

# Gérer l'incertitude

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

*« Nous voulons toujours tout expliquer, mais l'innovation et le progrès se produisent lorsque nous nous permettons d'embrasser l'incertitude. »*

– Simon Sinek, auteur et conférencier inspirant

Deux patients que j'avais déjà vus auparavant m'ont été adressés cette semaine. J'avais vu le patient n°1 quatre ans plus tôt; son taux de CK élevé, stable et isolé<sup>1</sup>, était de l'ordre de plusieurs centaines; il ne recevait pas de traitement à base de statine, n'était pas atteint d'hypothyroïdie et ne présentait aucune éruption cutanée, faiblesse ou atrophie musculaire. Je l'ai rassuré et l'ai renvoyé chez son prestataire de soins primaires. La patiente n°2 avait été vue il y a 10 ans; elle avait obtenu un résultat positif au dosage des AAN avec un titre de 1/640 moucheté/homogène, un de ses parents était atteint de polyarthrite rhumatoïde (PR) et elle présentait une légère fatigue et des arthralgies. La patiente était atteinte d'hypothyroïdie qui était, à mon avis, la cause la plus probable du résultat de son dosage des AAN positif. Les résultats de tous les autres tests figurant dans ses antécédents et son examen étaient négatifs. La patiente a été rassurée, quelques examens supplémentaires ont été effectués et se sont révélés négatifs (FR<sup>3</sup>, ENA<sup>4</sup>, anti-ADN-db<sup>5</sup> et analyse d'urine), et elle a été renvoyée aux soins primaires. Dans aucun de ces deux cas, je n'ai suggéré de faire une série de tests en raison de paramètres de laboratoire anormaux.

Les anomalies de laboratoire isolées ne me font pas perdre le sommeil, mais les patients et les médecins de soins primaires semblent être de plus en plus préoccupés par l'incertitude qu'engendrent les chiffres en rouge des résultats de laboratoire dans le dossier médical électronique (DME). Les portails de laboratoire pour les patients ont entraîné une augmentation des demandes de renseignements sur les anomalies de l'IDR<sup>6</sup>, de l'HME<sup>7</sup> et d'autres résultats de tests qui ne sont pas précisément demandés, mais dont les résultats sont néanmoins reçus. La macro-instruction du laboratoire qui accompagne chaque résultat de dosage des AAN positif n'aide pas : « pourrait être un signe de... »

La médecine consiste à gérer l'incertitude, comme dans la vie en général. Les effets d'un traitement, bons ou mauvais, sont basés sur des probabilités. La médecine fondée sur les données probantes est une excellente chose, mais qu'en est-il de toutes les situations où il n'en existe pas (maladie rare, absence d'essais cliniques à répartition aléatoire) ou dans les cas où elles sont en conflit (il suffit de regarder les récentes directives sur le vaccin contre la COVID-19, par exemple)? Les patients doivent encore être traités sur-le-champ et des décisions doivent être prises.

Le « principe d'incertitude » peut-il nous aider? Le principe d'incertitude d'Heisenberg, dans sa forme normalisée, décrit la précision avec laquelle nous pouvons mesurer simultanément la position et la quantité de mouvement d'une particule – si nous augmentons la précision de la mesure d'une quantité, nous perdons automatiquement de la précision dans la mesure de l'autre. Eh bien, cela peut être vrai en mécanique quantique, bien que cela fasse débat, mais n'ait d'aucune aide pour nos patients.

Si la prescription d'un test ne doit avoir aucune incidence sur ce que vous faites, ne le prescrivez pas. C'est un bon conseil. Lorsque le test est prescrit et génère un résultat anormal, ce résultat de laboratoire cause, semble-t-il, un besoin irrésistible d'extrapoler. Que ce soit à l'initiative du patient ou du médecin, les dosages des AAN ou de la CK vont être répétés, souvent sans raison valable.

La patiente n°2 s'est présentée en premier. Elle avait changé de médecin de famille et s'était à nouveau plainte d'une légère fatigue et d'arthralgies. Un autre dosage des AAN s'est, une fois de plus, révélé positif, mais avec un titre inférieur de 1/160 moucheté/homogène. J'ai pu directement le vérifier dans mes anciens dossiers et le médecin généraliste aurait pu le trouver dans la base de données publique des laboratoires s'il avait cherché. Rien d'autre n'avait changé et ma conclusion est demeurée la même. J'ai rassuré de nouveau la patiente (« c'est probablement lié à votre thyroïde; un dosage des AAN positif est observé dans 13 à 15 % de la population générale »), ce n'est pas nécessaire de répéter ce dosage à l'avenir (« il sera positif à vie ») et comme d'habitude, j'ai proposé une réévaluation (« votre médecin de famille peut m'appeler pour toute question; je serai heureux de vous revoir si le besoin s'en fait sentir »). Il est intéressant de noter que, peu avant de me consulter, la patiente avait vu un autre rhumatologue, dont le bilan comprenait des examens IRM négatifs des deux mains, un examen que je n'aurais jamais eu l'idée de prescrire, mais chaque génération de rhumatologues a son test préféré.

Le patient n°1 est aussi revenu avec son résultat de dosage de la CK élevé. Il est toujours asymptomatique, ne prend aucun médicament, ne fait aucun exercice physique intense, n'a pas d'antécédents familiaux de myopathie ou de troubles neurologiques et ne présente aucune faiblesse, éruption cutanée ou maladie pulmonaire interstitielle. Peut-être que le taux élevé de la CK de ce patient était lié au sexe et à la race ou à l'ethnicité, bien que je doute de plus en plus de ce genre d'explication au vu de toutes les révélations récentes concernant la correction des DFG<sup>8</sup> et EFR<sup>9</sup> sur la base de tels critères. Encore une fois, le généraliste a dû être rassuré, car le patient était sûr d'être en bonne santé et ne semblait pas avoir besoin de mon avis sur la question.

Par contre, le patient récent n° 3 était un homme de 51 ans envoyé par son médecin généraliste sur les conseils d'un chirurgien orthopédique qui avait évalué le patient pour des douleurs récurrentes à la cheville et au pied et n'avait rien trouvé à opérer. D'après les antécédents, il était évident qu'il s'agissait d'un cas de goutte, mais le patient a déclaré que cela avait été exclu par son médecin généraliste, car le taux d'acide urique était toujours normal. Eh bien cela pourrait sembler normal pendant une crise aiguë, mais la base de données du laboratoire a révélé

suite à la page 5

## Gérer l'incertitude *suite de la page 3*

des niveaux de 530, 484 et 465  $\mu\text{mol/L}$  au cours des dernières années. Le seul problème était que le laboratoire avait fixé la limite supérieure de la normale à 512, ce qui est loin de la valeur optimale ou de la valeur du traitement à cibler qui est 360. Or, dans le DME, les valeurs 484 et 465 étaient indiquées en noir (« normal ») et non en rouge. Le patient a été soulagé d'apprendre qu'il n'était plus un « mystère médical ».

De la même façon, le patient n°4 m'avait été adressé pour une aggravation de son ostéoporose. Une récente mesure de sa DMO<sup>10</sup> avait fourni des résultats séquentiels entre 2000 et 2018. Il est intéressant de noter que la DMO réelle formulée en  $\text{g/cm}^2$  était pratiquement la même au début et à la fin de cette longue période d'observation. Cependant, la colonne intitulée « Évolution de la DMO » présentait une série ininterrompue de signes négatifs. De toute évidence, quelque chose avait mal tourné dans l'algorithme. Sinon, on aurait pu comparer cela à l'escalier imaginaire de Penrose rendu populaire par l'artiste MC Escher et le film « Origine » (*Inception*) et dont les marches font quatre virages à 90 degrés en montant ou en descendant, mais forment une boucle continue, de sorte qu'une personne pourrait les dévaler indéfiniment sans

jamais descendre plus bas. J'ai mérité mes honoraires de consultation pour avoir compris cela et j'ai félicité le patient d'avoir toujours la même DMO bien qu'il ait vieilli de 18 ans. Aucun traitement n'a été requis!

Une semaine typique au bureau : les incertitudes sont atténuées pour les deux premiers patients, et des certitudes sont fournies aux deux derniers. La médecine reste toujours intéressante.

*Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP  
Rédacteur en chef, JSCR  
Scarborough (Ontario)*

1. CK : créatine-kinase
2. AAN : anticorps antinucléaire
3. FR : facteur rhumatoïde
4. ENA : antigène nucléaire soluble
5. ADN-db : ADN double brin
6. IDR : indice de distribution des globules rouges
7. TCMH : teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine
8. DFGe : débit de filtration glomérulaire
9. EFR : exploration fonctionnelle respiratoire
- 10 DMO : densité minérale osseuse

## BIENVENUE EN RHUMATO

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Samar Aboulenain, Toronto (Ont.)

Amani Albijadi, Toronto (Ont.)

Nicole Beckett, Halifax (N.-É.)

Audrea Chen, Toronto (Ont.)

Aoife Cox, Toronto (Ont.)

Lauren Glick, Toronto (Ont.)

Janete Dabague Guzman, Ottawa (Ont.)

Amanda Hu, London (Ont.)

Allyson Jones, Edmonton (Alb.)

Deborah Koh, Hamilton (Ont.)

Amanda Marsden, Vancouver (C.-B.)

Maryam Obaidallah, Toronto (Ont.)

Azin Rouhi, Edmonton (Alb.)

Orit Schieir, Montréal (Qc)

Alaa Shehab, Toronto (Ont.)

Chen (Emma) Tang, Kingston (Ont.)

Barbara E. Walz, Mississauga (Ont.)

Madina Weiler, London (Ont.)

NOTE : À la lumière des commentaires que nous avons reçus, nous avons procédé à l'ajout de certaines précisions concernant l'article « Comment optimiser ses investissements! Les tenants et aboutissants des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE » publié dans le numéro du printemps 2021 du JSCR. Veuillez visiter le [www.craj.ca](http://www.craj.ca) pour consulter l'article et voir les précisions apportées.