

Pertinence du scanner thoraco-abdomino-pelvien systématique sur une population gériatrique hospitalisée

Noémie Champigny

▶ **To cite this version:**

Noémie Champigny. Pertinence du scanner thoraco-abdomino-pelvien systématique sur une population gériatrique hospitalisée. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01286596

HAL Id: dumas-01286596

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286596

Submitted on 11 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Noémie CHAMPIGNY

Interne de Médecine Générale

Pertinence du scanner thoraco-abdomino-pelvien systématique sur une population gériatrique hospitalisée

Nice 2015

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

****

PERTINENCE DU SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN SYSTEMATIQUE SUR UNE POPULATION GERIATRIQUE HOSPITALISEE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Nice

Le lundi 7 décembre 2015

Par

Noémie CHAMPIGNY

Née le 11 janvier 1987 à Tours

Interne de Médecine Générale

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Membres du jury :

Monsieur le Professeur	Jean-Gabriel FUZIBET	Président
Monsieur le Professeur	Patrick CHEVALLIER	Assesseur
Monsieur le Professeur	Christian PRADIER	Assesseur
Monsieur le Docteur	Gérard LAPORTE	Assesseur
Madame le Docteur	Marina TAUREL	Directeur de thèse

UNIVERSITE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie Mme DONZEAU Michèle M. EMILIOZZI Roméo M. FRANKEN Philippe M. GASTAUD Marcel M.GIRARD-PIPAU Fernand M. GIUDICELLI Jean M. MAGNÉ Jacques Mme MEMRAN Nadine M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
MME	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
M.	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A notre président du jury, Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET :

Vous nous faites le très grand honneur de présider notre jury de thèse. Votre exprérience a pu me guider pour améliorer ce travail. Je vous en remercie sincèrement.

A notre juge, Monsieur le Professeur Patrick CHEVALLIER :

Nous sommes heureux de vous compter parmi notre jury. Je vous remercie infiniment pour l'aide apportée lors de la validation de ce projet. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A notre juge, Monsieur le Professeur Christian PRADIER :

Vous avez accepté de participer au Jury de cette thèse. Vous avez été dès le début une personne très accessible et de très bon conseil. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A notre juge, Monsieur le Docteur Gérard LAPORTE :

Vous nous avez fait l'honneur d'être membre de notre jury. Vous avez été mon chef de service pendant mes 6 derniers mois d'internat, et vous m'avez encouragée à faire cette thèse. Vous avez toujours répondu présent à mes nombreuses sollicitations pour ce travail. Je vous en suis très reconnaissante. Je remercie aussi **l'équipe du Court Séjour Gériatrique A2 de la Clinique des Sources,** qui m'a toujours soutenue pendant les moments difficiles.

<u>A notre directeur de thèse, Madame le Docteur Marina TAUREL</u> :

Pour tes conseils, ta disponibilité et ta sympathie. Tu as été ma chef durant mes 6 mois de stage à l'UMIPUOG, où tu m'as proposé ce sujet et m'as confirmé que ma voie était celle de la gériatrie. Merci pour ton soutien et ton humanité. Je remercie aussi **l'équipe de l'UMIPUOG**, une équipe superbement soudée malgré la grosse charge de travail dans ce service.Veuillez trouver ici l'expression de tous mes remerciements

A mon compagnon, Louis, qui me soutient tous les jours, dans les bons comme les mauvais moments, sachant que cela a été une tache difficile que de me supporter pendant cette période de thèse. Je l'aime infiniment et le remercie pour tout.

A mes parents, qui malgré la distance, me soutiennent toujours. Merci de m'avoir inculqué les valeurs de la vie.

A Marine et Marion, mes co-internes de GEASP. Depuis 3 ans, nous partageons nos expériences et je les remercie de leurs bons conseils.

A mes anciens chefs et praticiens de ville, qui en 3 ans de temps, ont fait le médecin que je suis.

A mes co-internes, mes confidents de 6 mois voire plus, avec lesquels nous avons vécus de bons comme de mauvais moments, mais toujours soudés.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION……12

II. OBJECTIF DE L'ETUDE……...14

III. METHODE……15

IV. RESULTATS……16

V. DISCUSSION……28

VI. CONCLUSION……..35

VII. ANNEXE 1……36

VIII. BIBLIOGRAPHIE……37

IX. RESUME ET MOTS-CLES……42

X. SERMENT D'HIPPOCRATE……43

Pertinence du scanner thoraco-abdomino-pelvien systématique sur une population gériatrique hospitalisée

Introduction

Le vieillissement de la population est une évidence dans tous les pays industrialisés, grâce notamment aux progrès de la médecine. La population des « 65 ans et plus » est actuellement de 18,6% et représentera le tiers de la population française en 2050 [1]. La première cause de décès de cette tranche d'âge est le cancer à 28,7% [2]. Dans cette population concernée, le nombre moyen de comorbidités augmente avec l'âge.

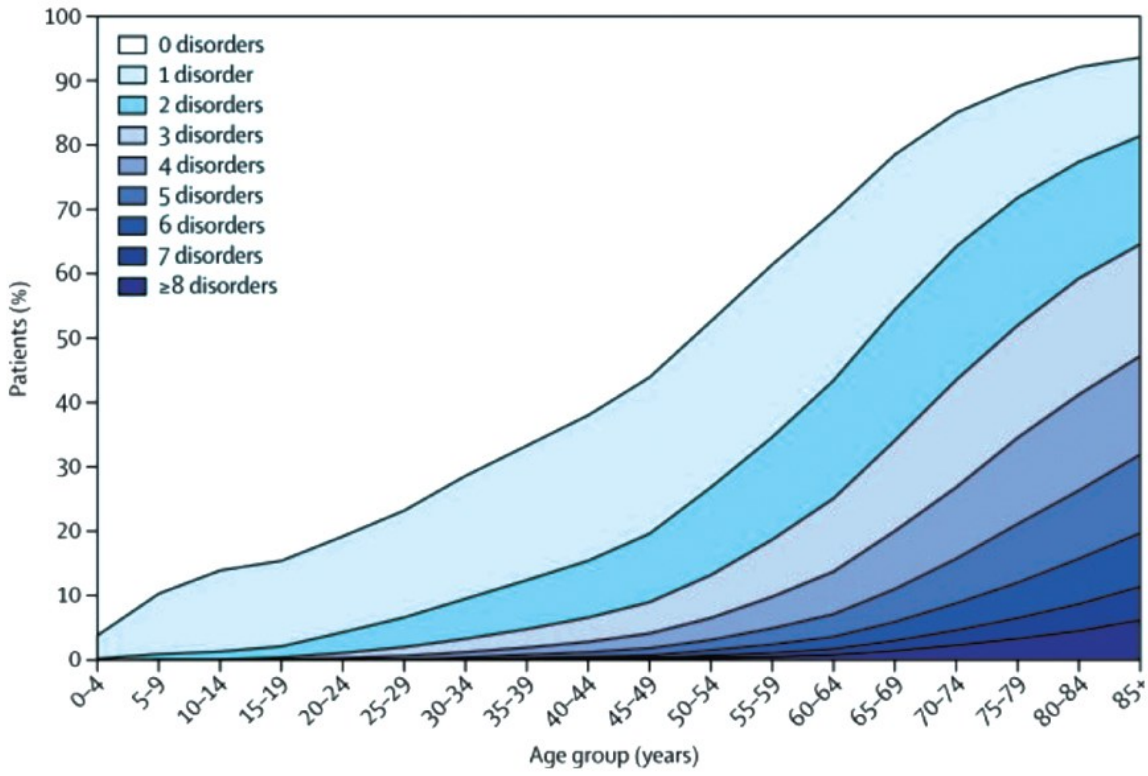


Figure 1 : nombre de comorbidités en fonction de l'âge, Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. The Lancet. 2012. 380(9836) :37-43

La figure 1 [3] définit ce rapport de comorbidité en fonction de l'âge. Par exemple, dans la tranche 75-79 ans, 50% des patients ont au moins 4 comorbidités. La prise en charge de la personne âgée est devenue très complexe. Certes, les patients vivent plus longtemps mais dans un état de « fragilité gériatrique et/ou polypathologique » à l'origine de décompensations en cascade lors de la moindre pathologie aigüe.

Cette population présente des intéractions fréquentes et multiples des pathologies chroniques et aigües avec une sémiologie souvent trompeuse [4, 5]. Leur prise en charge est encore plus difficile s'il existe une pathologie neurodégénérative sous-jacente [6].

Le scanner thoraco-abdomino-pelvien (scan TAP) est une technique d'emission/absorption de rayons X dont les données sont numérisées afin de reconstruire les images en coupe axiale. Cet examen permet donc l'étude individuelle de chaque organe. L'injection de produit de contraste apporte des informations supplémentaires sur la caractérisation de lésions visualisées ou sur l'anatomie vasculaire par exemple [7]. Il est de réalisation facile (peu de manipulation) avec une acquisition des images en quelques minutes et son coût est peu élevé (annexe 1). Sa résolution est meilleure que la radiographie pulmonaire ou que la radiographie d'Abdomen Sans Préparation (ASP) pour la détection de pathologies

infectieuses [8, 9] et tumorales [10, 11], ou que l'échographie abdomino-pelvienne pour certaines pathologies infectieuses [12, 13].

Lors de la prise en charge de ces patients extrêmenent fragiles, pour lesquels la sémiologie classique n'est pas une aide, il est important de poser rapidement un diagnostic de certitude afin d'éviter tout retard de prise en charge, toute perte de chance mais également permettre de définir un cadre de prise en charge : est-on dans un projet de soin curatif ou un projet de soin palliatif ?

Objectif de l'étude

Face à l'état très complexe de ces patients gériatriques, on peut se poser la question de l'intérêt de réaliser un scan TAP de façon systématique à l'entrée en hospitalisation.

Nous faisons donc l'hypothèse que les résultats de cet examen pourraient être décisifs pour la prise en charge de ces patients, en permettant un diagnostic précoce et une prise en charge spécifique. Cet examen pourrait également ainsi être à l'origine d'une diminution de la durée de séjour des patients avec impact secondaire positif sur le plan financier.

Méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective avec recueil des données de l'ensemble des scan TAP, injectés ou non, réalisés dans l'Unité de Médecine Interne Post Urgences à Orientation Gériatrique (UMIPUOG) à l'Hôpital Archet I de Nice, de son ouverture le 09/05/2011 jusqu'au 01/05/2015.

Il n'a pas été comptabilisé les scanners autres que TAP (cérébraux, lombaires…).

Les données ont été récoltées sur un logiciel de dossier patient informatisé (CLINICOM). Dans le compte-rendu d'hospitalisation, nous avons recherché s'il existait ou non à l'entrée : signes de sepsis, porte d'entrée infectieuse, signes d'anomalies uro-digestives, antécédent de néoplasie ou d'insuffisance respiratoire, signes cliniques de maladies thrombo-emboliques.

Le tableau de bord de l'unité comprenait : nom, prénom, âge, date d'entrée, date de sortie, durée de séjour, service d'origine, destination de sortie, diagnostic d'entrée, diagnostic de sortie, date et injection ou non et conclusion du scan TAP.

Nous avons utilisé un système de codage identique pour le motif d'hospitalisation et pour la conclusion du scan TAP. Les deux codages ont été appariés pour déterminer si les résultats étaient pertinents pour la suite de la prise en charge du patient.

Les pathologies similaires retrouvées sur les scanners ont été regroupées et exprimées en pourcentage par rapport à la totalité des scan TAP réalisés.

Résultats

Sur les 2017 patients hospitalisés pour la période sélectionnée, 488 scan TAP ont été comptabilisés, (soit 24,2% des patients hospitalisés ont bénéficié de cet examen) dont 83,8% ont eu un scanner injecté (car absence d'allergie aux produits de contraste et fonction rénale le permettant selon le calcul de la clairance de la créatinine par MDRD).

Les 1529 patients qui n'ont pas bénéficiés du scan TAP dans l'unité étaient pour 48,9% des patients venus avec un diagnostic pré-établi (exemple : transfusion, pose de gastrostomie…) ou un scan TAP déjà réalisé précédemment. Pour 23% des patients, le décès est survenu avant la date prévue de la réalisation du scan TAP et pour 19,9% l'orientation sur un autre service a été organisé précocemment également avant que le scan

TAP ne puisse être réalisé. Les 13,8% restant de patients sans scan TAP correspondent à des patients relevant d'emblée d'une prise en charge palliative, sans que des examens complémentaires ne soient nécessaires pour poser le diagnostic et le pronostic. Le reste des patients étaient hébergés ou sortis contre avis médical (fugue) [figure 2].

Sur les 488 scan TAP réalisés, 69,7% ont été considérés comme contributifs par les cliniciens et radiologues. Les résultats non contributifs sont ceux dont le codage d'entrée et le résultat du scanner sont identiques et ceux dont les résultats du scanner retrouvent des lésions sans impact sur la morbi-mortalité du patient (exemple : kystes biliaires et rénaux simples…).

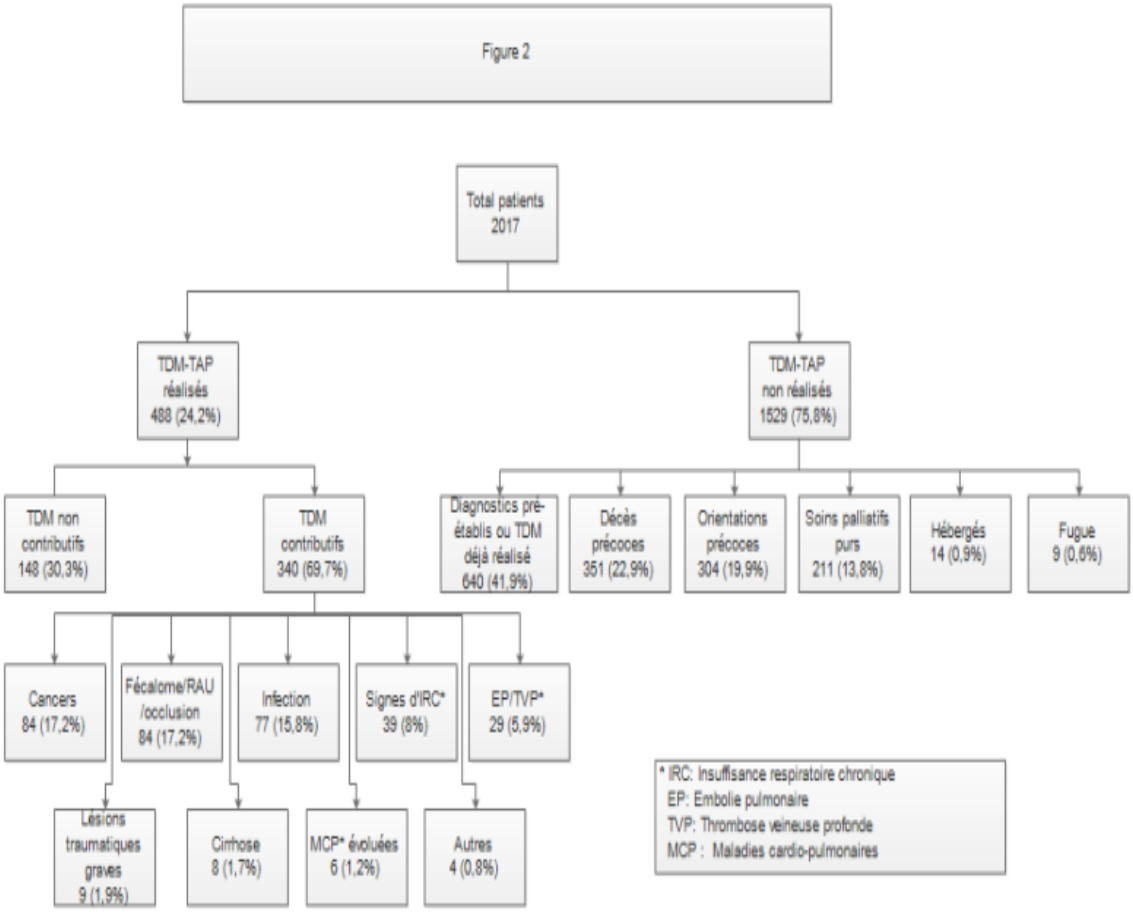


Figure 2 : Diagramme de flux de la répartition de la population UMIPUOG de mai 2011 à mai 2015, CHU NICE, 2015

Les résultats finaux sont :

- 84 scanners (soit 17,2%) retrouvent des fécalomes/stases stercorales, globe urinaire ou occlusions dont 60,7% d'entre eux n'avaient pas de signes cliniques à l'entrée en rapport avec ces pathologies. Les patients ont tous bénéficié d'un traitement spécifique et 7 d'entre eux ont eu une colostomie

de décharge dans le cadre d'une colectasie sur constipation chronique par hypertonie du sphincter anal avec une amélioration clinique secondaire.

-

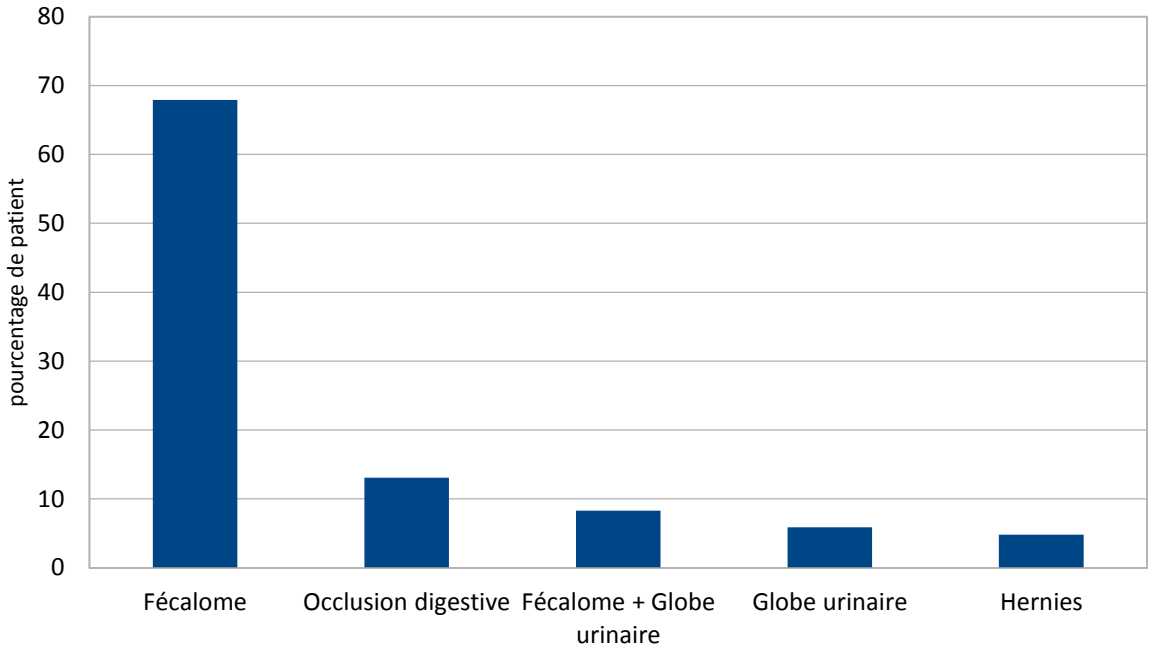


Figure 3 : Pourcentage des étiologies des différents troubles rétentionnels urinaires et digestifs vus au scan TAP, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

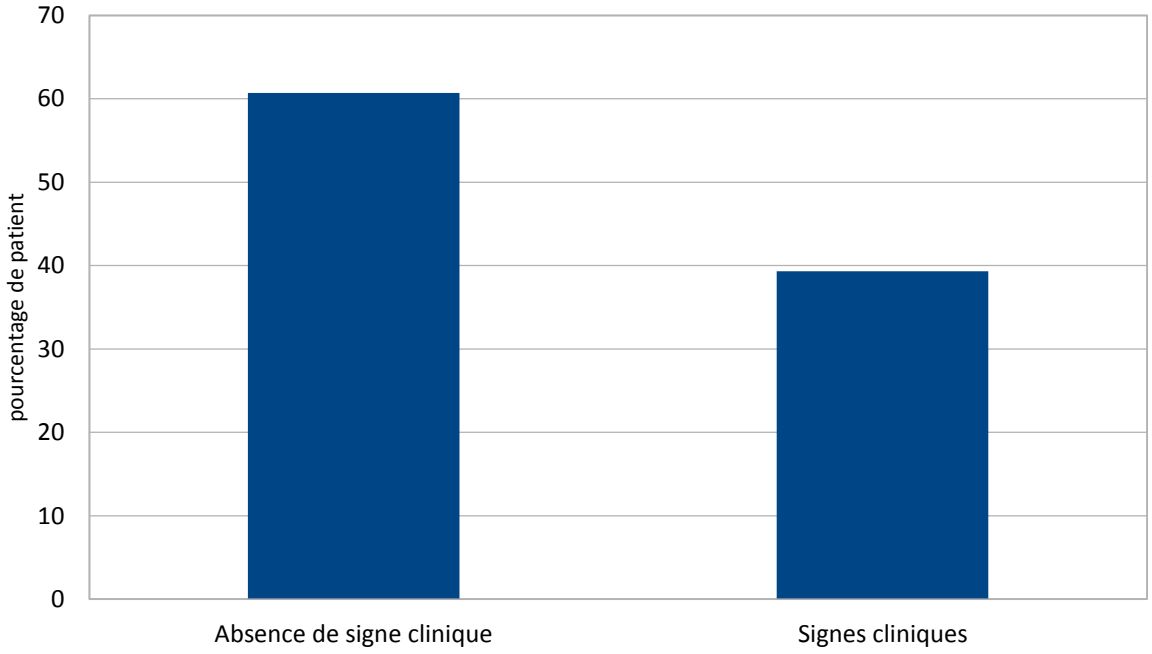


Figure 4 : Pourcentage de la présence de signe clinique à l'examen clinique abdominal d'entrée, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

- 84 scanners (soit 17,2%) révèlent des néoplasies ou lésions suspectes dont 73,8% d'entre eux n'avaient pas d'antécédent connu de cancer. Les néoplasies se répartissent en néoplasies digestives (27), urinaires (19), pulmonaires (15), gynécologiques (10), non solides (4) et autres (9) à type de lésions secondaires sans primitif, 1 cancer ORL et 2 tumeurs vertébrales. Ces patients ont tous bénéficié d'une prise en charge spécifique :
  - 35 ont eu une prise en charge active spécialisée (consultations spécialisées, programmation d'examens complémentaires, décision de chirurgie et/ou chimiothérapie après RCP…)

- 49 patients ont eu une prise en charge palliative
    - 17 ont eu une prise en charge palliative dans l'unité
    - 14 ont eu une prise en charge palliative en SSR
    - 13 ont eu une prise en charge en HAD palliative à domicile ou en maison de retraite
    - 5 ont eu une prise en charge palliative dans un autre service

Les 27 patients pris en charge en palliatif en SSR ou en HAD n'ont pas été ré-hospitalisés jusqu'à leur décès après la sortie de l'UMIPUOG.

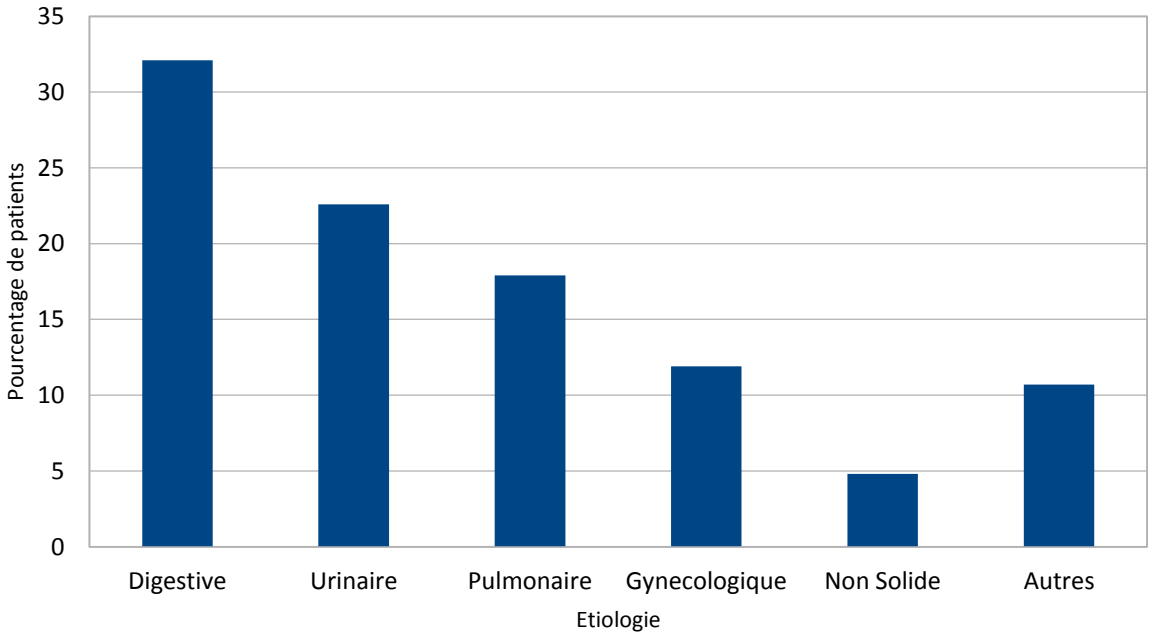


Figure 5 : Pourcentage des différentes étiologies néoplasiques retrouvées au scan TAP, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

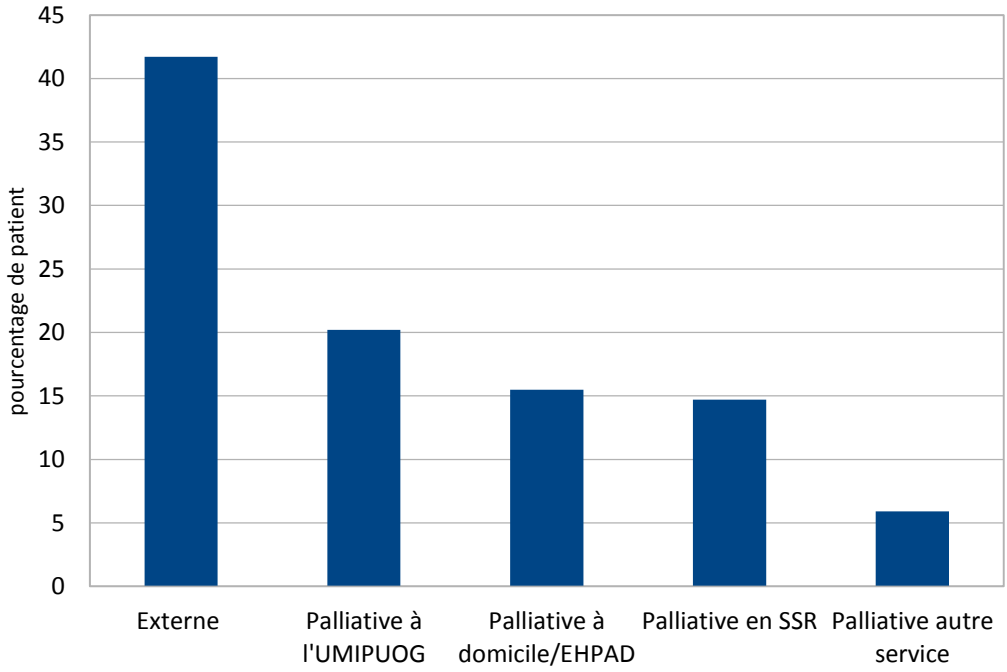


Figure 6 : Pourcentage des différentes prise en charge des cancers découverts au scan TAP, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

- 77 scanners (soit 15,8%) retrouvent des pathologies infectieuses dont 78% d'entre elles se présentaient sous une forme atypique, et 62,3% ne présentaient pas de fièvre à l'entrée dans le service. Elles ont toutes bénéficiées d'un traitement spécifique.

Elles se répartissent en :

- 57 infections broncho-pulmonaires
- 14 infections uro-digestives (cholécystite, angiocholite, sigmoïdite, colite, pyélonéphrite)

- 4 infections osseuses (ostéite et spondylodiscite)
- 2 péricardites

69% des patients ont été guéris au terme de l'hospitalisation et ont pu quitter l'unité :

- 43% sont rentrés à domicile ou ont regagné leur EHPAD
- 18% ont été transférés en SSR
- 8% ont été transférés dans un service spécialisé pour une prise en charge curative (maladies infectieuses, chirurgie).

31% des patients sont décédés dans l'unité malgré les traitements instaurés.

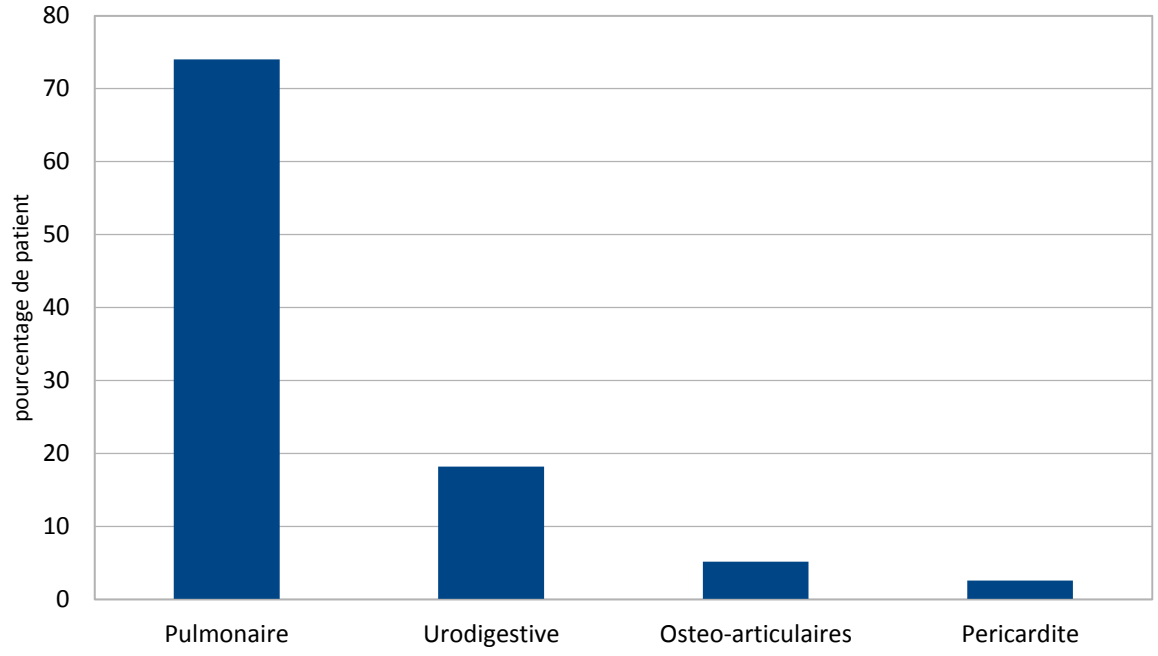


Figure 7 : Pourcentage des étiologies infectieuses retrouvées au scan TAP, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

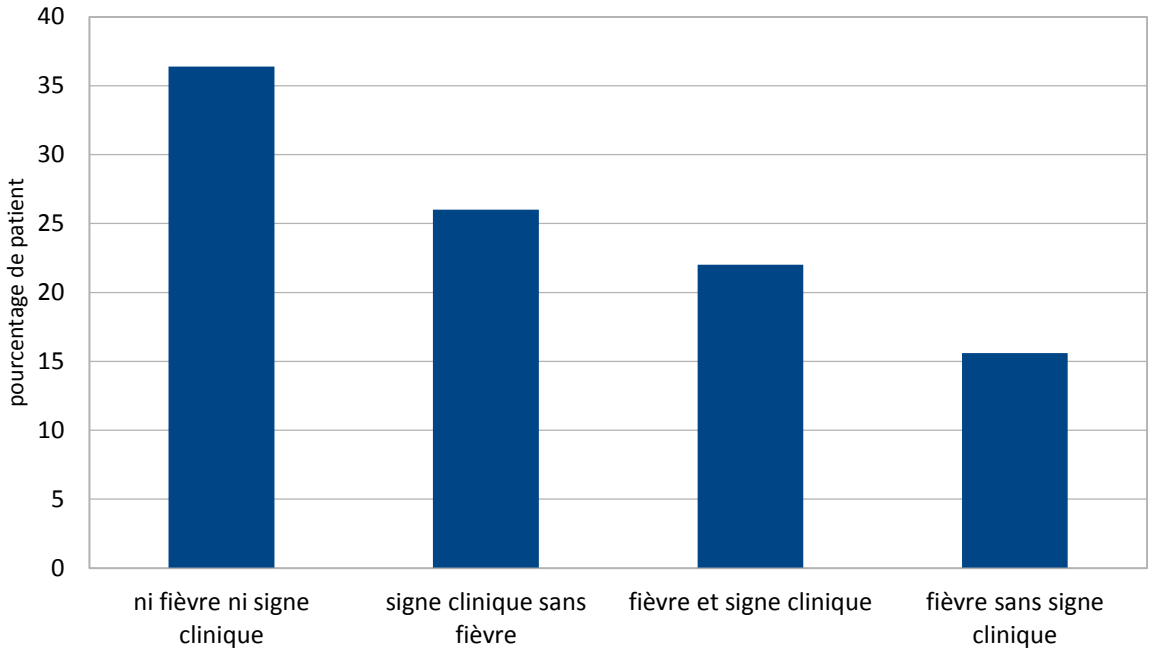


Figure 8 : Pourcentage des différents signes cliniques infectieux à l'entrée, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

- 39 scanners (soit 8%) retrouvent des lésions d'insuffisance respiratoire chronique (emphysème et/ou fibrose pulmonaire) dont 59% d'entre elles n'étaient pas connues dans les antécédents. Il n'y a pas eu de prise en charge spécifique de ces lésions scannographiques, car le traitement dépend des résultats spirométriques.

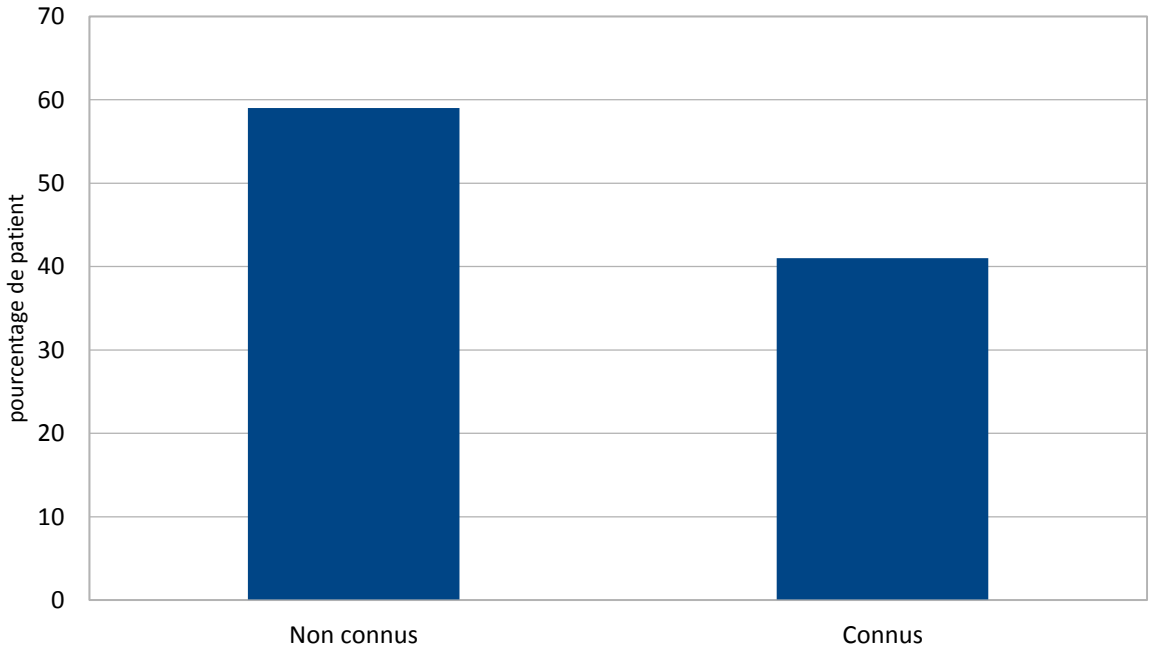


Figure 9 : Pourcentage de la notion d'antécédent d'insuffisance respiratoire chronique chez les patients avec un scan TAP retrouvant des lésions thoraciques en rapport

- 29 scanners (soit 5,9%) retrouvent des maladies thrombo-emboliques (embolie pulmonaire/thrombose veineuse profonde) dont 24 d'entre elles (soit 82,7%) n'avaient pas de signe clinique en rapport à l'entrée. Elles ont bénéficié d'un traitement spécifique dans 81% des cas par anticoagulation efficace ou pose d'un filtre cave si anticoagulation impossible.

- 35% des patients sont décédés

- 24% des patients sont rentrés à domicile ou ont regagné leur EHPAD
- 31% des patients ont été transférés en SSR
- 10% des patients ont été transférés dans un autre service

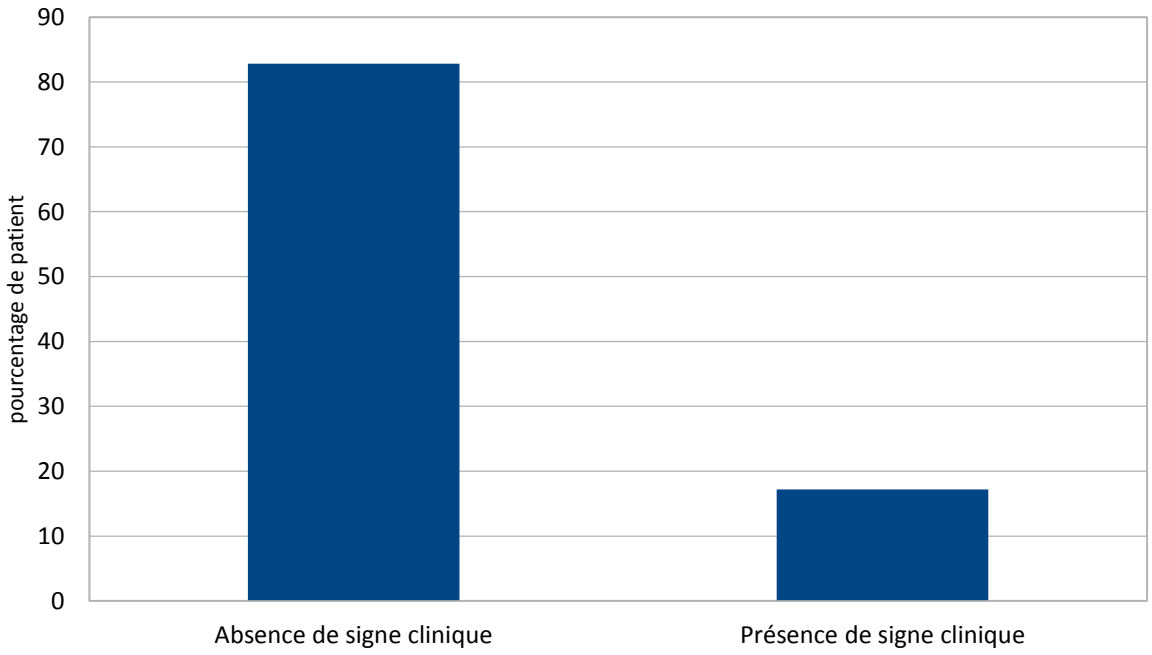


Figure 10 : Pourcentage de la présence de signe clinique de maladie thrombo-embolique à l'entrée, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

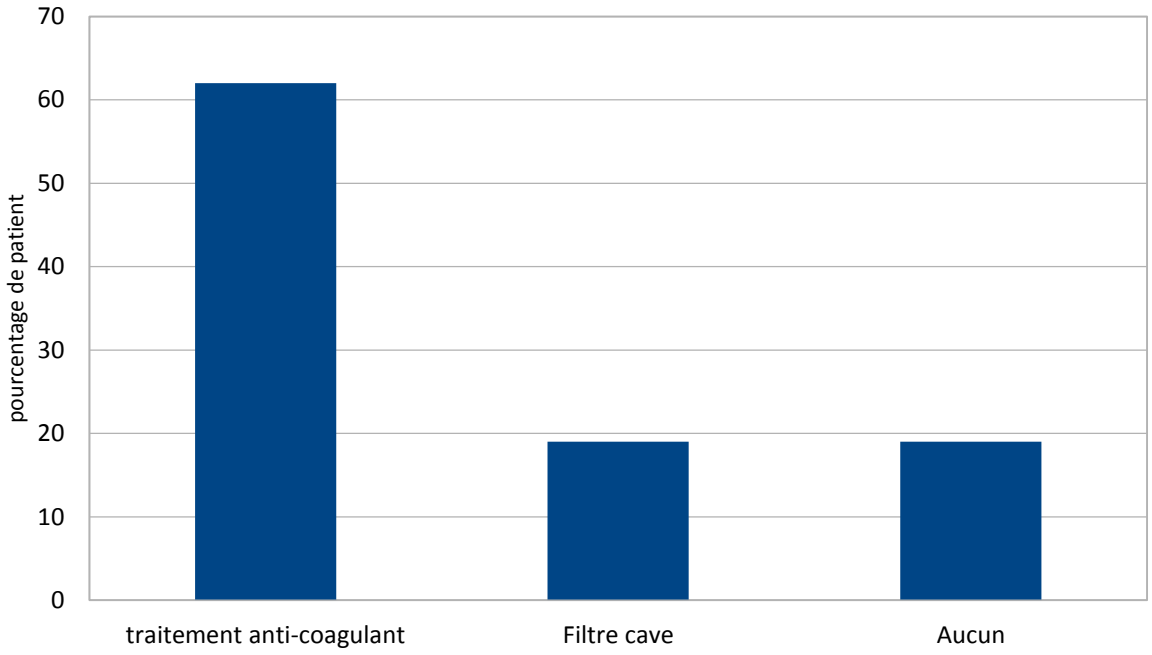


Figure 11 : Pourcentage des différentes prise en charge des maladies thrombo-emboliques vues au scan TAP, UMIPUOG, CHU NICE, 2015.

- 27 scanners (soit 5,5%) retrouvent :
    - 9 lésions traumatiques graves (5 hématomes musculaires profonds, 2 fractures de bassin, 1 fracture de fémur, 1 fracture cervicale déplacée).
    - 8 cirrhoses hépatiques dont 4 n'étaient pas connues.

- 6 lésions cardio-pulmonaires graves (3 anévrysmes de l'aorte abdominale thrombosés, 3 épanchements pleuraux massifs).
- 4 lésions autres (2 infarctus spléniques, 1 pneumothorax et une aérobilie avec doute sur fistule bilio-colique).

Discussion

Notre étude montre que le scan TAP a été contributif dans près de 70% des cas dans la détection d'une pathologie non suspectée à l'entrée dans le service. Ces résultats ont conduit à une prise en charge spécifique dans 61,7% des cas (les lésions scannographiques d'insuffisance respiratoire chronique n'ont pas eu de prise en charge thérapeutique, elles ont seulement été signifiées dans le compte-rendu d'hospitalisation si non connues auparavant).

Les trois pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les pathologies urinaires et digestives rétentionnelles (17,2%), les néoplasies ou lésions suspectes de l'être (17,2%) et les pathologies infectieuses (15,8%).

Les résultats mettent en évidence l'intérêt de la réalisation de cet examen dans l'arbre décisionnel diagnostic pour ces patients, puisque qu'il donne une explication au motif d'admission à l'hôpital souvent très vague de cette population de patients (altération de l'état général, perte d'autonomie, troubles du comportement, agitation, perte de poids…) dans 70% des cas.

Pour les stases stercorales, Faucher dans son article publié en 2004 dans la Revue Gériatrique [14] avait déjà noté l'absence de corrélation entre l'examen clinique initial et le diagnostic formel de constipation dans la population gériatrique. D'autres auteurs ont rapporté ces mêmes difficultés diagnostiques cliniques dans les pathologies infectieuses du sujet âgé [15, 16, 17, 18, 19, 20].

Ces résultats permettent de répondre à la question pragmatique de base qui a été le point de départ de notre démarche : « prise en charge curative ou palliative ? ».

En effet, pour les pathologies cancéreuses, hormis les données issues des certificats de décès [2], nous n'avons pas trouvé d'étude montrant la prévalence des cancers chez le sujet très âgé.

Dans notre étude, tous les patients pour lesquels un cancer a été découvert, ont bénéficié d'une évaluation onco-gériatrique et d'une présentation en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

41.7% de nos patients sont rentrés dans un projet de soin curatif avec chirurgie ou chimiothérapie ou association des deux thérapeutiques.

Compte tenu d'un score de Balducci 3 pour les autres patients, témoin d'un état général altéré ne permettant pas d'envisager une anesthésie générale, 58.3% de nos patients n'ont pas pu bénéficier d'un traitement curatif. Par contre, après évaluation psychologique, le diagnostic a été annoncé à tous les patients aptes à l'entendre, à toutes les familles et au médecin traitant,

permettant ainsi de définir un projet de soin palliatif clair et lisible pour tous. Les impacts de la définition claire du projet palliatif ont été triples :

- Améliorer les conditions de vie du patient et de ses proches par la certitude du diagnostic, nous permettant d'entrer ainsi dans la recherche de la qualité de vie
- Poser clairement la problématique du lieu de prise en charge de la fin de vie : UMIPUOG, domicile via l'HAD ou la plateforme palliative du C3S, EHPAD ou SSR palliatif après évaluation par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU de Nice pour l'orientation en SSR
- Eviter une errance hospitalière avec ré-hospitalisation itératives aux urgences du CHU mais aussi des cliniques privées pour prise en charge d'une altération de l'état général sans diagnostic de certitude posé

En ce qui concerne les pathologies infectieuses, plusieurs auteurs ont montré l'absence de corrélation entre les signes cliniques objectifs et le diagnostic définitif [15, 16, 17, 18, 19, 20]. De même, pour nos patients, il était cliniquement difficile, quel que soit l'examinateur, d'orienter le diagnostic infectieux, pourtant suspecté par la biologie, révélant pour chaque patient un syndrome inflammatoire malheureusement non spécifique.

Après diagnostic posé grâce au scan TAP, tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge spécifique adaptée par antibiothérapie ou chirurgie ou

association des deux thérapeutiques (ostéite sacrée avec résection chirurgicale et antibiothérapie associées par exemple).

69% des patients ont été guéris au terme de l'hospitalisation et ont pu quitter l'unité pour un retour à domicile ou en EHPAD, en SSR ou en service spécialisé. 31% des patients sont décédés dans l'unité malgré les traitements instaurés. Nous n'avons aucune publication faisant état de ce type de diagnostic précoce d'infection par scanner chez la personne âgée.

Les pathologies thrombo-emboliques ont été la plupart du temps des diagnostics fortuits car la clinique, dans ce cas aussi, a souvent fait défaut, comme le décrit Kokturk [21]. 81% des patients ont eu un traitement curatif et 19% n'ont pas été traités car la maladie thrombo-embolique venait s'associer à une pathologie de prise en charge palliative.

Par ailleurs, l'importance de la constipation sévère objectivée par le scan TAP est impressionnante dans notre série avec quasiment aucun de nos patients ne verbalisant d'inconfort digestif. Le diagnostic de constipation, classique en gériatrie, est à l'origine de troubles du comportement perturbateurs rapportés dans certaines références sur les causes de l'agitation du sujet âgé [14, 22].

L'intérêt de notre démarche de soins a été de poser objectivement le diagnostic de constipation pour les équipes infirmières et aide-soignantes, au travers des images numérisées du scanner et de les convaincre de la nécessité de donner le traitement symptomatique laxatif per os, de réaliser les lavements évacuateurs,

et de tracer la surveillance des selles. La constatation d'une amélioration clinique et comportementale des patients après évacuation de cette stase stercorale a consolidé ensuite cette prise en charge.

L'entité mal connue de la constipation récidivante par hypertonie du sphincter anal, à l'origine de troubles du comportement perturbateurs, a pu être objectivée de façon certaine par l'association d'amélioration clinique suite à la pose d'une sonde rectale et la présence d'une stase stercorale pan colique. Les 7 patients concernés ont été traités par colostomie de décharge de façon à shunter le sphincter anal avec absence de complication de l'anesthésie générale, absence de complication au geste chirurgical et par contre amélioration spectaculaire de l'état général de ces patients permettant une sortie de l'hôpital sans ré-hospitalisation ni décès à un an.

Cet acte chirurgical, dans ce contexte particulier, a déjà fait l'objet de deux publications avec des conclusions nettement encourageantes sur la qualité de vie du patient [23, 24].

A notre connaissance, notre étude est la première de ce type. Il n'avait probablement pas été envisagé que le rapport bénéfice/risque/coût et que l'importance des diagnostics retrouvés puissent être à ce point positifs pour cette population de patients âgés fragiles.

Notre étude montre également la bonne faisabilité du scan TAP, dont la technique simple permet de limiter le nombre d'examens complémentaires et

dont les complications, dans notre série de patients pourtant très fragiles, restent très faibles. La iatrogénie liée au produit de contraste injecté et le risque de néoplasie radio-induite (dose de 12 mSv environ pour un scan TAP [25]) sont habituellement avancées, mais les références montrent que ces écueils sont rares, d'autant que certains d'entre eux peuvent être prévenus par une thérapeutique adaptée au préalable [26, 27]. Par ailleurs, le risque de cancer radio-induit est extrêmement faible dans la population cible de notre étude compte tenu de l'âge avancé des patients.

Les 2 autres complications liées à la réalisation de cet examen, que constituent l'insuffisance rénale aigüe par nécrose tubulaire et l'extravasation de produit de contraste, devraient concerner beaucoup de nos patients.

Pourtant, dans notre étude, nous n'avons recensé que 2 cas (soit 0.40%) d'insuffisance rénale aigüe secondaire à l'injection de produit de contraste, réversibles, et 2 cas d'extravasation de produit de contraste (soit 0.40%) pendant l'injection, sans aucune conséquence clinique ou fonctionnelle au décours.

Par contre, fait remarquable, nous devons déplorer 3 chutes traumatisantes de la table du scanner (soit 0.61%), complications non retrouvées dans la littérature médicale, probablement spécifiques de la population cible de l'étude, et qui doivent peut être amener à proposer une surveillance accrue lors de la réalisation de l'examen avec peut être contention physique transitoire. Un

seul de ces patients a présenté une complication traumatique à la suite de cette chute (fractures multiples faciales et traumatisme crânien) d'évolution heureusement favorable sans séquelles.

Au final, la balance bénéfice-risque pencherait en faveur de la réalisation du scan TAP, au vu des résultats retrouvés.

En ce qui concerne les critères de notre étude, elle présente des limites en raison du fait qu'elle est rétrospective et descriptive, par ailleurs, qu'elle ne possède pas de groupe contrôle et qu'elle est monocentrique. Par contre, notre étude est remarquable car elle contient un effectif important sur une population gériatrique ciblée peu évaluée.

Conclusion

Notre étude et ses résultats pourraient, à l'avenir, changer les pratiques de prise en charge en gérontologie. Avec des diagnostics de certitude faits plus précisément et plus précocement, il existe un bénéfice en terme d'efficacité de prise en charge et peut-être en terme d'économie de santé par la diminution des durées de séjour, mais en l'absence de groupe contrôle, cet impact économique ne peut être démontré, d'autant plus que cela serait éthiquement difficile à réaliser. Mais une étude multicentrique avec instauration de ce scan TAP en systématique à tous les patients à l'entrée, pourrait peut-être diminuer le délai d'attente à la réalisation de cet examen, et donc, réduire les coûts de séjour.

Ces patients, avec un projet de soin bien défini, pourraient être admis directement en service de soins palliatifs ou à nouveau à l'UMIPUOG mais n'auraient plus intérêt à être pris en charge aux urgences.

Il est important de garder à l'esprit que cette population étant très hétérogène, les patients robustes pourraient bénéficier d'une prise en charge active curative et les patients fragiles, d'une prise en charge palliative en terme d'amélioration de leur qualité de vie.

Les conclusions de notre étude demanderaient à être confirmées par des études prospectives afin de définir des standards de bonne pratique en gériatrie et peut être affiner les cas où le scan TAP deviendrait incontournable.

Annexe 1 : Cotations des scanners du CHU Archet de Nice en 2015

TARIFICATION DES FORFAITS TECHNIQUES SCANNERS IRM TEPSCAN
TARIFS AU 25/08/2015

LORSQUE LES MANIPULATEURS SAISSISSENT A MINIMA LES LETTRES CLES "SERVICE PUBLIC" : PAIEMENT REGIE MODIFIER LA LETTRE CLE S'IL Y A LIEU SELON INDICATION DU SECRETARIAT RADIOLOGIE

ATTENTION DEPUIS LE 01/07/2013 DANS LES CAS OU 2 ACTES SCANNERS PEUVENT ETRE FACTURES LE 2ème FORFAIT EST FACTURABLE A 15 % ET NON PLUS A 25 %

SITE	TYPE D'ACTIVITE	U.F.	COMPTE BUDGETAIRE	TARIF NORMAL			TARIF REDUIT		
				LETTRE CLE	TARIFICATION PERIODE	TARIFICATION MONTANT	LETTRE CLE	TARIFICATION PERIODE	TARIFICATION MONTANT
ARCHET N° FINESS 060789195	N° FINESS : 06 0 78919 5								
	SCANNER (2 APPAREILS)								
	2 nouvelles mises en conformité le 08/03/2006								
	1° - ARCHET 2 : SCANNER N°1 (ancien de Pasteur)				TARIF NORMAL AMORTI			TARIF REDUIT AMORTI	
	Code Clinicom : SCAN1AR							ACTIVITE DE REFERENCE = 6000 ACTES	
	2ème mise en conformité le 08/03/2006							SEUIL 1 = 11 000 ACTES	
								SEUIL 2 = 13000 ACTES	
	a - patients externes régime Sce Public	7656	7324327	SN7	à/c du 01.07.2015	70,38 €	SR7R	A/C DU 04/05/2015	59,72 €
							SR7R	A/C DU 01/07/2015	58,72 €
							SR7S	A/C du 25/08/2015	41,88 €
	b - activité libérale des médecins hospitaliers :	7656	75432 1 3 7	SN9	à/c du 01.07.2015	70,38 €	SR9R	A/C DU 04/05/2015	59,72 €
							SR9R	A/C DU 04/05/2015	58,72 €
							SR9S	A/C du 25/08/2015	41,88 €
	2° - ARCHET 2 : SCANNER N° 2 (neuf)				TARIF NORMAL AMORTI			TARIF REDUIT AMORTI	
	Code Clinicom : SCAN2AR							ACTIVITE DE REFERENCE = 6000 ACTES	
	mise en conformité le 08/03/06 validité à/c du 04/12/2005							SEUIL 1 = 11 000 ACTES	
								SEUIL 2 = 13 000 ACTES	
	a - patients externes régime Sce Public	7646	7324328	SN72	à/c du 01.07.2015	70,38 €	SR72	A/C DE 6001 ACTES	58,72 €
								A/C DE 11 001 ACTES	41,88 €
								A/C DE 13 001 ACTES	29,63 €
	b - activité libérale des médecins hospitaliers :	7646	75432 1 3 8	SN92	à/c du 01.07.2015	70,38 €	SR92	A/C DE 6001 ACTES	58,72 €
								A/C DE 11 001 ACTES	41,88 €
								A/C DE 13 001 ACTES	29,63 €
	c - Co-utilisation par des médecins libéraux	7646	754 32 1 1 8	SN82	à/c du 01.07.2015	70,38 €	SR82	A/C DE 6001 ACTES	58,72 €
								A/C DE 11 001 ACTES	41,88 €
								A/C DE 13 001 ACTES	29,63 €
	IRM (1 APPAREIL)				TARIF NORMAL			TARIF REDUIT	
	Code Clinicom : IRM2AR							ACTIVITE DE REFERENCE = 4500 ACTES	
	mise en conformité : 05/12/2009							SEUIL 1 = 8 000 ACTES	
								SEUIL 2 = 11 000 ACTES	
	a - patients externes régime Sce Public	7658	7324317	FN7	à/c du 01.01.2015	173,11 €	FR7R	A/C DE 4 501 ACTES	74,16 €
								A/C DE 8 001 ACTES	52,54 €
								A/C DE 11 001 ACTES	26,11 €
	b - activité libérale des médecins hospitaliers :	7658	75431 3 7	FN9	à/c du 01.01.2015	173,11 €	FR9R	A/C DE 4 501 ACTES	74,16 €
								A/C DE 8 001 ACTES	52,54 €
								A/C DE 11 001 ACTES	26,11 €

Bibliographie :

1) www.insee.fr, Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France métropolitaine, Source : Insee, Estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2014).
2) www.insee.fr, Principales causes de décès des personnes âgées en 2012 en France métropolitaine, Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).
3) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. The Lancet. 2012; 380(9836):37-43.
4) Limpawattana P, Phungoen P, Mitsungnern T, Laosuangkoon W, Tansangworn N. Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. Arch Gerontol Geriatr. 2015; 167(5):300-48.
5) Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, Luthy C, Vermeulen B, Sarasin FP. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss Med Wkly 2005; 135(9-10):145-50.

6) Hodgson NA, Gitlin LN, Winter L, Czekanski K. Undiagnosed illness and neuropsychiatric behaviors in community residing older adults with dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2011; 25(2):109-15.

7) Collège des Enseignants de Radiologie de France (CERF). Radiologie [texte imprimé]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010, 403 p.

8) Self WH, Courtney DM, McNaughton CD, Wunderink RG, Kline JA. High discordance of chest X-ray and computed tomography for detection of pulmonary opacities in Emergency Department patients : implications for diagnosing pneumonia. Am J Emerg Med. 2013; 31(2):401-5.

9) Nguyen LK, Wong DD, Fatovich DM, Yeung JM, Persaud J, Wood CJ, de Vos D, Mendelson RM. Low-dose computed tomography versus plain abdominal radiography in the investigation of acute abdomen. J Surg. 2012; 82(1-2):36-41.

10) Ebner L, Bütikofer Y, Ott D, Huber A, Landau J, Roos JE, Heverhagen JT, Christe A. Lung nodule detection by microdose CT versus chest radiography (standard and dual-energy subtracted). Am J Roentgenol. 2015; 204(4):727-35.

11) Blanchon T, Bréchot JM, Grenier PA, Ferretti GR, Lemarié E, Milleron B, Chagué D, Laurent F, Martinet Y, Beigelman-Aubry C, Blanchon F, Revel MP, Friard S, Rémy-Jardin M, Vasile M, Santelmo N, Lecalier A, Lefébure P, Moro-Sibilot D, Breton JL, Carette MF,

Brambilla C, Fournel F, Kieffer A, Frija G, Flahault A, Dépiscan Group. Baseline results of the Depiscan study : a French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (LDCT) and chest X-ray (CXR). Lung Cancer. 2007; 58(1):50-8.

12) Van Randen A, Laméris W, van Es HW, van Heesewijk HP, van Ramshorst B, Ten Hove W, Bouma WH, van Leeuwen MS, van Keulen EM, Bossuyt PM, Stoker J, Boermeester MA, OPTIMA Study Group. A comparison of the accuracy of ultrasound and computed tomography in common diagnoses causing acute abdominal pain. Eur Radiol. 2011; 21(7):1535-45.

13) Rotert H, Nöldge G, Encke J, Richter GM, Düx M. The value of CT for the diagnosis of acute diverticulitis. Radiologe. 2003; 43(1):51-8.

14) Faucher N, Cudennec T, Le Mouël L, Roger M. Constipation et impaction fécale : des maux fréquents en gériatrie. Rev Geriatr. 2004; 29(6)435-41.

15) Matthews SJ, Lancaster JW. Urinary tract infections in the elderly population. Am J Geriatr Pharmacother. 2011; 9(5):286-309.

16) Pérez-Guzman C, Vargas MH. Mycobacterial infections in the elderly. Semin Respir Crit Care Med. 2010; 31(5):575-86.

17) Yahav D, Schlesinger A, Daitch V, Akayzen Y, Farbman L, Abu-Ghanem Y, Paul M, Leibovici L. Presentation of infection in older patients-a prospective study. Ann Med. 2015; 47(4):354-8.

18) Wester AL, Dunlop O, Melby KK, Dahle UR, Wyller TB. Age-related differences in symptoms, diagnosis and prognosis of bacteremia. BMC Infect Dis. 2013; 24;13:346.

19) Law ST, Li KK. Older age as a poor prognostic sign in patients with pyogenic liver abscess. Int J Infect Dis. 2013; 17(3):e177-84.

20) Caterino JM, Ting SA, Sisbarro SG, Espinola JA, Camargo CA Jr. Age, nursing home residence, and presentation of urinary tract infection in U.S emergency department, 2001-2008. Acad Emerg Med. 2012; 19(10):1173-80.

21) Kokturk N, Oguzulgen IK, Demir N, Demirel K, Ekim N. . Differences in clinical presentation of pulmonary embolism in older versus younger patients. Circ J. 2005; 69(8):981-6.

22) Collège National des Enseignants de Gériatrie, Gériatrie [texte imprimé]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 3ème édition, 2014, 280 p.

23) Qian Q, Jiang CQ, Chen Y, Ding Z, Wu YH, Zheng KY, Qin QB, Liu Z. A modified total colonic exclusion for elderly patients with severe slow transit constipation. Tech Coloproctol. 2014; 18(7):629-34.

24) Ding Z, Chen Y, Jiang CQ, Wu YH, Zheng KY, Qin QB, Qian Q. Total colonic exclusion plus side to side ileorectal antiperistaltic

anastomosis in the treatment for elderly patients with slow transit constipation. Tech Coloproctol. 2013; 16(7):637-40.

25) Donadieu J, Scanff P, Pirard P, Aubert B. Exposition médicale aux rayonnements ionisants à visée diagnostique de la population française : état des lieux fin 2012 en vue de la mise en place d'un système de surveillance. Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire sur l'Exposition aux radiations ionisantes d'origine médicale, avril 2006, Numéro 15-16, p 102-106.

26) Brenner DJ, Elliston CD. Estimated radiation risks potentially associated with full-body CT screening. Radiology. 2004; 232(3):735-8.

27) Clément O. Iatrogenic complications from contrast materials. J Radiol. 2005; 86(5 Pt 2):567-72.

CHAMPIGNY NOEMIE

TITRE : PERTINENCE DU SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN SYSTEMATIQUE SUR UNE POPULATION GERIATRIQUE HOSPITALISEE

Ville et Date de soutenance : Nice le lundi 7 décembre 2015

Introduction : Le but de notre étude était de définir si le scanner thoraco-abdomino-pelvien (scanTAP) systématique à l'entrée en hospitalisation de gérontologie, pouvait être décisif en terme de diagnostic précoce, de prise en charge spécifique avec une probable diminution de la durée de séjour à l'origine d'un bénéfice économique.

Méthode : C'est une étude rétrospective avec recueil des données sur un logiciel informatique (CLINICOM), sur tous les scanTAP réalisés sur l'Unité de Médecine Interne Post Urgences à Orientation Gériatrique (UMIPUOG) du CHU Archet de Nice, de mai 2011 à mai 2015. Nous avons pris en compte les signes cliniques et les antécédents du patient à l'entrée. Un système de codage identique pour le motif d'entrée et la conclusion du scanTAP a été utilisé. Les pathologies similaires retrouvées au scanTAP ont été regroupées et exprimées en pourcentage par rapport à l'ensemble des scanTAP réalisés.

Résultats : Sur 2017 patients, 488 scanTAP (24,2%) ont été comptabilisés. Les 1529 patients sans scanTAP étaient pour moitié des diagnostics pré-établis et pour l'autre moitié, des décès ou orientations précoces, soins palliatifs purs, hébergés et fugues. 69,7% des scanTAP (340) ont été considérés comme contributifs et 61,7% ont eu une prise en charge spécifique (pas de traitement thérapeutique des lésions scannographiques d'insuffisance respiratoire chronique). Les résultats sont : 84 scanTAP (17,2%) retrouvant des pathologies rétentionnelles uro-digestives, dont 60,7% n'avaient pas de signes cliniques à l'entrée ; 84 scanTAP (17,2%) retrouvant des néoplasies dont 73,8% n'étaient pas connues ; 35 d'entre elles ont eu une prise en charge spécialisée curative et les 49 autres une prise en charge palliative adaptée. 77 scanTAP (15,8%) retrouvant des infections dont 78% se présentaient sous forme atypique ; 39 scanTAP (8%) retrouvant des lésions d'insuffisance respiratoire chronique dont 59% n'étaient pas connues ; 29 scanTAP (5,9%) retrouvant des pathologies thrombo-emboliques dont 82,8% n'avaient pas de signe clinique. 81% d'entre elles ont été traitées par anticoagulation ou filtre cave ; Les 27 scanTAP restants (5,5%) étaient des lésions traumatiques, cirrhoses, maladies cardio-pulmonaires et autres.

Discussion : C'est la première étude de ce type. De nombreuses publications retrouvent, comme nous, la présentation clinique souvent atypique dans cette population. La balance bénéfice-risque pencherait en faveur de la réalisation du scanTAP, bien que celui-ci présente des limites par sa iatrogénie, connue mais faible. Notre étude a démontré le bénéfice en terme diagnostic et prise en charge du patient. Il reste à démontrer, par des études prospectives multicentriques, s'il existe un bénéfice économique par la diminution des durées de séjour.

Directeur de Thèse : Dr Marina TAUREL

Mots-clés : scanner thoraco-abdomino-pelvien, systématique, gériatrie, prise en charge spécifique, symptômes atypiques, pathologies uro-digestives rétentionnelles, néoplasies, infections, maladies thrombo-emboliques.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.