

Rachis

Les huit examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par
Société canadienne du rachis
Dernière mise à jour : juillet 2020



1 Évitez la chirurgie de fusion pour traiter la douleur lombaire axiale mécanique causée par une dégénérescence multiniveau de la colonne, en l'absence de :

- **douleur à la jambe, avec ou sans symptômes neurologiques ou signes de compression médullaire correspondante;**
- **pathologies structurales, telles qu'un spondylolisthésis ou une difformité.**

Les chirurgies de fusion des vertèbres sont pratiquées comme traitement principal des maux de dos depuis plus d'un demi-siècle. Or, rien ne prouve hors de tout doute que la chirurgie de fusion soit supérieure à un traitement conservateur global pour les maux de dos, en l'absence d'une pathologie structurale focale et de symptômes mécaniques ou neurologiques correspondants. Il est souvent impossible de localiser la source précise de la douleur. Dans bien des cas, les symptômes sont multifactoriels et peuvent avoir diverses composantes, notamment une douleur centrale n'impliquant pas la colonne vertébrale. L'immense hétérogénéité de la population souffrant de lombalgie entraîne des résultats chirurgicaux imprévisibles et systématiquement défavorables pour les patients qui présentent un trouble dégénératif multiniveau de la colonne vertébrale.

2 Ne faites pas systématiquement une imagerie pour les patients atteints de lombalgie, indépendamment de la durée des symptômes, sauf si :

- **des éléments cliniques font soupçonner une pathologie sous-jacente grave (présence de signes d'alerte);**
- **l'imagerie est nécessaire à la planification ou à l'exécution d'une intervention thérapeutique particulière fondée sur des données probantes pour une maladie rachidienne spécifique.**

À moins que l'imagerie n'ait une portée directe sur la décision thérapeutique, elle n'est pas requise. Les « anomalies » radiologiques de la colonne vertébrale chez les personnes asymptomatiques sont courantes et elles augmentent avec l'âge. Le taux de résultats faussement positifs est extrêmement élevé chez les personnes dont les symptômes sont dominants au dos (c. à d. douleur lombaire axiale) et la plupart des observations n'ont aucun lien avec le tableau clinique. Dans la majorité des cas de lombalgie, l'imagerie de la colonne vertébrale n'améliore pas les soins aux patients et peut même entraîner des interventions inappropriées et avoir un effet néfaste sur le résultat final. Les signes d'alerte comprennent le syndrome de la queue de cheval, les déficits neurologiques graves ou progressifs et les cas soupçonnés de cancer, d'infection, de fracture et d'abcès ou d'hématome épidural.

3 Évitez l'injection périurale de corticoïdes (IPC) pour les patients ayant une lombalgie axiale sans symptômes d'origine radiculaire à la jambe.

Les stéroïdes sont des anti-inflammatoires puissants, mais la lombalgie axiale n'est avant tout pas un état inflammatoire. D'autant plus que le siège de l'inflammation ne serait généralement pas accessible par le canal rachidien. L'IPC donne des résultats beaucoup moins bons pour la lombalgie axiale comparés à la radiculopathie causée par une hernie discale. Même si les effets indésirables graves sont rares, des événements catastrophiques sont possibles et le soulagement des symptômes par l'injection ne dure en général que quelques semaines. Les avantages mineurs de l'IPC dans le cas de la lombalgie axiale ne l'emportent pas sur les risques, même si ces derniers sont rares.

4 En présence d'une scoliose idiopathique de l'adolescent (SIA), n'hésitez pas à préconiser un corset orthopédique pour le patient dont le squelette est immature, à qui il reste plus d'un an de croissance et dont l'ampleur de la courbure est de plus de 20 degrés.

Il y a encore beaucoup de controverse au sujet de l'utilisation d'appareil orthopédique (corset ou orthèse) chez les patients atteints de SIA dont la courbure est susceptible de progresser et qui risquent de devoir éventuellement être opérés. Une récente étude de haut niveau a montré de manière convaincante que le port du corset influence l'évolution naturelle de la SIA et qu'il réduit considérablement le besoin d'une opération subséquente chez les patients qui portent un corset approprié. Compte tenu de la diminution associée de l'indication chirurgicale, il y aurait lieu de réévaluer les préjugés défavorables à l'endroit du corset orthopédique.

5 Évitez de prescrire une antibiothérapie périopératoire au-delà de la période postopératoire de 24 heures dans les cas non compliqués soumis à une instrumentation qui ne sont pas à risque élevé d'infection ou de contamination de la plaie. L'administration d'une seule dose préopératoire pour les cas de colonne vertébrale sans instrumentation est suffisante.

Même si une infection de plaie opératoire profonde associée à un implant rachidien peut être une complication dévastatrice, il n'a pas été démontré que l'antibiothérapie périopératoire prolongée en réduit l'incidence. L'avantage de son utilisation prolongée pour les interventions de routine à faible risque n'a pas été démontré et contribue plutôt à la création de souches bactériennes résistantes. Il faut opter pour une approche rationnelle, fondée sur des données probantes.

6 N'utilisez pas d'analgésiques opioïdes comme traitement de première intention pour la dorsalgie aiguë, non compliquée d'origine mécanique.

Plus de 90 % des dorsalgies aiguës sont d'origine mécanique; elles rentrent souvent dans l'ordre spontanément et elles peuvent être soulagées par la physiothérapie et des médicaments non narcotiques. On estime que la dépendance aux opioïdes vendus sur ordonnance trouve le plus souvent son origine dans la prescription d'opioïdes pour la dorsalgie. Or, dans bien des cas, non seulement ces derniers ne procurent pas une maîtrise adéquate de la douleur, mais en plus, les patients se trouvent exposés aux risques additionnels que sont la dépendance physique et l'hyperalgésie de sevrage susceptibles de chroniciser l'emploi des opioïdes.

7 Ne traitez pas la dorsalgie postopératoire au moyen d'analgésiques opioïdes à moins qu'ils ne soient utilisés pour améliorer la capacité fonctionnelle et pendant une très brève période.

Les analgésiques opioïdes administrés en postopératoire causent des problèmes de constipation, de nausées et d'étourdissements, en plus d'interférer avec la mobilisation précoce et, chez certains patients, d'induire une utilisation prolongée. Les analgésiques opioïdes devraient être utilisés exclusivement selon un protocole et des paramètres stricts et bien définis. D'autres modalités analgésiques offrent une meilleure maîtrise de la douleur, facilitent la réadaptation et provoquent moins de complications.

8 N'utilisez pas d'analgésiques opioïdes pour le traitement continu de la dorsalgie chronique non maligne.

On ne dispose d'aucune preuve claire quant aux effets positifs d'un traitement continu par opioïdes sur la douleur, les capacités fonctionnelles ou la qualité de vie. On note par contre une solide corrélation avec divers effets indésirables, tels que chutes, fractures, inhibition de la sécrétion de testostérone, hyperalgésie et dépression. Les opioïdes aggravent le risque de dépendance, d'accoutumance et de surdose. Leur utilisation prolongée avant ou après une intervention chirurgicale à la colonne vertébrale est associée à des coûts médicaux accrus et à un taux moindre de retour au travail.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de la colonne vertébrale (Canadian Spine Society) a établi sa liste de cinq recommandations principales pour la campagne « Choisir avec soin » en compilant les suggestions soumises par ses membres à un comité d'experts. Une liste préliminaire de sept éléments a d'abord été dressée. On a distribué cette liste à tous les membres de la Société par courriel et on les a invités à exprimer leurs préférences, à fournir leurs suggestions sur la façon de formuler les énoncés et à ajouter d'autres éléments qui selon eux devraient y figurer. La liste modifiée a de nouveau été distribuée, révisée, puis retournée aux membres pour une troisième fois. La présente liste est le résultat de l'accord final.

Recommandations 6-8 :

La Société canadienne du rachis (Canadian Spine Society) a procédé à un sondage sur l'utilisation des opioïdes pour la dorsalgie auprès de ses membres, qui incluent des neurochirurgiens et des chirurgiens orthopédistes spécialistes du rachis exerçant en milieu universitaire ou pour le secteur privé. Les membres ont été invités à spécifier la nature de la dorsalgie et le rôle des opioïdes.

Sources

- 1 Chou R, et coll. Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. Spine (Phila (PA) 1976). 1er mai 2009;34(10):1094-109. [PMID : 19363455](#).
Jacobs WC, et coll. Evidence for surgery in degenerative lumbar spine disorders. Best Pract Res Clin Rheumatol. Octobre 2013;27(5):673-84. [PMID : 24315148](#).
- 2 Chou R, et coll. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 1er février 2011;154(3):181-9. [PMID : 21282698](#).
- 3 Benyamin RM, et coll. The effectiveness of lumbar interlaminar epidural injections in managing chronic low back and lower extremity pain. Pain Physician. Juillet-août 2012;15(4):E363-404. [PMID : 22828691](#).
Choi HJ, et coll. Epidural steroid injection therapy for low back pain: a meta-analysis. Int J Technol Assess Health Care. Juillet 2013;29(3):244-53. [PMID : 23769210](#).
Cohen SP, et coll. Epidural steroids: a comprehensive, evidence-based review. Reg Anesth Pain Med. Mai-juin 2013;38(3):175-200. [PMID : 23598728](#).
- 4 Weinstein SL, et coll. Effects of bracing in adolescents with idiopathic scoliosis. N Engl J Med. 17 octobre 2013;369(16):1512-21. [PMID : 24047455](#).
- 5 Shaffer WO, et coll. An evidence-based clinical guideline for antibiotic prophylaxis in spine surgery. Spine J. Octobre 2013;13(10):1387-92. [PMID : 23988461](#).
- 6 Deyo RA et coll. Opioids for low back pain. BMJ. Le 5 janvier 2015; vol. 350 : p. g6380. [PMID : 25561513](#).
Hooten WM et coll. Opioid-induced hyperalgesia in community-dwelling adults with chronic pain. Pain. Juin 2015; vol. 156, n° 6 : p. 1145-1152. [PMID : 25815431](#).
Webster BS et coll. Relationship between early opioid prescribing for acute occupational low back pain and disability duration, medical costs, subsequent surgery and late opioid use. Spine (Phila Pa 1976). Le 1er septembre 2007; vol. 32, n° 19 : p. 2127-2132. [PMID : 17762815](#).
Younger J et coll. Reduced cold pain tolerance in chronic pain patients following opioid detoxification. Pain Med. Novembre 2008; vol. 9, n° 8 : p. 1158-1163. [PMID : 18564998](#).
- 7 Devin CJ et coll. Best evidence in multimodal pain management in spine surgery and means of assessing postoperative pain and functional outcomes. J Clin Neurosci. Juin 2015; vol. 22, no 6 : p. 930-938. [PMID : 25766366](#).
Mathiesen O et coll. A comprehensive multimodal pain treatment reduces opioid consumption after multilevel spine surgery. Eur Spine J. Septembre 2013; vol. 22, n° 9 : p. 2089-2096. [PMID : 23681498](#).
- 8 Anderson JT et coll. Chronic Opioid Therapy After Lumbar Fusion Surgery for Degenerative Disc Disease in a Workers' Compensation Setting. Spine (Phila Pa 1976). Novembre 2015; vol. 40, n° 22 : p. 1775-1784. [PMID : 26192725](#).
Chou R et coll. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med. Le 17 février 2015; vol. 162, no 4 : p. 276-286. [PMID : 25581257](#).
O'Donnell JA et coll. Preoperative Opioid Use is a Predictor of Poor Return to Work in Workers' Compensation Patients after Lumbar Discectomy. Spine (Phila Pa 1976). Le 23 août 2017. [PMID : 28837531](#).

À propos de La Société canadienne du rachis

La Société canadienne du rachis (SCR) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCR est un organisme de concertation composé de neurochirurgiens, de chirurgiens orthopédistes et d'autres professionnels des soins du rachis dont l'intérêt premier est la promotion de l'excellence dans les soins aux patients, la recherche et la formation. La SCR agit à titre de groupe de coordination pour les grandes organisations canadiennes dans le domaine et entretient de solides partenariats avec l'Institut Rick Hansen et les principales universités canadiennes.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@ChooseWiselyCA](https://twitter.com/ChooseWiselyCA) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)