

Généralités sur la séméiologie cardiovasculaire

J.-É. Wolf, A. Cohen

PLAN DU CHAPITRE

Interrogatoire du patient	16
Examen du patient : recueil des signes physiques	17
Examens complémentaires	20

La prise en charge médicale d'un patient impose de recueillir ses antécédents médicaux personnels et familiaux, de rechercher des «facteurs» de risque prédisposant aux affections cardiaques les plus fréquentes, de rechercher les signes d'éventuelles maladies. La sémiologie regroupe le recueil des signes fonctionnels (plaintes formulées par les patients) et des signes physiques (retrouvés par le médecin lors de son examen). Le médecin pourra recourir à des investigations paracliniques apportées par des examens complémentaires pour étayer une hypothèse diagnostique secondairement. L'interrogatoire constitue le fondement sur lequel doit s'appuyer toute démarche diagnostique; il demeure un temps très important de l'examen clinique qu'il ne faut pas négliger.

Interrogatoire du patient

L'interrogatoire permet de préciser les antécédents personnels et familiaux ainsi que les signes fonctionnels cardiovasculaires principaux.

Antécédents personnels et familiaux

Antécédents personnels

Le médecin recherche et note tous les antécédents personnels du patient. Les antécédents personnels peuvent se diviser en trois parties : les antécédents cardiovasculaires, les antécédents médicaux et les antécédents chirurgicaux.

Il convient aussi de préciser les hospitalisations antérieures.

Les antécédents cardiovasculaires comprennent :

- les coronaropathies et antécédents d'infarctus du myocarde;
- les valvulopathies;
- les autres cardiopathies;
- les épisodes d'insuffisance cardiaque;
- les troubles de la conduction;
- les troubles du rythme;
- les épisodes de thrombose veineuse profonde et/ou d'embolie pulmonaire;
- la présence de pathologie vasculaire telle que l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).

Les patients qui ont déjà été victimes d'un accident cardiovasculaire (infarctus myocardique, accident ischémique cérébral...) ont fait la preuve *ipso facto* qu'ils étaient à haut risque. Ces antécédents devront être précisés et vérifiés avec attention.

Les autres antécédents médicaux et chirurgicaux complètent cette première partie.

Antécédents familiaux

Tous les antécédents familiaux sont recherchés, particulièrement ceux de maladies cardiovasculaires athéromateuses (artériopathie oblitérante des membres, coronaropathie quelle que soit la forme clinique, accident ischémique cérébral), précoces (moins de 55 ans pour un homme, 65 ans pour une femme), chez des parents du premier degré (père, mère, frère, sœur), qui augmentent considérablement le risque d'un accident dans les années suivantes.

On recherchera aussi de manière attentive les antécédents familiaux de mort subite, de thrombose veineuse ou embolie pulmonaire, de thrombophilie, de diabète, d'HTA, de dyslipidémie et les atteintes cardiovasculaires d'origine génétique.

Facteurs de risque d'athérothrombose

Bien que les facteurs de risque d'athérothrombose — ce terme désigne l'athérosclérose et les processus thrombotiques qui lui sont souvent associés — ne soient pas des *signes* à proprement parler, puisqu'ils n'entraînent souvent aucun symptôme, leur recueil fait partie intégrante de toute observation clinique (cf. chapitre 2 « Coronaires », pour leur analyse plus détaillée). D'autre part, ils constituent la base rationnelle de la prévention des complications cliniques de l'athérothrombose, qui constituent actuellement un problème majeur de santé publique dans les pays occidentaux. Il est donc important de les énoncer brièvement dans le document concernant la sémiologie (cf. encadré).

Facteurs de risque d'athérothrombose

- L'âge supérieur à 50 ans chez l'homme et 60 ans chez la femme.
- Le sexe masculin.
- L'hypertension artérielle définie pour une PA > 140/90 mm Hg. Il convient de préciser son ancienneté, ses complications sous-jacentes (ophtalmologiques, cardiaques, rénales, cérébrales), les traitements en cours.
- Le diabète, défini pour une glycémie veineuse à jeun supérieure à 1,26 g/l ou supérieure à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée. Comme pour l'HTA, il faut préciser son ancienneté, la présence de complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie), macrovasculaires ou neurologiques. Les traitements pris et le type de diabète sont aussi à recueillir.
- Le tabagisme avec l'âge de début, l'âge de fin, le nombre de paquets-années ainsi qu'un sevrage inférieur à trois ans.

- La dyslipidémie, le traitement pris.
- L'hérédité cardiovasculaire : infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou un parent du premier degré de sexe masculin ; ou infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou un parent du premier degré de sexe féminin.
- L'obésité² : IMC > 30 kg/m² (surpoids : IMC > 25 kg / m²).
- La sédentarité.

² IMC : indice de masse corporelle, calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres.

L'interrogatoire comprend la prise en note des traitements médicaux pris quotidiennement par le patient ainsi que leurs doses.

Signes fonctionnels cardiovasculaires principaux

Ce sont les signes rapportés par le patient spontanément ou pendant l'interrogatoire.

Les cardiopathies peuvent être asymptomatiques ou donner peu de signes : elles seront alors découvertes lors de l'examen du patient par un médecin ou lors de la réalisation d'un examen complémentaire.

Mais, dans la plupart des cas, les pathologies cardiovasculaires entraînent l'apparition de signes fonctionnels indispensables à connaître pour assurer la prise en charge optimale de ces patients qui peuvent être immédiatement menacés dans leur existence par la pathologie cardiaque en évolution.

Les symptômes fonctionnels cardiaques les plus fréquents sont :

- les *douleurs* : les douleurs thoraciques sont étudiées en détail dans le chapitre 2 « Coronaires » et les douleurs vasculaires dans le chapitre 6 « Pathologie vasculaire » ;
- la *dyspnée*, étudiée en détail dans le chapitre 4 « Insuffisance cardiaque » ;
- les *palpitations*, les *malaises*, étudiés en détail dans le chapitre 5 « Électrophysiologie » ;
- les *lipothymies*, *syncopes*, décrites dans le chapitre 5 « Électrophysiologie » ;
- la *claudication intermittente des membres inférieurs*, étudiée dans le chapitre 6 « Pathologie vasculaire ».

Il faut également rechercher la présence d'une *toux* et d'épisodes d'*hémoptysie*.

Examen du patient : recueil des signes physiques

Ces signes sont recueillis par l'examen clinique du patient fait par le médecin à l'aide de ses propres sens. Dans la mesure du possible, l'examen se fera dans une pièce calme à une température confortable et, de préférence, à la lumière du jour.

On distingue l'inspection (ce que voit le médecin), la palpation (faite avec des mains réchauffées), la percussion et, surtout, l'auscultation faite avec le stéthoscope.

Tout examen clinique débute par la prise de la fréquence cardiaque, la mesure de la pression artérielle, de la température et, si possible, de la saturation en oxygène.

Inspection

L'inspection du thorax peut occasionnellement fournir des informations utiles :

- morphologie : thorax « en tonneau » des insuffisants respiratoires, thorax « en entonnoir » (*pectus excavatum*), cypho-scoliose ;
- présence de cicatrices, notamment de chirurgie cardiaque ou vasculaire ;
- circulation veineuse collatérale, œdème « en pèlerine » ;
- fréquence respiratoire (normale < 15/min au repos chez l'adulte) ; qualité de la respiration (pénibilité, régularité) : dyspnée de repos, orthopnée, respiration paradoxale ; signes de détresse respiratoire aiguë : une polypnée (fréquence respiratoire > 20/min), un tirage sus-claviculaire, une respiration abdominale, une cyanose voire un épuisement respiratoire avec une bradypnée ;
- signes d'insuffisance cardiaque droite : turgescence jugulaire et œdèmes des membres inférieurs. Les œdèmes des membres inférieurs d'origine cardiaque sont blancs, mous, bilatéraux, prenant le godet³ et indolores. Ils sont situés préférentiellement au niveau des chevilles et en effacent les reliefs naturels. Il convient de les chercher au niveau des lombes chez les patients alités ;
- ictère, pâleur, présence de marbrures ;
- signes d'insuffisance veineuse chronique, tels que les varicosités, les varices, la dermite ocre, les ulcères veineux ;
- signes d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs : peau livide voire extrémités cyanosées, dépilation et ulcères artériels.

³ Lorsqu'on exerce une pression avec un doigt, celui-ci laisse son empreinte pendant quelques secondes : on dit alors que les œdèmes prennent le godet.

Palpation

La palpation, réalisée avec des mains réchauffées, permet de rechercher le choc de la pointe du cœur, des frémissements chez certains patients atteints de valvulopathies (cf. chapitre 3), de recueillir des signes d'insuffisance cardiaque (cf. chapitre 4), de rechercher les pouls artériels et des signes de pathologies artérielles ou veineuses (cf. chapitre 6).

Palpation thoracique

La palpation thoracique s'appliquera à rechercher le choc de pointe. Il est localisé au niveau du cinquième espace intercostal gauche, au niveau de la ligne médioclaviculaire.

Le *signe de Harzer* décrit la perception pulsatile des battements en raison d'une dilatation du ventricule droit. Il se situe au niveau du creux épigastrique et est un signe inconstant observé dans l'insuffisance cardiaque droite.

Palpation abdominale

La palpation abdominale recherche une hépatomégalie qui est quantifiée et le reflux hépatojugulaire, tous deux signes d'insuffisance cardiaque droite.

Le *reflux hépatojugulaire* se recherche chez un patient en position demi-assise, à 45°. Le malade respire normalement. La palpation effectuée au niveau de l'hypochondre droit entraîne le remplissage des veines jugulaires pendant le temps de la compression et quelques secondes après.

Pouls artériels

La palpation des pouls artériels se fait patient allongé, en décubitus dorsal et de manière bilatérale. La prise de pouls s'effectue en appuyant avec la pulpe des doigts (pouce exclu) et permet de sentir les battements des artères.

Les pouls artériels sont temporaires, carotidiens, huméraux, radiaux, ulnaires, fémoraux, poplités, tibiaux postérieurs et pédieux.

Percussion

La percussion est réalisée en tapant avec l'extrémité du majeur de sa main droite sur ses propres doigts de la main gauche (en général au niveau de la deuxième phalange du majeur) placée à plat sur le thorax du patient.

Elle est peu utile pour l'examen du cœur mais est très utilisée au niveau *pleuropulmonaire* pour rechercher des épanchements liquidiens qui sont mats et contrastent avec la sonorité normale « aérique » du thorax.

La percussion *abdominale* permet de rechercher une hépatomégalie, voire une ascite au cours d'une insuffisance cardiaque.

Auscultation cardiaque

L'auscultation cardiaque (et vasculaire) est le temps essentiel de l'examen cardiovasculaire. L'auscultation cardiaque consiste à définir les caractéristiques des bruits du cœur, à reconnaître et dépister les souffles cardiaques.

L'auscultation du cœur est toujours complétée par l'auscultation pleuropulmonaire.

L'auscultation cardiaque s'effectue dans un lieu silencieux, le patient torse nu. Ce dernier se met initialement en décubitus dorsal, en décubitus latéral gauche puis en position assise.

Il convient de prendre le pouls radial en même temps que l'auscultation cardiaque.

On note quatre foyers principaux d'auscultation cardiaque, mais l'ensemble du thorax doit être ausculté :

- le *foyer aortique* au niveau du deuxième espace intercostal droit ;
- le *foyer pulmonaire* situé au niveau du deuxième espace intercostal gauche ;
- le *foyer mitral* au niveau de la pointe du cœur, cinquième espace intercostal gauche sur la ligne médioclaviculaire ;
- le *foyer tricuspide* au niveau de l'appendice xyphoïde.

Auscultation cardiaque normale

L'auscultation cardiaque normale est composée de deux bruits : le B1 et le B2, dont le bruit est équivalent au « POUM-TA ».

Le premier bruit du cœur perçu à l'auscultation est le **B1** :

- il est dû à la *fermeture des valves atrioventriculaires* ;
- le B1 est un son *grave* ;
- il correspond au *début de la systole ventriculaire*.

Le deuxième bruit du cœur perçu à l'auscultation est le **B2** :

- il correspond à la *fermeture de la valve aortique* ;
- comparé au B1, le B2 est un bruit *bref et sec* ;
- il représente le *début de la diastole ventriculaire*.

L'intervalle B1-B2, le plus court, synchrone du pouls radial, délimite la systole ventriculaire ; l'intervalle B2-B1, plus long, délimite la diastole ventriculaire (voir chapitre 3).

Auscultation cardiaque pathologique

L'auscultation cardiaque permet d'observer des modifications pathologiques des bruits du cœur et l'apparition d'éléments anormaux dans les silences, dont les principaux sont des bruits supplémentaires, des souffles cardiaques voire de rares roulements, des frottements péricardiques.

Modifications des bruits

- L'éclat du B1, perçu à l'apex, peut s'écouter dans le rétrécissement mitral.
- L'éclat du B2, au niveau du foyer pulmonaire, fait évoquer une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).
- Le B2 peut être dédoublé de manière fixe au cours de la communication interauriculaire (interatriale).
- Le galop protodiastolique, ou B3, suit le B2. Il traduit généralement une insuffisance cardiaque et en est un des signes cliniques. Le B4 est un bruit de galop télédiastolique n'existant qu'en rythme sinusal.
- Un ou plusieurs « clics » mésosystoliques peuvent être entendus lors d'une dystrophie valvulaire mitrale (prolapsus valvulaire).

Souffles cardiaques

Lors de l'auscultation cardiaque, un souffle cardiaque peut être perçu. Il convient alors d'en définir différents paramètres :

- le *siège* : aortique, mitral, tricuspide ou pulmonaire ou endapexien. Il est important de rechercher une *irradiation* au souffle en auscultant les axes carotidiens et l'aire axillaire;
- la *chronologie* : le souffle peut être systolique ou diastolique et très rarement continu systolo-diastolique. Il faut en préciser le plus possible le temps :
 - proto-(systolique/diastolique) : au début;
 - méso-(systolique/diastolique) : au milieu;
 - télé-(systolique/diastolique) : à la fin;
 - holo-(systolique/diastolique) : du début à la fin;
- l'*intensité*, cotée de 1 à 6 :
 - 1/6 : très faible intensité et difficilement perçu;
 - 2/6 : faible intensité;
 - 3/6 : intensité moyenne à forte;
 - 4/6 : intensité forte avec frémissement;
 - 5/6 : intensité très forte avec frémissement;
 - 6/6 : intensité maximale, souffle perçu sans stéthoscope;
- les *caractéristiques phoniques* :
 - le timbre : grave, aigu;
 - la variabilité selon la respiration ou la position du patient;
 - la tonalité.

Souffles systoliques

Les souffles systoliques sont de deux types : les souffles systoliques éjectionnels et les souffles systoliques de régurgitation (voir chapitre 3).

Les souffles systoliques éjectionnels débutent après B1 et finissent avant B2; leur intensité, crescendo-decrescendo, est renforcée lors de longues diastoles. Y figurent les souffles de rétrécissement aortique, le souffle anorganique et le souffle de rétrécissement pulmonaire (plus rare).

Les souffles systoliques de régurgitation sont holosystoliques et d'intensité constante. Leur intensité n'est pas renforcée par de longues diastoles. On compte parmi ces souffles l'insuffisance mitrale, l'insuffisance tricuspide et le souffle de communication interventriculaire.

Les souffles systoliques les plus fréquents sont le rétrécissement aortique et l'insuffisance mitrale.

Le souffle de rétrécissement aortique :

- c'est un souffle mésosystolique, perçu après B1 et finissant avant B2;
- le souffle est dur, râpeux, maximal au foyer aortique;
- plus le souffle est intense, plus le rétrécissement aortique est important;
- il irradie aux carotides;
- le rétrécissement aortique est serré et calcifié lorsque le B2 est aboli à l'auscultation.

Le souffle d'insuffisance mitrale :

- c'est un souffle holosystolique de régurgitation, car causé par la régurgitation du sang à travers la valve mitrale;
- le souffle d'insuffisance mitrale est doux, en jet de vapeur, maximal au foyer mitral;
- il irradie vers l'aire axillaire;
- son intensité n'est pas proportionnelle à l'importance de la régurgitation valvulaire.

Souffles diastoliques

Les souffles diastoliques témoignent toujours d'une atteinte organique.

Les plus fréquents sont l'insuffisance aortique et le rétrécissement mitral.

Le souffle d'insuffisance aortique :

- c'est un souffle protodiastolique decrescendo, perçu au foyer aortique et au bord supérieur du sternum;
- le souffle est doux, humé, et au bord supérieur du sternum aspiratif;
- il irradie le long du bord gauche du sternum (endapex) et est mieux perçu le patient assis et penché en avant;
- peuvent s'y associer le « *pistol shot* » mésosystolique et un roulement diastolique de Flint au foyer mitral (rétrécissement mitral fonctionnel lié à la fuite aortique).

Le souffle de rétrécissement mitral :

- c'est un souffle (roulement) diastolique perçu au foyer mitral;
- il est composé d'un éclat du B1, suivi d'un claquement du B2 puis d'un roulement diastolique, d'intensité decrescendo.

Frottement péricardique

Le frottement péricardique est entendu lors d'une *péricardite aiguë*. Il s'agit d'un élément anormal typiquement systolique et diastolique, rauque et mieux perçu le long du bord gauche du sternum, le patient étant penché en avant au cours d'une expiration forcée.

Pression artérielle

La mesure de la pression artérielle (cf. chapitre 6 « Pathologie vasculaire ») nécessite des conditions adéquates :

- un endroit calme;
- le patient est allongé depuis au moins dix minutes;
- un brassard tensionnel adapté à la morphologie du patient.

La pression artérielle est mesurée aux deux bras, en position allongée puis debout.

Le brassard tensionnel, adapté à la circonférence du bras du patient, est enroulé autour du bras. Celui-ci doit reposer sur le plan du lit. Le stéthoscope doit être appliqué en aval du brassard, au niveau de l'artère humérale.

Le brassard est gonflé rapidement jusqu'à la disparition du pouls radial puis est dégonflé progressivement.

La mesure de la pression artérielle repose sur l'apparition des bruits de Korotkoff, qui correspond à la pression systolique, puis la disparition qui traduit la pression diastolique.

Actuellement, de nombreux dispositifs électroniques qui permettent une automesure par les patients se substituent à cette technique de mesure.

La valeur normale chez un adulte au repos doit être inférieure à 140/90 mm Hg (norme OMS).

Index de pression systolique (IPS)

L'examen vasculaire est complété par la mesure des IPS (index de pression systolique). Ils comparent la pression artérielle systolique humérale aux pressions artérielles périphériques pédiées et tibiales postérieures :

- la pression artérielle systolique est prise au brassard de façon conventionnelle au niveau de l'artère humérale;
- la pression artérielle systolique au niveau des membres inférieurs est prise à l'aide d'un brassard placé à la cheville, une sonde Doppler placée au niveau de l'artère pédieuse ou tibiale postérieure.

L'IPS correspond au rapport entre la pression artérielle systolique des membres inférieurs sur la pression artérielle systolique humérale.

- $IPS > 1,3$: médiocalcose, artères incompressibles.
- $0,9 < IPS < 1,3$: état vasculaire normal.
- $IPS < 0,9$: artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI).

Examen général

L'examen clinique est complété par un examen général. On notera soigneusement le poids et la taille du patient notamment, ainsi que le périmètre abdominal.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires, appelés aussi paracliniques, viennent en complément de l'analyse clinique qui doit toujours se situer en amont de leur prescription. Cette analyse clinique est en effet indispensable pour choisir le ou les examens les plus adaptés pour répondre à la question clinique posée — en tenant compte de la performance diagnostique, du coût et du risque iatrogène éventuel de l'examen. Elle l'est aussi après les examens, pour exploiter au mieux les informations fournies.

La technique et l'apport des différents examens paracliniques sont abordés dans les différents chapitres de ce manuel.

Dans leur principe, les examens du cœur et des vaisseaux peuvent faire appel à des techniques de transformation d'un signal émis par l'organe (par exemple, activité électrique du cœur analysée par l'électrocardiogramme) ou à l'analyse de la réponse du cœur ou des vaisseaux à un signal venu de l'extérieur (par exemple, imageries cardiaques).

Risques, consentement éclairé

Le risque éventuel des examens paracliniques est principalement lié à :

- leur mauvaise utilisation : mauvaise prescription, mauvaise interprétation, fortement liées aux notions de prévalence de la maladie, de sensibilité, spécificité et prédictivité des examens;
- une réalisation technique inadéquate, justifiant l'organisation de formations spécifiques à la réalisation de ces examens;
- la iatrogénie potentielle intrinsèque à l'examen; les principaux risques iatrogènes⁴ des examens complémentaires sont liés à :

⁴ iatrogène : « Se dit d'un trouble, d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin. » (Petit Larousse).

- l'utilisation de radiations ionisantes : par exemple, les rayons X au cours des examens radiologiques;
- l'injection de produits nécessaires à l'examen, ces produits pouvant être allergisants et/ou néphrotoxiques : par exemple, les produits de contraste iodés utilisés en radiologie;
- la pratique d'examens dits « invasifs », car ils nécessitent pour leur réalisation d'introduire un dispositif à l'intérieur du système cardiovasculaire : par exemple, l'introduction intracardiaque d'une sonde par voie artérielle rétrograde.

On peut noter qu'un même examen peut regrouper l'ensemble de ces risques, qu'il faut dans tous les cas essayer de minimiser.

L'intérêt des examens complémentaires et leurs risques doivent être exposés oralement et par écrit au patient, qui doit lire et signer un consentement éclairé avant réalisation de ceux-ci. Bien entendu, tous les examens ne justifient pas la signature d'un consentement éclairé (par exemple, l'enregistrement d'un électrocardiogramme, totalement dépourvu de risque iatrogène).

Coût

Les examens ont un coût très variable selon leur complexité de réalisation : matériel à acheter, utilisation de consommables, temps médical et paramédical. Le prescripteur veillera à prescrire l'examen le moins coûteux pour répondre à la question posée.

Apports et limites : prévalence de la maladie, sensibilité, spécificité, prédictivité positive, prédictivité négative des examens

Quelques informations statistiques permettent de comprendre l'apport et les limites des examens complémentaires.

La *prévalence* de la maladie dans la population à laquelle appartient le patient examiné est le rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total de la population examinée, à un moment donné ou pendant une période donnée, sans distinction entre les anciens et les nouveaux cas. Il apparaît clairement que l'examen complémentaire aura d'autant plus d'intérêt clinique que la maladie n'est ni trop rare ni trop fréquente dans la population à laquelle appartient le patient.

L'examen complémentaire idéal serait un test permettant de confirmer ou d'exclure un diagnostic chez tous les

patients, sans aucune erreur, ni par défaut (*faux négatif*) ni par excès (*faux positif*). En fait, tel n'est pas le cas et tous les examens donnent des réponses faussement positives et/ou faussement négatives pour une maladie recherchée.

La *sensibilité* d'un examen est le pourcentage de tests positifs dans une population de patients atteints de la maladie recherchée (Vrais positifs de l'examen/Tous les malades).

La *spécificité* d'un examen est le pourcentage de tests négatifs dans une population de patients indemnes de la maladie recherchée (Vrais négatifs/Tous les patients indemnes de l'affection recherchée).

Un bon examen complémentaire a une spécificité et une sensibilité aux alentours de 90 %, ce qui signifie que le clinicien averti, connaissant ces imperfections, saura éventuellement faire appel à un second examen s'il considère que la réponse donnée par le premier examen complémentaire ne correspond pas à son analyse clinique. Il saura aussi éviter de prescrire un examen complémentaire dont les sensibilité et spécificité sont trop faibles par rapport à la population examinée. Par exemple, l'épreuve d'effort chez une femme de 40 à 50 ans, sans facteur de risque de maladie coronaire, se plaignant de douleurs thoraciques, a une sensibilité et une spécificité à peine supérieures à 50 %. Soumettre cette patiente à cet examen conduit à un risque de faux positifs et de faux négatifs proche de 50 % : autant tirer à pile ou face.

La *prédictivité positive* d'un examen est le rapport (généralement exprimé en pourcentage) de tests positifs chez de vrais malades sur le nombre de patients dont l'examen est positif : Vrais positifs/(Vrais positifs + Faux positifs). En d'autres termes, c'est la probabilité que le sujet soit atteint de la maladie recherchée en cas de test positif.

La *prédictivité négative* est le rapport (généralement exprimé en pourcentage) de tests négatifs chez des patients réellement indemnes de la maladie recherchée sur le nombre total d'examens négatifs : Vrais négatifs/(Vrais négatifs + Faux négatifs). En d'autres termes, c'est la probabilité que le patient soit indemne de l'affection recherchée en cas de test négatif.

La prévalence de la maladie dans la population examinée influe sur les prédictivités positive et négative d'un examen complémentaire : plus l'affection est fréquente, plus la prédictivité positive s'accroît, et inversement. Il est donc indispensable, lorsqu'on soumet un patient à un examen diagnostique, de le replacer dans un groupe de malades chez qui l'examen a été validé et donne de bons résultats.

