
Eviter les examens d'imagerie inutiles

Les techniques d'imagerie se développent rapidement, au rythme des progrès technologiques et de l'avancée des connaissances. On constate des variations considérables dans l'utilisation des différentes modalités ; selon une étude réalisée aux États-Unis, elles ne sont pas directement imputables au niveau de développement économique. Le coût de l'imagerie a augmenté régulièrement durant la dernière décennie, notamment en raison de l'évolution des nouvelles technologies et des populations. Une étude des dépenses de Medicare a conclu à l'absence de lien entre les dépenses de santé dans une région donnée avec la santé de sa population, comme la satisfaction vis-à-vis des soins dispensés.

On estime que 20 à 30 % des examens effectués en imagerie sont inutiles. Les causes en seraient le vieillissement de la population, la place d'une médecine défensive, l'autoprescription et le besoin du radiologue de conforter son diagnostic.

L'imagerie inutile génère des coûts inutiles

Les frais supplémentaires générés par les examens inutiles ont incité cette année aux États-Unis le « Senate Finance Committee » à mieux rétribuer les médecins qui respectent certains critères bien précis. Les examens inutiles ont également pour conséquence fâcheuse l'augmentation de l'irradiation de la population, des retards dans le traitement des patients et le risque de faux positifs. La rapidité des évolutions technologiques en imagerie rend difficile l'actualisation des connaissances des médecins demandeurs d'examen et même des radiologues. La bonne nouvelle est que certains examens se substituent aux anciens. On peut prendre l'exemple de l'urographie intraveineuse que l'on peut remplacer par l'échographie, l'uroscanner et l'imagerie par résonance magnétique. La mauvaise nouvelle est qu'assez souvent les explorations s'additionnent, d'où une augmentation de la complexité et des dépenses. Le TEP-scanner est sans doute un bon exemple ; ainsi la question de la redondance avec un scanner dans le cadre de la stadification d'un cancer pulmonaire devrait être abordée.

La plupart des auteurs ont énoncé des mesures spécifiques afin de diminuer l'impact des examens d'imagerie inutiles. Ces mesures, utilisées isolément, ont des effets variables et il semblerait qu'elles ne permettent pas de diminuer les examens d'imagerie inutiles. Une étude a montré que seulement un tiers des radiologues utilisait les critères de pertinence d'imagerie musculo-squelettique prônés par l'American College of Radiology (ACR). Une autre publication, plus récente, montre que si 80 % des radiologues connaissaient les critères Fleishner dans le suivi des nodules pulmonaires, seuls 50 à 60 % d'entre eux les utilisaient correctement.

Que faire ?

Les examens d'imagerie inutiles doivent être traités comme l'affection qu'ils cherchent à diagnostiquer. Les étapes à suivre sont le diagnostic, la communication et le traitement.

1. Le diagnostic

Il suppose un bon recueil des données (intégration RIS - HIS) et, pour apprécier la justification des examens, une organisation interne de qualité, structurée par imagerie d'organe et prenant en compte les différentes situations cliniques.

2. La communication

La communication est la capacité à transmettre aux parties concernées la nature du problème, ses conséquences et notre diagnostic. Un bon protocole de communication est essentiel ; il établit un langage commun entre les cliniciens et les radiologues. On peut dire que très peu de

médecins connaissent les coûts et la morbidité (y compris celle causée par l'irradiation) des différentes procédures d'imagerie. Il serait bon que les radiologues informent les cliniciens des avantages, inconvénients et coûts des différentes techniques d'imagerie dans chaque situation spécifique.

3. Le traitement

Il comporte plusieurs étapes : traitement préventif, curatif, palliatif et suivi.

- **Le traitement préventif** : Il s'agit d'établir, avec les cliniciens et les généralistes, des recommandations cliniques et des algorithmes de décision. On peut se baser sur les recommandations de l'ACR. En Espagne, les directives de la SEDIA, la section « abdomen » de la Société espagnole de radiologie (SERAM), sont devenues un excellent outil pour éviter les examens inutiles. Notre vécu avec les médecins généralistes : Les relations avec les généralistes sont déterminantes. Quand les autorités sanitaires locales les ont autorisés à demander des examens d'imagerie, y compris scanner et IRM, nous avons organisé de brèves rencontres dans les dix-sept centres de soins de notre région afin d'expliquer les indications des différentes techniques d'imagerie au regard des pathologies les plus fréquentes. Nous avons précisé de quelle façon nous souhaitons que la communication s'établisse avec les radiologues et exprimé notre intention d'agir en tant que médecins référents et non en tant qu'exécutants, en particulier en ce qui concerne l'utilisation du scanner, de l'IRM, de l'échographie et de la radiologie interventionnelle. Le résultat a été que les demandes émanant de ces centres sont restées modérées en comparaison de celles des autres services de santé de notre région.

- **Le traitement curatif** : Nous devons savoir quand remplacer un examen d'imagerie par un autre, comment refuser l'examen qui est inutile et comment communiquer ces mesures aux patients et aux médecins. La sécurité des patients est une priorité, et nous sommes parfois confrontés à des décisions difficiles, surtout en ce qui concerne l'irradiation. Notre expérience avec l'urographie intraveineuse (UIV) : Cet examen classique a été remplacé dans la plupart des cas par le couple échographie et ASP (abdomen sans préparation), l'Uroscanner ou l'uro-IRM. Le passage à de nouvelles stratégies d'exploration s'est heurté à de fortes réticences, en particulier des urologues. Nous avons alors élaboré un document de

consensus basé sur des données publiées dans la littérature qui a permis de réduire significativement (70 %) les UIV, quand bien même certains urologues réfractaires restent encore à convaincre.

- **Le traitement palliatif** : Il porte, avec d'autres demandeurs, sur l'application des recommandations de bon usage pour progressivement réduire les examens inutiles. Tout en sachant que parfois, surtout quand il faut un diagnostic de certitude, et qu'il y a de possibles implications médico-légales, nous devons nous entendre avec les autres médecins sur la conduite à tenir. Notre expérience avec la radiographie thoracique en préopératoire : Une radiographie du thorax de routine était effectuée pour tous les patients qui devaient être opérés, ceci indépendamment de l'âge, du sexe ou de l'histoire clinique. Nous avons identifié le problème, détecté l'origine de la demande (les anesthésistes) et négocié un accord sur la base de preuves scientifiques et des implications juridiques dans notre pays, ce qui nous a permis de diminuer de 60 % les radiographies thoraciques préopératoires.

- **Le suivi** : Il est nécessaire de s'assurer régulièrement de l'application des mesures décidées pour éviter un retour à la situation antérieure. Les directives peuvent assez souvent changer quand apparaît une nouvelle technologie ou de nouvelles preuves scientifiques. Nous devons donc mettre à jour et actualiser nos protocoles.

Notre vécu :

En 1992 nous avons, dans notre service, arrêté des algorithmes décisionnels et des recommandations de bon usage et les avons depuis revus régulièrement. Le respect de ces algorithmes est resté toutefois limité et dépendant de la relation entretenue par nos radiologues avec les services demandeurs. Un prérequis indispensable est que le service de radiologie soit bien organisé, subdivisé par imagerie d'organes, et que les protocoles soient systématiquement discutés avec les cliniciens.

Conclusion

L'utilisation inappropriée de l'imagerie médicale génère des surcoûts, peut être préjudiciable à la santé des patients et a des conséquences graves sur nos systèmes de santé. Les radiologues doivent savoir comment détecter, prévenir et stopper les examens inutiles en utilisant une approche globale, et en s'appuyant sur la sagesse et le consensus de tous les acteurs concernés.

Published on : Fri, 19 Oct 2012