Médecine respiratoire

Sept interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

par
La Société canadienne de thoracologie

Dernière mise à jour : Decembre 2022

Choisir avec soin MC

1 Ne commencez pas de traitement d'entretien à long terme par inhalateurs chez des patients cliniquement stables souffrant d'une MPOC présumée tant que l'obstruction respiratoire post-bronchodilatateur n'a pas été confirmée avec la spirométrie.

Il faut envisager un diagnostic de MPOC chez tout patient dyspnéique qui présente une toux chronique et/ou des expectorations, en plus d'antécédents pertinents d'exposition à des substances nocives. Toutefois, tous les patients qui présentent de tels symptômes ne souffrent pas nécessairement de MPOC et une spirométrie attestant d'une proportion VEMS/CVF (volume expiratoire maximal forcé en une seconde/capacité vitale forcée) post-bronchodilatateur < 70 % (ou moins que la limite inférieure de la normale, si disponible) est nécessaire pour confirmer le diagnostic. L'initiation d'un traitement d'entretien par inhalateurs sans avoir d'abord objectivé la MPOC expose ces patients à des traitements inutiles s'ils ne sont pas réellement atteints de la maladie; en plus des effets secondaires potentiels et du coût des médicaments, cela pourrait retarder l'établissement du diagnostic actuel.

2 Ne procédez pas au dépistage du cancer du poumon par TDM chez les patients exposés à un risque faible à l'égard de ce cancer.

Le dépistage du cancer du poumon par TDM ne s'est pas révélé avantageux chez les patients qui ne sont pas exposés à un risque élevé, indépendamment de l'âge, des antécédents de tabagisme ou d'autres facteurs de risque. Le dépistage par TDM thoracique à faible dose a permis de réduire la mortalité par cancer du poumon dans une population bien définie de patients exposés à un risque élevé à l'égard de ce cancer selon des critères d'âge (55 à 74 ans), d'antécédents de tabagisme (au moins 30 paquets par année) et de consommation de tabac dans les 15 dernières années. Toutefois, ce dépistage comporte aussi des inconvénients, notamment des résultats faux négatifs et faux positifs, des découvertes fortuites, le surdiagnostic (tumeurs indolentes et non cliniquement significatives qui n'auraient pas été détectées au cours de la vie du patient sans l'épreuve en question) et une exposition cumulative aux radiations (cause possible de cancer). Ce dépistage entraîne aussi une anxiété et des interventions effractives inutiles, qui comportent leurs propres complications. C'est pourquoi on ne devrait pas y recourir chez les patients qui ne répondent pas à ces critères précis ni chez les patients qui présentent un problème de santé limitant substantiellement leur espérance de vie ou leur capacité/volonté de recevoir un traitement curatif.

3 Ne demandez pas d'angiographie par TDM ou de scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion pour évaluer la présence possible d'une embolie pulmonaire chez des patients pour qui la probabilité clinique d'un tel diagnostic est faible et qui ont des résultats négatifs a un test hautement sensible des D-dimères.

La majorité des adultes qui présentent des douleurs thoraciques et/ou de la dyspnée ne souffrent pas d'embolie pulmonaire (EP). Des preuves solides montrent que chez les patients dont la probabilité pré-test est faible selon une règle de prédiction clinique (p. ex., score de Wells), un résultat négatif a un test hautement sensible des D-dimères permet d'écarter avec certitude le diagnostic d'une EP cliniquement importante. En outre, la tomographie ou la scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion comportent des inconvénients potentiels, notamment l'exposition à des radiations ionisantes, les effets indésirables de l'agent de contraste administré par voie intraveineuse et la reconnaissance d'une EP non cliniquement significative pouvant conduire à un traitement anticoagulant inapproprié. Toutefois, les médecins doivent exercer leur jugement clinique chez les patients pour qui cet algorithme en deux étapes n'a pas été validé (p. ex., patientes enceintes).

4 **Ne traitez pas la toux chez l'adulte au moyen d'antibiotiques même si elle dure depuis plus d'une semaine, à moins de soupçonner une pneumonie bactérienne (la durée moyenne d'une toux d'origine virale est de 18 jours).**

Chez la majorité des adultes qui présentent depuis peu une toux consécutive à une infection aigüe des voies respiratoires, l'infection est virale et non bactérienne. Les patients sous-estiment souvent la durée typique de la toux causée par une maladie infectieuse, et lorsque la toux ne rentre pas dans l'ordre dans des délais qu'ils jugent normaux, ils peuvent demander des antibiotiques. La durée moyenne de la toux (sans antibiothérapie) est d'environ 18 jours, même si les patients s'attendent à ce qu'elle ne dure que 5 à 7 jours. La prise d'antibiotiques, immédiate ou reportée, ne change pas les résultats cliniques comparativement à l'absence d'antibiothérapie dans de telles situations. D'autre part, les effets négatifs d'une surutilisation des antibiotiques incluent le coût des médicaments, les réactions indésirables et la possibilité d'induire une résistance bactérienne aux antibiotiques. Les médecins doivent éduquer leurs patients au sujet de la durée prévisible de la toux et des conséquences d'une utilisation inappropriée des antibiotiques pour les infections aigües des voies respiratoires.

5 **Ne commencez pas de médicaments pour l'asthme (p. ex., inhalateurs, antagonistes des récepteurs des leucotriènes ou autres) chez les patients ≥ 6 ans, chez qui on n'a pas confirmé d'obstruction respiratoire réversible avec la spirométrie, ou , en l'absence d'une telle confirmation, un résultat positif au test de provocation à la méthacholine ou à l'effort, ou une variabilité suffisante de leur débit expiratoire de pointe.**

Même si les lignes directrices internationales sont unanimes à recommander la réalisation de tests objectifs pour confirmer le diagnostic d'asthme, ce dernier est souvent posé sur des bases cliniques, et la prise de médicaments contre l'asthme est souvent initiée sur ces bases. Cependant, les symptômes comme la toux, les sibilances et/ou la dyspnée peuvent être causés par d'autres maladies. Il en résulte que jusqu'à un tiers des patients qui ont reçu un diagnostic d'asthme ne remplissent pas les critères objectifs d'asthme lorsqu'on les soumet à une épreuve de fonction respiratoire. Un faux diagnostic clinique d'asthme peut retarder l'établissement du vrai diagnostic, qui peut inclure de graves maladies cardiorespiratoires. En outre, les patients qui ont un faux diagnostic d'asthme et chez qui on commence des médicaments antiasthmatiques sont indûment exposés aux effets indésirables de ces médicaments et à leur coût. Il faut noter toutefois que cette recommandation pourrait ne pas s'appliquer aux patients qui ne peuvent pas subir de tests objectifs reproductibles pour l'asthme (y compris les enfants de moins de 6 ans) et dans les contextes où ce type de test n'est pas accessible.

6 **N'utilisez pas d'antibiotiques pour les crises d'asthme en l'absence de signes clairs d'infection bactérienne.**

Les crises d'asthme se caractérisent par une diminution du débit expiratoire et par l'essoufflement, la toux, les sibilances, les serrements à la poitrine ou une combinaison de ces symptômes. Lorsqu'une crise d'asthme est déclenchée par une infection, cette dernière est beaucoup plus susceptible d'être d'origine virale que d'origine bactérienne. Le rôle de l'infection bactérienne est souvent surestimé; les antibiotiques devraient donc être réservés aux cas relativement rares où l'on dispose de preuves solides d'une infection bactérienne, par exemple, une pneumonie ou une sinusite bactérienne. Les inconvénients potentiels de l'utilisation indue des antibiotiques incluent leur coût, leurs effets indésirables (y compris un risque d'allergie) et l'apparition d'une résistance bactérienne

7 **N'attendez pas pour parler de buts et de volontés avec les patients atteints d'une maladie respiratoire chronique grave ou évolutive (MPOC, FPI, HP, FK, etc.) ou d'une maladie neuromusculaire rendue à un stade avancé qui touche l'appareil respiratoire (p. ex. dystrophie musculaire de Duchenne, SLA, etc.). Avoir ce type d'entretien et le consigner peut éviter des interventions non consenties, inutiles ou potentiellement nuisibles.**

Il est important, mais on l'oublie souvent, d'aider les patients atteints d'une maladie respiratoire grave ou évolutive à déterminer et à consigner leurs valeurs et leurs volontés concernant leurs soins. Le pronostic est difficilement précis en raison de la trajectoire de maladie souvent complexe chez ces patients, mais ce type d'entretien peut garantir la conformité des soins aux préférences exprimées.

Comment la liste a été établie

La liste des six principales interventions en pneumologie pour la campagne Choisir avec soin a été préparée par la Société canadienne de thoracologie (SCT) lors d'un processus de consultation itératif avec des experts en contenu et avec les membres de la SCT. Une liste de recommandations potentielles a été dressée comme suit : 1) consultation avec le groupe de travail central de la campagne Choisir avec soin de la SCT (5 membres), tous les rédacteurs de lignes directrices et membres du comité exécutif de la SCT; 2) recensement des recommandations concernant la pneumologie dans listes des campagnes Choisir avec soin américaines et canadiennes; 3) sélection de tous les résumés POEMsMC (Patient-Oriented Evidence that Matters) de l'Association médicale canadienne entre 2012 et 2015 qui ont été jugés utiles pour « éviter les traitements, interventions diagnostiques, interventions préventives ou demandes de consultation indus et inappropriés » par ≥ 10 % des lecteurs (par l'outil d'évaluation Information Assessment Method [IAM]). Le groupe de travail de la campagne Choisir avec soin de la SCT (composé du groupe de travail central de la campagne Choisir avec soin de la SCT et du comité pour les lignes directrices canadiennes en pneumologie de la SCT; 19 membres) a ensuite sélectionné et classé par ordre de priorité 20 de ces recommandations sur la base de critères préétablis (processus Delphi électronique). Ces 20 recommandations ont ensuite été distribuées à l'ensemble des membres de la SCT pour sélection et priorisation des 10 principales recommandations, et sollicitation de nouvelles idées. Un second processus Delphi électronique avec le groupe de travail de la campagne Choisir avec soin de la SCT a réduit cette liste aux 10 principales recommandations finales. Le groupe de travail central de la campagne Choisir avec soin de la SCT a alors effectué une interrogation narrative de la litérature appuyant chacune de ces recommandations en s'attardant aux recommandations semblables tirées de la campagne Choisir avec soin, aux recommandations des lignes directrices, aux revues systématiques et aux études individuelles antérieures. Les résultats de cette revue ont été présentés au groupe de travail de la campagne Choisir avec soin de la SCT lors d'un 3e processus Delphi électronique au cours duquel on a demandé aux membres de sélectionner et prioriser les 5 principales recommandations. Comme les scores des 5e et 6e recommandations étaient approchants, 6 recommandations ont été adoptées. Ces recommandations ont été approuvées par le comité exécutif de la SCT et seront largement distribuées à nos membres, aux autres groupes professionnels et au grand public.

Sources

1. Département des Anciens Combattants et ministère de la Défense des États-Unis. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Déc. 2014. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). GOLD 2017 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. 2017. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Qaseem A, et coll. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. Ann Intern Med. Le 2 août 2011; 155(3):179-91. PMID : 21810710.

2. O'Dowd EL, Baldwin DR. Lung cancer screening-low dose CT for lung cancer screening: recent trial results and next steps. Br J Radiol. 2018 Octobre;91(1090):20170460. PMID: 28749712.
Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs; et coll. Recommendations on screening for lung cancer. JAMC. Le 5 avril 2016; 188(6):425-32. PMID : 26952527.
Moyer VA, et coll. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. Le 4 mars 2014; 160(5):330-8. PMID : 24378917.
National Lung Screening Trial Research Team, et coll. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. Le 4 août 2011; 365(5):395-409. PMID : 21714641.
Patz EF Jr, et coll. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. JAMA Intern Med. Le 1er févr. 2014; 174(2):269-74. PMID : 24322569.

3. van der Hulle T, Cheung WY, Kooij S, et al. Simplified diagnostic management of suspected pulmonary embolism (the YEARS study): a prospective, multicentre, cohort study. Lancet. 2017; 390: 289– 97. PMID: 28549662.
Borohovitz A, Weinberg MD, Weinberg I. Pulmonary embolism: Care standards in 2018. Prog Cardiovasc Dis. 2018 mars-avril ;60(6):613-621. PMID: 29291427.
Crawford F, et coll. D-dimer test for excluding the diagnosis of pulmonary embolism. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 5 août 2016; 8:CD010864. PMID : 27494075.
Fesmire FM, et coll. Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with suspected pulmonary embolism. Ann Emerg Med. Juin 2011; 57(6):628-52. E75. PMID : 21621092.
Torbicki A, et coll. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. Sept. 2008; 29(18):2276-2315. PMID : 18757870.
Wiener RS, et coll. Time trends in pulmonary embolism in the United States: evidence of overdiagnosis. Arch Intern Med. Le 9 mai 2011; 171(9):831-7. PMID : 21555660.

4. Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, et al. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9. PMID: 28881007.
Little, P, Stuart, B, Smith, S, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. BMJ 2017; 357. PMID: 28533265.
Ebell MH, et coll. How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. Ann Fam Med. Jan-fév. 2013; 11(1):5-13. PMID : 23319500.
McNulty CA, et coll. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. Br J Gen Pract. Juill. 2013; 63(612):e429-36. PMID : 23834879.
Smith SM, et coll. Antibiotics for acute bronchitis. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 1er mars 2014; (3):CD000245. PMID : 24585130.
Snow V, et coll. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. Ann Intern Med. Le 20 mars 2001; 134(6):518-20. PMID : 11255531.

5. Aaron SD, et coll. Reevaluation of Diagnosis in Adults With Physician-Diagnosed Asthma. JAMA. Le 17 janv. 2017; 317(3):269-79. PMID : 28114551.
British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma. Avril 2017; [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Global Initiative for Asthma. 2017 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2017. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Lougheed MD, et coll. Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. 2012; [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).

6. Aldington S, et coll. Asthma exacerbations. 5: assessment and management of severe asthma in adults in hospital. Thorax. Mai 2007; 62(5):447-58. PMID : 17468458.
Bousquet J, et coll. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. J Allergy Clin Immunol. Nov. 2010; 126(5):926-38. PMID : 20926125.
British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma. Avril 2017. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Chung KF, et coll. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. EurRespir J. Fév. 2014; 43(2):343-73. PMID : 24337046.
Schatz M, et coll. Joint task force report: supplemental recommendations for the management and follow-up of asthma exacerbations. Introduction. J Allergy Clin Immunol. Août 2009; 124(Suppl no 2):S1-4. PMID : 19647130.

7. Abbott D, et coll. Men with Duchenne muscular dystrophy and end of life planning. Neuromuscul Disord. 2017 Jan;27(1):38-44. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27816330.
Amin R, et coll. Pediatric home mechanical ventilation: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline executive summary. Can J Respir Crit Care Sleep Med 2017; 1:7-36
Jabbarian LJ, et coll. Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices. Thorax. 2018 Mar;73(3):222-230. PMID: 29109233.

Shoesmith C, et coll. Canadian best practice recommendations for the management of amyotrophic lateral sclerosis. CMAJ 2020; 192(46): E1453-1468. PMID: 33199452.
Tavares N, et coll. The preferences of patients with chronic obstructive pulmonary disease are to discuss their palliative care plans with family respiratory clinicians, but to delay conversations until their conditions deteriorates: a study guided by interpretative phenomenological analysis. Pall Med. 2020 Dec;34(10):1361-1373. PMID: 32720555.

À propos de la Société canadienne de thoracologie

La Société canadienne de thoracologie (SCT) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCT est la société nationale de spécialité en pneumologie, au Canada. Elle regroupe plus de 1 000 membres représentant les spécialistes, médecins, chercheurs et professionnels de la santé d'une variété de disciplines qui travaillent dans le domaine de la santé respiratoire.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE THORACOLOGIE | CANADIAN THORACIC SOCIETY

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

choisiravecsoin.org | info@choisiravecsoin.org | @choisiravecsoin | /choisiravecsoin