactez le fournisseur de cette activité éducative à l'adresse CME@medscape.net.

Pour obtenir une assistance technique, contactez CME@medscape.net

L'activité éducative présentée ci-dessus peut comporter des scénarios basés sur des cas simulés. Les patients décrits dans ces scénarios sont fictifs et aucune association avec un patient réel n'est prévue ou ne doit être déduite.

Le matériel présenté ici ne reflète pas nécessairement les opinions de Medscape, LLC, ou des entreprises qui soutiennent la programmation éducative sur [medscape.org](https://www.medscape.org). Ces documents peuvent traiter de produits thérapeutiques qui n'ont pas été approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) et d'utilisations non indiquées sur le label de produits approuvés. Il convient de consulter un professionnel de santé qualifié avant d'utiliser tout produit thérapeutique dont il est question. Les lecteurs doivent vérifier toutes les informations et données avant de traiter des patients ou d'utiliser les thérapies décrites dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC