

Savoir ne pas doser



Dr Jacques VANDERSTRAETEN

Membre du comité de rédaction

jacques.vanderstraeten@ssmg.be

Comme à chaque édition, nous nous efforçons que la Revue contienne des données utiles à la pratique. Ainsi, parmi les sujets abordés dans celle que vous ouvrez maintenant, l'attitude face à un taux isolément anormal de TSH est développée dans un excellent article, clair et concis, du Dr Luc DERDELINCKX, endocrinologue aux cliniques Saint-Luc à Bouge.

Ce thème nous renvoie au débat sur la justification de nos demandes d'examen, en particulier face à un patient asymptomatique ou, à tout le moins, ne présentant pas de signe d'appel justifiant tel ou tel examen. Combien de fois, en effet, ne cochons-nous pas des dosages injustifiés ou, carrément inutiles sur nos demandes de prise de sang, soit que nous n'y réfléchissons pas trop, soit que le patient nous le demande expressément.

La demande de certaines analyses sanguines nécessite que l'on se pose, au préalable, la question de savoir ce que l'on fera du résultat si celui-ci est anormal.

Et pourtant, comme on nous le rappelle régulièrement, il est nécessaire de réfléchir avant de demander quelque dosage sanguin que ce soit. Pour certains d'entre eux, en effet, un résultat anormal n'est pas rare et, le cas échéant, il n'implique pourtant aucune démarche diagnostique complémentaire ni aucune prise en charge thérapeutique. Pourtant ces dosages ont un coût pour la santé publique. Egalement, un résultat anormal peut être générateur d'angoisses injustifiées dans le chef du patient, quand il n'est pas, en plus, générateur de démarches et d'examen complémentaires inutiles.

Ainsi en va-t-il souvent d'un taux de TSH isolément anormal. Ainsi en va-t-il aussi souvent d'un taux de ferritine isolément augmenté (rappelons que c'est la saturation en fer qui constitue le test biologique de première intention pour orienter vers le diagnostic d'hémochromatose). C'est également le cas du dosage isolément anormal de la bilirubine, des γ GT ou des amylases, par exemple.

Mais c'est probablement surtout le dosage du fameux PSA chez l'homme vieillissant qui appelle ce genre de commentaire. En effet, comme nous le rappellent les données actuelles de la littérature, le PSA ne devrait plus être dosé en routine chez le patient gériatrique, à tout le moins en l'absence de



signes d'appel cliniques. Ici, ce sont non seulement les risques liés aux examens complémentaires (biopsie prostatique) qui sont pointés du doigt, mais aussi la lourdeur et le coût d'un traitement, in fine, inutile pour le patient lorsqu'il s'agit d'un diagnostic de cancer prostatique.

Dans le même registre, mais cette fois en présence de signes d'appel ou de symptômes, certains dosages sont d'utilité plus que discutable. Ainsi en va-t-il, face à un tableau quel qu'il soit, du dosage des D-dimères s'il n'y avait pas de suspicion clinique valable de thrombophlébite profonde ou d'embolie pulmonaire.

Ainsi en va-t-il aussi, face à une plainte de fatigue chronique, de la fameuse DHEA (pourquoi la dose-t-on encore ?) ou encore des IgG anti-Borrelia, voire des IgG anti-EBV. Dans le cas de cette plainte, cependant, une moti-

vation moins avouable existe souvent dans le chef du prescripteur que nous sommes, à savoir celle de pouvoir « instrumentaliser » tel ou tel dosage anormal pour ne pas devoir prendre le temps et l'énergie d'aller plus au fond de la problématique existentielle qui sous-tend bien souvent la plainte de fatigue chronique. Mais, même alors, nous sommes encore bien loin des excès de certains praticiens et de certains laboratoires qui proposent des dosages plus que discutables, voire totalement injustifiés, mais néanmoins fort chers, de profils d'acides gras ou de neurotransmetteurs.

Bonne lecture à tous et toutes.



¹ Hoffman RM. Screening for prostate cancer. N Engl J Med 2011; 365:2013-9.