

Anesthésiologie

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

par
La Société canadienne des anesthésiologistes
Dernière mise à jour : juin 2018



1 Ne demandez pas des analyses de laboratoire de référence (formule sanguine complète, tests de coagulation ou analyses biochimiques sériques) chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.

Les analyses de laboratoire de référence avant une chirurgie non cardiaque à faible risque apportent peu aux soins périopératoires. Une anamnèse clinique et un examen physique ciblés permettent de détecter en toute confiance les anomalies pertinentes que l'on rechercherait au moyen d'analyses de laboratoire de routine avant une chirurgie à faible risque. De plus, les données probantes indiquent que les résultats anormaux dans ce contexte ont rarement une influence sur la prise en charge et n'améliorent pas les résultats cliniques. Les analyses préopératoires pourraient être utiles chez un patient symptomatique ou dans le contexte d'une chirurgie à risque plus élevé, mais ne devraient pas être effectuées de routine avant une chirurgie à faible risque chez des patients asymptomatiques.

2 Ne demandez pas un électrocardiogramme de référence chez les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque à faible risque.

Les électrocardiogrammes (ÉCG) effectués avant les chirurgies non cardiaques électives sont souvent anormaux, et plus particulièrement chez les patients âgés. Malgré la fréquence de ces anomalies, les ÉCG ne contribuent guère à améliorer la prévisions des risques comparativement au simple fait d'interroger les patients sur leur santé. Les événements cardiaques graves, comme la crise cardiaque, sont rares après les chirurgies à faible risque; les médecins ne peuvent pas faire grand-chose pour atténuer davantage ce risque. Un ÉCG préopératoire n'améliorera donc pas les résultats, mais pourrait mener à d'autres tests ou d'autres traitements superflus. Les ÉCG utilisés pour identifier la cause de certains symptômes (palpitations, douleur thoracique, dyspnée, etc.) demeurent des outils diagnostiques utiles, que le patient soit ou non soumis à une chirurgie.

3 Ne demandez pas une radiographie pulmonaire de référence chez les patients asymptomatiques, sauf dans le cadre d'une évaluation chirurgicale ou oncologique.

Si les radiographies pulmonaires demeurent un élément important de l'évaluation en chirurgie avant des interventions pour le cancer ou des interventions thoraciques, il est préférable que ces examens de classification du stade clinique soient complétés avant de soumettre le patient à une chirurgie. Les radiographies pulmonaires ne sont pas indiquées pour l'évaluation préanesthésique de routine. En l'absence de symptômes, les radiographies n'ont que peu d'utilité diagnostique et produisent souvent des résultats faux positifs. Les radiographies pulmonaires n'améliorent ni la quantification du risque. En évaluation préanesthésique, elles devraient être réservées aux patients qui présentent des symptômes de maladie cardiopulmonaire aiguë (dyspnée, respiration sifflante, toux productive, etc.).

4 N'effectuez pas d'échocardiographie au repos dans le cadre d'une évaluation préopératoire pour les patients asymptomatiques devant subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.

L'échocardiographie au repos est clairement utile pour répondre à des questions diagnostiques chez certains patients en chirurgie, par exemple pour trouver l'étiologie de souffles systoliques potentiels ou d'une dyspnée à l'effort d'apparition récente. À part ces indications, l'échocardiographie au repos n'ajoute aucun renseignement pronostique additionnel significatif aux évaluations cliniques habituelles. Elle n'est pas utile comme outil de dépistage pour reconnaître les patients de chirurgie qui seraient à risque de complications cardiaques.

5 N'effectuez pas d'épreuve cardiaque d'effort chez les patients asymptomatiques qui doivent subir une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire.

Les épreuves d'effort peuvent aider à confirmer un diagnostic chez les patients en chirurgie, par exemple, déterminer si une personne qui éprouve un malaise thoracique et présente des facteurs de risque vasculaire est atteinte d'une coronaropathie non diagnostiquée. Elles peuvent aussi aider à reconnaître les patients à risque élevé de complications cardiaques après une chirurgie vasculaire majeure. Néanmoins, les patients asymptomatiques qui ont une bonne capacité fonctionnelle présentent un très faible risque de complications cardiaques après une chirurgie non cardiaque de risque faible à intermédiaire. L'épreuve d'effort chez ces patients n'est pas utile pour établir le risque périopératoire et orienter les soins cliniques.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) a demandé à une petite équipe d'experts anesthésiologistes canadiens de mettre au point une méthodologie de recherche et de procéder à un sondage afin d'établir la liste des cinq principales recommandations de la SCA. Le sondage s'est inspiré d'un travail similaire effectué par l'American Society of Anesthesiologists qui a dressé une liste factuelle d'activités à remettre en question en anesthésiologie sous le titre Five Things Physicians and Patients Should Question : American Society of Anesthesiologists. L'équipe de la SCA a dressé une liste brève de douze tests et interventions périopératoires et a demandé à ses membres d'y réfléchir et de répondre à des questions au sujet de leur fréquence d'utilisation, de leur impact sur la qualité des soins aux patients, de leur coût, des preuves les concernant et de la possibilité de les éviter. Cinq recommandations ont été sélectionnées à partir de la collecte et de l'analyse des données du sondage par l'équipe de recherche de la SCA en collaboration avec un expert-conseil en sondages et sur la base du consensus des experts. Les cinq principales recommandations ont été présentées au Congrès annuel de la SCA en juin 2015 et seront publiées dans le Journal canadien d'anesthésie.

Sources

- 1 Committee on Standards and Practice Parameters, et coll. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. Mars 2012; 116(3):522-38. [PMID : 22273990](#).
Czoski-Murray C, et coll. What is the value of routinely testing full blood count, electrolytes and urea, and pulmonary function tests before elective surgery in patients with no apparent clinical indication and in subgroups of patients with common comorbidities: a systematic review of the clinical and cost-effective literature. *Health Technol Assess*. Décembre 2012; 16(50):i-xvi, 1-159. [PMID : 23302507](#).
Keay L, et coll. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 mars 2012; 3:CD007293. [PMID : 22419323](#).
Merchant R, et coll. Guide d'exercice de l'anesthésie – Édition révisée 2015. *J Can Anesth*. Janvier 2015; 62(1):54-79. [PMID : 25323121](#).
- 2 Liu LL, et coll. Preoperative electrocardiogram abnormalities do not predict postoperative cardiac complications in geriatric surgical patients. *J Am Geriatr Soc*. Juillet 2002; 50(7):1186-91. [PMID : 12133011](#).
Mathis MR, et coll. Patient selection for day case-eligible surgery: identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*. Décembre 2013; 119(6):1310-21. [PMID : 24108100](#).
van Klei WA, et coll. The value of routine preoperative electrocardiography in predicting myocardial infarction after noncardiac surgery. *Ann Surg*. Août 2007; 246(2):165-70. [PMID : 17667491](#).
- 3 Committee on Standards and Practice Parameters, et coll. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. Mars 2012; 116(3):522-38. [PMID : 22273990](#).
Joo HS, et coll. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. *Can J Anaesth*. Juin-juillet 2005; 52(6):568-74. [PMID : 15983140](#).
McAlister FA, et coll. Incidence of and risk factors for pulmonary complications after nonthoracic surgery. *Am J Respir Crit Care Med*. 1er mars 2005; 171(5):514-7. [PMID : 15563632](#).
- 4 Fleisher LA, et coll. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 9 décembre 2014; 130(24):e278-333. [PMID : 25085961](#).
Halm EA, et coll. Echocardiography for assessing cardiac risk in patients having noncardiac surgery. *Ann Intern Med*. 15 décembre 1996; 125(6):433-41. [PMID : 8779454](#).
Kristensen SD, et coll. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 14 septembre 2014; 35(35):2383-431. [PMID : 25086026](#).
Wijeyesundera DN, et coll. Association of echocardiography before major elective non-cardiac surgery with postoperative survival and length of hospital stay: population based cohort study. *BMJ*. 20 juin 2011; 342:d3695. [PMID : 21724560](#).
- 5 Etchells E, et coll. Semiquantitative dipyridamole myocardial stress perfusion imaging for cardiac risk assessment before noncardiac vascular surgery: a meta-analysis. *J Vasc Surg*. Septembre 2002; 36(3):534-40. [PMID : 12218978](#).
Fleisher LA, et coll. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 9 décembre 2014; 130(24):e278-333. [PMID : 25085961](#).
Kristensen SD, et coll. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). *Eur Heart J*. 14 septembre 2014; 35(35):2383-431. [PMID : 25086026](#).
Sgura FA, et coll. Supine exercise capacity identifies patients at low risk for perioperative cardiovascular events and predicts long-term survival. *Am J Med*. Mars 2000; 108(4):334-6. [PMID : 11014727](#).

À propos de la Société canadienne des anesthésiologistes

La SCA est la société nationale de spécialité qui représente l'anesthésiologie au Canada. La SCA, fondée en 1943, est une organisation sans but lucratif, à participation volontaire, guidée par une vision de leadership novateur et d'excellence en anesthésiologie, soins périopératoires et sécurité des patients. La SCA représente 3000 membres (anesthésiologistes, anesthésistes de médecine générale, résidents, assistants en anesthésie, etc.) au Canada et ailleurs dans le monde, et se consacre à la promotion de l'excellence dans les soins aux patients grâce à la recherche, la formation et la représentation.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Cardiologie

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

par

La Société canadienne de cardiologie

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée au cours de la première évaluation des patients qui n'ont pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.

Les patients asymptomatiques à faible risque subissent jusqu'à 45 % d'examens de « dépistage » inutiles. Il faut procéder à des examens seulement en présence des constatations suivantes : diabète chez les patients de plus de 40 ans; artériopathie oblitérante des membres inférieurs ou risque annuel de plus de 2 % d'événements liés à la coronaropathie.

2 Ne procédez pas à des examens annuels d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée dans le contexte du suivi de routine de patients asymptomatiques.

Les examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée chez les patients asymptomatiques, suivant une tendance en série ou programmée (par exemple, chaque année, tous les deux ans ou à l'anniversaire d'une intervention cardiaque), produisent rarement des changements importants de la prise en charge des patients. En fait, cette pratique peut entraîner des interventions invasives inutiles et une exposition excessive à la radiation sans avoir d'effet bénéfique démontré sur l'évolution de l'état de santé des patients. Il pourrait y avoir une exception à cette règle, soit chez les patients qui ont subi un pontage il y a plus de cinq ans.

3 Ne procédez pas à des examens d'imagerie cardiaque à l'effort ou d'imagerie non invasive avancée comme moyen d'évaluation préopératoire chez les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque.

Les examens non invasifs ne sont pas utiles pour des patients qui subissent une intervention chirurgicale non cardiaque à faible risque (par exemple, l'ablation de la cataracte). Ces examens ne changent pas la prise en charge clinique du patient ni l'évolution de son état de santé.

4 Ne procédez pas à une échocardiographie pour le suivi d'une valvulopathie native, asymptomatique et bénigne chez les patients adultes dont les signes ou les symptômes ne changent pas.

Les patients qui ont une valvulopathie native vivent habituellement des années sans avoir de symptômes avant que la détérioration apparaisse. Un échocardiogramme n'est pas recommandé annuellement, sauf si l'état clinique change.

5 Ne prescrivez pas d'électrocardiogramme (ECG) chez les patients à faible risque de coronaropathie et asymptomatiques.

Il ne faut pas soumettre à un électrocardiogramme de dépistage les personnes asymptomatiques et à faible risque de coronaropathie. Chez les personnes asymptomatiques à faible risque de coronaropathie (risque à 10 ans < 10 %), le dépistage de la coronaropathie par électrocardiographie n'améliore pas les résultats pour les patients.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de cardiologie (SCC) a formulé ses cinq principales recommandations dans le contexte du programme Choisir avec soin en collaborant de près avec l'American College of Cardiology (ACC). L'ACC a fourni à la SCC des recensions des écrits qui étaient complètes jusqu'en 2009. Ces recensions ont guidé la SCC dans le choix des cinq principales recommandations. La SCC en a tiré une solide assise pour entreprendre son étude au sujet des cinq principales recommandations pertinentes sur les soins cardiaques dans le contexte canadien. La SCC a ensuite procédé à une recension détaillée des écrits pour y inclure toutes les publications pertinentes depuis le 1er janvier 2009. De plus, la SCC a inclus toutes les lignes directrices canadiennes en vigueur, les critères d'utilisation appropriée au Canada et les politiques nationales ou provinciales du Canada portant sur les cinq énoncés. La SCC a ensuite procédé à une diffusion générale et à une consultation de ses membres par courriel, Facebook et Twitter, dans le cadre de l'assemblée nationale annuelle et de Webinaires pour assurer que les cinq principales recommandations étaient connues et approuvées. Les quatre premiers éléments ont été adaptés avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2012 American College of Cardiology. Le cinquième élément a été adapté avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2012 American College of Family Medicine.

Sources

- 1** American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Dowsley T, et coll. The role of noninvasive imaging in coronary artery disease detection, prognosis, and clinical decision making. *Can J Cardiol*. Mars 2013; 29(3):285-96. PMID : 23357601.
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging. *Circulation*. 9 juin 2009; 119(22):e561-87. PMID : 19451357.
Natarajan MK, et coll. Canadian cardiovascular society position statement on radiation exposure from cardiac imaging and interventional procedures. *Can J Cardiol*. 29 novembre 2013; 29(11):1361-8. PMID : 24035289.
Taylor AJ, et coll. ACCF/SCCT/ACR/AHA/ASE/ASNC/NASCI/SCAI/SCMR 2010 Appropriate use criteria for cardiac computed tomography. *J Am Coll Cardiol*. 23 novembre 2010; 56(22):1864-94. PMID : 21087721.
- 2** American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 Appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging. *Circulation*. 9 juin 2009; 119(22):e561-87. PMID : 19451357.
Natarajan MK, et coll. Canadian cardiovascular society position statement on radiation exposure from cardiac imaging and interventional procedures. *Can J Cardiol*. 29 novembre 2013; 29(11):1361-8. PMID : 24035289.
- 3** American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Fleisher LA, et coll. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery. *J Am Coll Cardiol*. 23 octobre 2007; 50(17):e159-241. PMID : 17950140.
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging. *Circulation*. 9 juin 2009; 119(22):e561-87. PMID : 19451357.
Natarajan MK, Paul N, Mercuri M, Waller EJ, Leipsic J, Traboulsi M, et coll. Canadian cardiovascular society position statement on radiation exposure from cardiac imaging and interventional procedures. *Can J Cardiol*. 29 novembre 2013; 29(11):1361-8. PMID : 24035289.
- 4** American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, et coll. ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1^{er} mars 2011; 57(9):1126-66. PMID : 21349406.
Cardiac Care Network. *Standards for provision of echocardiography in Ontario* [Page Web]. 2012. (Consulté le 19 février 2014).
- 5** U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for coronary heart disease with electrocardiography* [Page Web]. Juillet 2012. (Consulté le 19 février 2014).

À propos la Société canadienne de cardiologie

La Société canadienne de cardiologie (SCC) est une fière partenaire de Choisir avec soin. La SCC est le porte-parole national des médecins et des scientifiques dans le domaine cardiovasculaire. Ses 2 000 membres sont des cardiologues universitaires et communautaires, des chirurgiens cardiaques, des cardiologues pédiatriques, des stagiaires dans ces domaines, des chercheurs et d'autres professionnels de la santé travaillant dans le domaine des soins cardiaques, et ce, dans tous les coins du pays. La SCC s'est donné la mission d'améliorer la santé et les soins cardiovasculaires par le transfert de connaissances dans la pratique au moyen de la diffusion de la recherche et de la promotion des meilleures pratiques ainsi que le perfectionnement professionnel et l'engagement dans l'élaboration des politiques en matière de santé.



Canadian Cardiovascular Society
Leadership. Knowledge. Community.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Cellules souches hématopoïétiques

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

par

American Society for Blood and Marrow Transplantation

La société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques

Dernière mise à jour : le 21 décembre 2017



1 En raison d'un risque plus élevé de réaction du greffon contre l'hôte, n'utilisez pas d'emblée des cellules souches de sang périphérique pour les patients qui souffrent d'anémie aplasique lorsqu'un donneur de moelle osseuse compatible est disponible.

Si la prise de greffe avec les cellules souches de sang périphérique stimulées par le filgrastim donne lieu à une remontée plus rapide des numérations dans le sang périphérique, comparativement à la moelle osseuse chez les patients atteints d'anémie aplasique, le taux plus élevé de réactions du greffon contre l'hôte pourrait avoir un effet négatif.

2 N'utilisez pas plus de 2 mg/kg/jour de méthylprednisolone (ou l'équivalent) pour le traitement initial de la réaction du greffon contre l'hôte.

Selon des études publiées, il n'y aurait aucun avantage à utiliser des doses équivalentes à plus de 2 mg/kg/jour de méthylprednisolone dans les cas de réaction aiguë du greffon contre l'hôte. De plus, l'utilisation de doses plus élevées risque d'entraîner une toxicité induite par les corticostéroïdes. Également, au moins chez les patients qui présentent une réaction aiguë du greffon contre l'hôte de grade I-II, un traitement initial au moyen de corticostéroïdes à dose plus faible, soit 1 mg/kg/jour, pourrait être équivalent.

3 N'utilisez pas d'emblée deux unités de sang de cordon pour une greffe standard de sang de cordon ombilical lorsqu'une simple unité répondant aux critères de compatibilité HLA et de dose cellulaire est disponible; les doses cellulaires plus élevées sont à privilégier en présence d'une incompatibilité HLA plus marquée entre le donneur et le receveur.

Des essais randomisés démontrent que les résultats cliniques sont similaires après la transplantation d'une ou de deux unités de sang de cordon ombilical, incluant des taux comparables de récurrence, d'échec de la prise de greffe, de survie globale et de mortalité liée à la greffe. De plus, la réaction du greffon contre l'hôte pourrait être plus fréquente après une double greffe de sang de cordon.

4 N'utilisez pas d'emblée des cellules souches de sang périphérique pour les greffes provenant de donneurs compatibles non apparentés dans le contexte d'un conditionnement myéloablatif et de schémas standards de prévention de la réaction du greffon contre l'hôte lorsqu'un donneur de moelle osseuse compatible est disponible.

Les patients qui subissent une greffe de cellules souches hématopoïétiques provenant de donneurs compatibles non apparentés dans un contexte myéloablatif avec prophylaxie standard de la réaction du greffon contre l'hôte (inhibiteur de la calcineurine et méthotrexate) à partir de cellules souches de sang périphérique sont plus sujets à une réaction chronique et symptomatique du greffon contre l'hôte comparativement aux patients qui reçoivent une greffe de moelle osseuse, sans que cela n'affecte les taux de récurrence ou de survie globale. Les cellules souches de sang périphérique peuvent être envisagées dans les cas suivants : écart substantiel entre la taille du receveur et celle du donneur, préférence du donneur et maladies malignes comportant un risque élevé d'échec de la prise de greffe.

5 N'administrez pas d'emblée de suppléments d'immunoglobulines chez les receveurs adultes de greffes de cellules souches hématopoïétiques en l'absence d'infections récurrentes, indépendamment du taux d'IgG.

Selon des méta-analyses d'études contrôlées, les suppléments d'immunoglobulines n'offrent aucun avantage pour ce qui est de la prévention des infections et de la survie globale, et pourraient prédisposer les sujets à un risque plus élevé de syndrome d'obstruction sinusoidale hépatique et de thromboembolie veineuse, en plus de nuire à l'efficacité des vaccins post-greffe. Les suppléments d'immunoglobulines prophylactiques pourraient être envisagés chez certaines catégories de patients, par exemple, chez les receveurs de greffe de sang de cordon ombilical, chez les enfants soumis à une greffe en raison de troubles héréditaires ou acquis associés à un déficit en lymphocytes B et chez les patients présentant une réaction chronique du greffon contre l'hôte et souffrant d'infections récurrentes des sinus et des poumons.

Comment la liste a été établie

L'American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT) et la Société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques (SCGCSH) ont mis sur pied un groupe de travail Choisir avec soin sur la GCS dont l'objectif était de dresser une liste des cinq principales pratiques en matière de greffe de cellules souches hématopoïétiques à remettre en question. Le groupe de travail se composait de représentants de différents comités de l'ASBMT, soit qualité des soins, éducation et lignes directrices de pratiques cliniques, ainsi que son groupe d'intérêt pharmaceutique, des directeurs de programmes de la SCGCSH et le Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR). Les suggestions concernant les pratiques actuelles en matière de greffe à remettre en question ont été formulées par les directeurs de programmes de la SCGCSH, des membres des comités de l'ASBMT sur la qualité des soins, les lignes directrices de pratiques cliniques et l'éducation et les présidents des comités scientifiques de la SCGCSH. Ces suggestions ont été classées en fonction de leur impact potentiel sur la réduction des préjudices, la réduction des coûts, la nécessité des tests ou pratiques en question et la solidité des preuves à l'appui. Au moyen de la méthode Delphi modifiée, les suggestions ont été ramenées au nombre de six, et ont ensuite été soumises à des analyses systématiques. Après quoi, le groupe de travail en a débattu et a dégagé les cinq recommandations finales.

Sources

- 1 Killick SB et coll. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia. Br J Haematol. Janvier 2016; vol. 172, n° 2 : p. 187-207. [PMID : 26568159](#).
Barone A et coll. Diagnosis and management of acquired aplastic anemia in childhood. Guidelines from the Marrow Failure Study Group of the Pediatric Haemato-Oncology Italian Association (AIEOP). Blood Cells Mol Dis. Juin 2015; vol. 55, n° 1 : p. 40-47. [PMID : 25976466](#).
- 2 Martin PJ et coll. First- and second-line systemic treatment of acute graft-versus-host disease: recommendations of the American Society of Blood and Marrow Transplantation. Biol Blood Marrow Transplant. Août 2012; vol. 18, n° 8 : p. 1150-1163. [PMID : 22510384](#).
- 3 Wagner JE et coll. One-unit versus two-unit cord-blood transplantation for hematologic cancers. N Engl J Med. Le 30 octobre 2014; vol. 371, n° 18 : p. 1685-1694. [PMID : 25354103](#).
Hough R et coll. Recommendations for a standard UK approach to incorporating umbilical cord blood into clinical transplantation practice: an update on cord blood unit selection, donor selection algorithms and conditioning protocols. Br J Haematol. Février 2016; vol. 172, n° 3 : p. 360-370. [PMID : 26577457](#).
- 4 Anasetti C et coll. Peripheral-blood stem cells versus bone marrow from unrelated donors. N Engl J Med. Le 18 octobre 2012; vol. 367, no 16 : p. 1487-1496. [PMID : 23075175](#).
Lee SJ et coll. Comparison of Patient-Reported Outcomes in 5-Year Survivors Who Received Bone Marrow vs Peripheral Blood Unrelated Donor Transplantation: Long-term Follow-up of a Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. Le 1er décembre 2016; vol. 2, no 12 : p. 1583-1589. [PMID : 27532508](#).
- 5 Tomblyn M et coll. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantation recipients: a global perspective. Biol Blood Marrow Transplant. Octobre 2009; vol. 15, n° 10 : p. 1143-1238. [PMID : 19747629](#).
Raananan P, Gafter-Gvili A, Paul M, Ben-Bassat I, Leibovici L, Shpilberg O. Immunoglobulin prophylaxis in hematopoietic stem cell transplantation: systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. Le 10 février 2009; vol. 27, n° 5 : p. 770-781. [PMID : 19114702](#).

À propos de l'American Society for Blood and Marrow Transplantation

L'American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT) est une association professionnelle internationale qui regroupe des médecins, des chercheurs et autres professionnels de la santé qui se consacrent aux greffes de cellules souches hématopoïétiques et aux nouveaux traitements cellulaires. L'ASBMT représente les intérêts des médecins et des chercheurs spécialistes de ce type de greffe et ceux de leurs patients dans huit grands secteurs : recherche, représentation, normes cliniques, réglementation, communications, agrément, remboursement et recrutement et formation du personnel clinique.



À propos de la Société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques

La Société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques (SCGCSH) est une organisation multidisciplinaire nationale dirigée par ses membres qui offre un leadership et fait la promotion de l'excellence en matière de soins, de recherche et d'éducation dans le domaine de la greffe de cellules souches hématopoïétiques au Canada.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Céphalalgie

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

par

La Société canadienne des céphalées

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Éviter de demander des tests d'imagerie cérébrale ou des sinus chez les patients dont l'examen clinique est normal, qui répondent aux critères diagnostiques de la migraine et ne présentent aucun « signal d'alarme » évoquant une céphalée secondaire.

Les signaux d'alarme des céphalées secondaires comprennent les céphalées en coup de tonnerre, la fièvre et le syndrome méningé, l'œdème papillaire, les signes neurologiques focaux inexplicables, les déclencheurs atypiques des crises céphalalgiques et le début des céphalées après l'âge de 50 ans. Le rendement des examens d'imagerie cérébrale chez les patients qui souffrent de crises migraineuses récurrentes typiques est très bas. Toute épreuve d'imagerie, particulièrement la résonance magnétique, permet de mettre au jour des observations accessoires sans portée clinique significative qui risquent de provoquer de l'anxiété chez le patient et de conduire à d'autres examens superflus. Pour les patients qui souffrent de migraines typiques et dont l'examen clinique est normal qui souhaitent être rassurés, il serait plus avisé de fournir une explication claire du diagnostic et de donner des informations sur les migraines.

2 Éviter de prescrire des analgésiques opioïdes ou des analgésiques d'association renfermant des opioïdes ou des barbituriques comme traitement de première intention de la migraine.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les triptans sont recommandés en première intention pour le traitement de la crise de migraine. Les opioïdes peuvent engendrer une sensibilité accrue à la douleur et augmenter la fréquence des crises, ce qui peut entraîner une céphalée chronique (céphalées induites par la surutilisation des médicaments), particulièrement lorsque les opioïdes sont utilisés dix jours par mois ou plus. Les opioïdes peuvent nuire à la vigilance et donner lieu à une dépendance ou à de la toxicomanie.

3 Éviter de prescrire des médicaments de crise ou de recommander des analgésiques en vente libre aux patients qui souffrent de crises migraineuses fréquentes sans d'abord vérifier la fréquence d'utilisation des médicaments d'urgence au moyen d'un calendrier des céphalées.

Tous les médicaments utilisés pour le traitement des crises migraineuses, lorsqu'ils sont pris trop souvent, accroissent le risque de céphalées induites par la surutilisation des médicaments pouvant progresser vers un syndrome de céphalées quotidiennes chroniques. L'utilisation des opioïdes, des triptans, des dérivés de l'ergotamine ou d'analgésiques d'association ou de quelque autre type que ce soit dix jours par mois ou plus et le recours à des AINS ou à de l'acétaminophène 15 jours par mois ou plus exposent les patients à un risque de céphalée induite par la surutilisation de médicaments. Les patients migraineux devraient être informés de ces risques.

4 Ne pas oublier la dimension comportementale du traitement de la migraine, y compris certaines améliorations de l'hygiène de vie, notamment de l'alimentation et du sommeil, et la gestion de certains déclencheurs spécifiques tels que le stress.

L'hygiène de vie et la gestion des facteurs déclencheurs spécifiques peuvent contribuer à une maîtrise efficace des migraines. L'enseignement aux patients en ce qui concerne ces facteurs peut contribuer à réduire le recours à des médicaments coûteux et à amenuiser les coûts indirects liés à l'incapacité à effectuer ses activités. L'apprentissage de techniques de relaxation et d'autres techniques de gestion du stress est à envisager. Il est également important pour les patients d'apprendre d'autres habiletés, par exemple doser leurs activités pour les aider à bien gérer leur emploi du temps et leur niveau de stress et savoir comment prendre les médicaments de crise de façon appropriée.

Comment la liste a été établie

Le Comité exécutif de la Société canadienne des céphalées (SCC) a accepté de participer à la campagne *Choisir avec soin*. Les membres de l'exécutif ont tenu des discussions par voie électronique pour dresser une liste d'énoncés potentiels en vue de la campagne *Choisir avec soin* et d'autres administrateurs de la SCC ont été consultés. La liste d'énoncés finale a ensuite été soumise à l'assemblée générale annuelle du 10 juin 2015 de la Société. Les énoncés ont fait l'objet d'un débat et d'autres commentaires ont été recueillis. Suite à quoi des ébauches ont circulé et ont fait l'objet de corrections de la part de l'exécutif et des administrateurs de la SCC pour produire une version finale avec l'aide des responsables de la campagne *Choisir avec soin*.

Sources

- 1 Becker WJ, et coll. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*. Août 2015; 61(8):670-9. [PMID : 26273080](#).
Elliot S, et coll. Why do GPs with a special interest in headache investigate headache presentations with neuroradiology and what do they find? *J Headache Pain*. Décembre 2011; 12(6):625-8. [PMID : 21956455](#).
Howard L, et coll. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Novembre 2005; 76(11):1558-64. [PMID : 16227551](#).
Sempere AP, et coll. Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. *Cephalalgia*. Janvier 2005; 25(1):30-5. [PMID : 15606567](#).
- 2 Becker WJ. Acute Migraine Treatment in Adults. *Headache*. Juin 2015; 55(6):778-93. [PMID : 25877672](#).
Toward Optimized Practice. [Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults](#) [Internet]. Septembre 2016 [consulté le 19 septembre 2017].
Worthington I, et coll. Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. *Can J Neurol Sci*. Septembre 2013; 40(5 Suppl 3):S1-S80. [PMID : 23968886](#).
- 3 Becker WJ, et coll. Medication overuse headache in Canada. *Cephalalgia*. Novembre 2008; 28(11):1218-20. [PMID : 18983589](#).
Cheung V, et coll. Medication overuse headache. *Curr Neurol Neurosci Rep*. Le 15 janvier 2015; 15(1):509. [PMID : 25398377](#).
Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. Juillet 2013; 33(9):629-808. [PMID : 23771276](#).
- 4 Gaul C, et coll. Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache. *J Headache Pain*. Octobre 2011; 12(5):511-9. [PMID : 21779789](#).
Holroyd KA, et coll. Effect of preventive (beta blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *BMJ*. Le 29 septembre 2010; 341:c4871. [PMID : 20880898](#).
Penzien DB, et coll. Well-Established and Empirically Supported Behavioral Treatments for Migraine. *Curr Pain Headache Rep*. Juillet 2015; 19(7):34. [PMID : 26065542](#).
Pringsheim T, et coll. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci*. Mars 2012; 39(2 Suppl 2):S1-59. [PMID : 22683887](#).
Sauro KM, et al. Multidisciplinary treatment for headache in the Canadian healthcare setting. *Can J Neurol Sci*. Mars 2008; 35(1):46-56. [PMID : 18380277](#).
Sauro KM, et coll. The stress and migraine interaction. *Headache*. Octobre 2009; 49(9):1378-86. [PMID : 19619238](#).

À propos de la Société canadienne des céphalées

La Société canadienne des céphalées (SCC) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCC est un organisme de professionnels de la santé sans but lucratif constitué en société qui a pour objectifs la promotion de l'éducation, la recherche et l'excellence en soins aux patients dans le domaine de la médecine spécialisée en migraines et céphalées au Canada.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Chirurgie générale

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

par

L'Association canadienne des chirurgiens généraux

Dernière mise à jour le 2 avril 2014



1 Pour un cancer du sein aux stades cliniques I et II, lorsque les ganglions lymphatiques sont négatifs sur le plan clinique, évitez de procéder à une dissection des ganglions lymphatiques axillaires sans avoir effectué d'abord une biopsie du ganglion.

La biopsie du ganglion sentinelle a prouvé son efficacité pour déterminer le stade au niveau des ganglions lymphatiques positifs de l'aisselle et entraîne moins d'effets secondaires à court et à long terme. On l'associe plus particulièrement à un risque beaucoup plus faible de lymphœdème (enflure permanente du bras). Lorsque les ganglions lymphatiques sentinelles sont négatifs pour le cancer, il faut éviter la dissection axillaire. Lorsqu'un cancer atteint un ou deux ganglions sentinelles, mais qu'il n'est pas étendu dans le ganglion et que la patiente a subi une chirurgie mammaire conservatrice et, qu'en plus, elle prévoit recevoir une irradiation du sein au complet et une thérapie systémique appropriée au stade, il faut éviter la dissection des ganglions axillaires.

2 Évitez d'utiliser de façon routinière la tomodensitométrie (TDM) diagnostique « du corps au complet » chez les patients qui ont un traumatisme systémique mineur ou unique.

L'usage agressif de la TDM dite « du corps au complet » améliore le diagnostic précoce d'un traumatisme et peut même avoir un effet positif sur la survie des patients polytraumatisés. Il faut toutefois tenir compte de l'importance de l'exposition au rayonnement à ces examens, particulièrement chez les patients victimes d'un traumatisme à faible énergie et lorsqu'un examen physique ne révèle pas de traumatisme majeur.

3 Évitez les tests de dépistage du cancer colorectal chez les patients asymptomatiques qui ont une espérance de vie de moins de dix ans et qui n'ont pas d'antécédents familiaux ou personnels de néoplasie du côlon et du rectum.

Il est démontré que le dépistage du cancer colorectal réduit le taux de mortalité associé à cette maladie répandue et que la coloscopie permet de détecter et d'enlever des polypes adénomateux, précurseurs de beaucoup de cancers, ce qui réduit l'incidence de la maladie plus tard, au cours de la vie. Les méthodes de dépistage et de surveillance ne conviennent toutefois pas lorsque les risques l'emportent sur les avantages. Le risque lié à la coloscopie augmente avec l'âge et les comorbidités. Il faut personnaliser le ratio risques/avantages du dépistage du cancer colorectal ou de la surveillance chez tous les patients en fonction des résultats des examens de dépistage antérieurs, des antécédents familiaux, du risque prévu de l'intervention, de l'espérance de vie et de la préférence du patient.

4 Évitez les radiographies pulmonaires à l'admission ou avant l'intervention chirurgicale chez les patients ambulatoires qui ont des antécédents sans histoire et qui ont subi un examen médical.

La radiographie pulmonaire de routine à l'admission ou avant l'intervention chirurgicale n'est pas recommandée chez les patients ambulatoires lorsque leurs antécédents ou les résultats de l'examen médical ne donnent pas une raison précise de faire cet examen. Seulement 2 % de ces images modifient la prise en charge. Il est raisonnable de procéder à une radiographie pulmonaire lorsqu'on soupçonne la présence d'une maladie cardiopulmonaire aiguë ou s'il y a des antécédents d'affections cardiopulmonaires stables chroniques chez les patients de plus de 70 ans qui n'ont pas subi de radiographie pulmonaire au cours des six derniers mois.

5 Évitez d'utiliser la tomodensitométrie (TDM) pour évaluer une appendicite soupçonnée chez les enfants avant d'avoir envisagé de faire une échographie.

Même si la TDM permet d'évaluer avec précision l'appendicite soupçonnée chez les enfants, l'échographie constitue la méthode d'imagerie à privilégier, au début, chez les enfants. Si les résultats de l'échographie sont équivoques, on peut passer ensuite à la TDM. Cette approche est rentable, réduit les risques éventuels liés au rayonnement et est très précise : on signale une sensibilité et une spécificité de 94 % lorsque la technique est utilisée par des professionnels chevronnés. Reconnaissant que le savoir-faire peut varier, des stratégies consistant, notamment, à améliorer le savoir-faire diagnostique en échographie communautaire et à élaborer des règles de décision clinique factuelles constituent des objectifs réalistes pour améliorer le diagnostic sans recourir à la TDM.

6**Dans les cas pertinents, évitez de réparer les hernies inguinales qui présentent des symptômes minimes; offrez plutôt une surveillance attentive pendant une période allant jusqu'à deux ans.**

Chez les adultes, la réparation des hernies inguinales dont les symptômes sont minimes peut éviter des complications possiblement graves qui sont attribuables à l'étranglement de la hernie. Ces réparations peuvent toutefois entraîner des complications telles que l'infection, la douleur inguinale chronique et la réapparition de la hernie, ce qui équivaut cumulativement à peu près au risque d'étranglement. Les éléments de preuve montrent qu'il est aussi possible de gérer de telles hernies en assurant une surveillance attentive pendant une période allant jusqu'à deux ans après l'évaluation; un choix qu'il faut offrir aux patients correctement sélectionnés.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) a formulé ses cinq principales recommandations dans le cadre du programme Choisir avec soin en demandant d'abord à son comité de la pratique clinique de revoir la liste Choosing Wisely® de l'American College of Surgeons (ACS). Persuadé que la liste américaine reflétait des enjeux de la chirurgie générale au Canada (diagnostic et traitement du cancer du sein, dépistage du cancer du côlon, diagnostic et dépistage de traumatismes, radiographie pulmonaire à l'admission et avant l'intervention et diagnostic d'appendicite chez les enfants), le comité de la pratique clinique de l'ACCG a donné son accord de principe à la liste. Il l'a ensuite distribuée aux membres du conseil d'administration de l'ACCG et on a consulté des chirurgiens spécialisés dans chaque domaine. Les cinq premiers éléments ont été finalement adoptés avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2013 American College of Surgeons. Le conseil de l'ACCG était aussi convaincu qu'il fallait ajouter un sixième point à la liste sur le traitement de la hernie asymptomatique et les six points ont ensuite été présentés afin d'être publiés.

Sources

- 1** Ashikaga T, et coll. Morbidity results from the NSABP B-32 trial comparing sentinel lymph node dissection versus axillary dissection. *J Surg Oncol*. Le 1er août 2010; 102(2):111-8. [PMID : 20648579](#).
Giuliano AE, et coll. Association of occult metastases in sentinel lymph nodes and bone marrow with survival among women with early-stage invasive breast cancer. *JAMA*. Le 27 juillet 2011; 306(4):385-93. [PMID : 21791687](#).
Giuliano AE, et coll. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: A randomized clinical trial. *JAMA*. Le 9 février 2011; 305(6):569-75. [PMID : 21304082](#).
Krag DN, et coll. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: Overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. Octobre 2010; 11(10):927-33. [PMID : 20863759](#).
Weaver DL, et coll. Effect of occult metastases on survival in node-negative breast cancer. *N Engl J Med*. Le 3 février 2011; 364(5):412-21. [PMID : 21247310](#).
- 2** Ahmadiania K, et coll. Radiation exposure has increased in trauma patients over time. *J Trauma Acute Care Surg*. Février 2012; 72(2):410-5. [PMID : 22327983](#).
Huber-Wagner S, et coll. Effect of whole-body CT during trauma resuscitation on survival: A retrospective, multicentre study. *Lancet*. Le 25 avril 2009; 373(9673):1455-61. [PMID : 19321199](#).
Stengel D, et coll. Accuracy of single-pass whole-body computed tomography for detection of injuries in patients with major blunt trauma. *CMAJ*. Le 15 mai 2012; 184(8):869-76. [PMID : 22392949](#).
Winslow JE, et coll. Quantitative assessment of diagnostic radiation doses in adult blunt trauma patients. *Ann Emerg Med*. Août 2008; 52(2):93-7. [PMID : 18328598](#).
- 3** Lieberman DA, et coll. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology*. Septembre 2012; 143(3):844-57. [PMID : 22763141](#).
Qaseem A, et coll. Screening for colorectal cancer: A guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. Le 6 mars 2012; 156(5):378-86. [PMID : 22393133](#).
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 4 novembre 2008; 149(9):627-37. [PMID : 18838716](#).
Warren JL, et coll. Adverse events after outpatient colonoscopy in the medicare population. *Ann Intern Med*. Le 16 juin 2009; 150(12):849,57, W152. [PMID : 19528563](#).
- 4** Amorosa JK, et coll. [ACR appropriateness criteria® routine chest radiographs in ICU patients](#) [Internet]. 2011 [consulté le 22 février 2014].
Archer C, et coll. Value of routine preoperative chest x-rays: A meta-analysis. *Can J Anaesth*. Novembre 1993; 40(11):1022-7. [PMID : 8269561](#).
Gomez-Gil E, et coll. Lack of clinical relevance of routine chest radiography in acute psychiatric admissions. *Gen Hosp Psychiatry*. Mars-avril 2002; 24(2):110-3. [PMID : 11869746](#).
Grier DJ, et coll. Are routine chest radiographs prior to angiography of any value? *Clin Radiol*. Août 1993; 48(2):131-3. [PMID : 8004892](#).
Gupta SD, et coll. Routine chest radiography in the elderly. *Age Ageing*. Janvier 1985; 14(1):11-4. [PMID : 4003172](#).
Mohammed TL, et coll. [ACR appropriateness criteria® routine admission and preoperative chest radiography](#) [Internet]. 2011 [consulté le 22 février 2014].
Munro J, et coll. Routine preoperative testing: A systematic review of the evidence. *Health Technol Assess*. 1997;1(12):i,iv; 1-62. [PMID : 9483155](#).
- 5** Doria AS, et coll. US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. *Radiology*. Octobre 2006;241(1):83-94. [PMID : 16928974](#).
Frush DP, et coll. Imaging of acute appendicitis in children: EU versus U.S. ... or US versus CT? A North American perspective. *Pediatr Radiol*. Mai 2009; 39(5):500-5. [PMID : 19221730](#).
García K, et coll. Suspected appendicitis in children: Diagnostic importance of normal abdominopelvic CT findings with nonvisualized appendix. *Radiology*. Février 2009; 250(2):531-7. [PMID : 19188320](#).
Kharbanda AB, et coll. Interrater reliability of clinical findings in children with possible appendicitis. *Pediatrics*. Avril 2012; 129(4):695-700. [PMID : 22392173](#).
Krishnamoorthi R, et coll. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology*. Avril 2011; 259(1):231-9. [PMID : 21324843](#).
Rosen MP, et coll. ACR appropriateness criteria(R) right lower quadrant pain--suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol*. Novembre 2011; 8(11):749-55. [PMID : 22051456](#).
Saito JM, et coll. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. *Pediatrics*. Janvier 2013; 131(1):e37-44. [PMID : 23266930](#).
Wan MJ, et coll. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis--a markov decision analytic model. *Radiology*. Février 2009; 250(2):378-86. [PMID : 19098225](#).
- 6** Fitzgibbons RJ Jr, et coll. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: A randomized clinical trial. *JAMA*. Le 18 janvier 2006; 295(3):285-92. [PMID : 16418463](#).



À propos de L'Association canadienne des chirurgiens généraux

L'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Forte de ses 2 500 membres, l'ACCG est la voix de la spécialité de la chirurgie générale au Canada. L'ACCG soutient l'éducation de qualité, la recherche fondée sur des preuves et la promotion absolue de la chirurgie générale afin que ses membres puissent offrir les meilleurs soins chirurgicaux possible aux Canadiens.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Chirurgie pédiatrique

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

par

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique

Dernière mise à jour : août 2018



1 Ne demandez pas systématiquement une échographie pour une hernie ombilicale ou inguinale.

Les hernies ombilicales et inguinales sont l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles un patient pédiatrique peut avoir besoin d'être référé en chirurgie. Les antécédents médicaux et l'examen physique suffisent généralement pour poser un diagnostic. L'utilisation routinière de l'échographie pour diagnostiquer ces deux troubles est inutile et n'aidera pas le chirurgien pédiatrique à poser un diagnostic.

2 Ne demandez pas de dosage de la protéine C réactive pour les enfants soupçonnés d'avoir une appendicite.

L'appendicectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes chez les enfants. Le diagnostic d'appendicite devrait être fondé sur les résultats cliniques jumelés à une imagerie, au besoin. L'expérience montre que le dosage de routine de la protéine C réactive pour les patients soupçonnés d'avoir une appendicite n'est pas nécessaire et n'aidera pas le médecin à poser un diagnostic.

3 Envisagez d'abord l'échographie comme option avant de faire une tomodensitométrie pour évaluer une appendicite possible chez les enfants.

Bien que la tomodensitométrie soit précise pour évaluer l'appendice chez les enfants, l'échographie est presque aussi bonne dans des mains expérimentées. Le médecin peut poser un diagnostic d'appendicite en se basant sur l'histoire et l'examen physique seuls. Si l'imagerie est nécessaire, l'échographie (y compris les échographies en série) est l'examen initial à privilégier chez les enfants. Si les résultats de l'échographie sont équivoques, le médecin peut alors demander une tomodensitométrie. Cette approche réduit les risques potentiels associés aux radiations et est très précise, affichant une sensibilité et une spécificité de 94 %.

4 Ne demandez pas d'échographie de routine pour les enfants dont les testicules ne sont pas descendus.

Le testicule non descendu est l'anomalie congénitale génito-urinaire la plus courante chez les garçons. Le diagnostic se fait après un examen physique et, si nécessaire, des tests d'imagerie. L'expérience montre qu'il n'est pas nécessaire de demander une échographie de routine pour les enfants présentant un testicule non descendu présumé avant de les diriger vers un chirurgien pédiatrique.

5 Ne reportez pas la consultation à un spécialiste au-delà de l'âge de 6 mois en cas de testicule non descendu.

L'âge idéal pour la correction chirurgicale des testicules non descendus est entre 6 mois et 1 an. L'orchidopexie ne devrait pas être effectuée avant l'âge de 6 mois, car les testicules peuvent descendre spontanément pendant les premiers mois de la vie. Selon les meilleures données probantes, l'orchidopexie est recommandée entre l'âge de 6 et 12 mois. La chirurgie pendant cette période peut optimiser les fonctions de la spermatogenèse.

6 Ne reportez pas au-delà de l'âge de 2 semaines les tests de bilirubine totale et conjuguée (directe) pour un nouveau-né présentant un ictère persistant.

L'atrésie des voies biliaires se manifeste cliniquement avant l'âge de 2 semaines par une jaunisse due à une hyperbilirubinémie conjuguée et des selles décolorées et pâles. Il faut faire un test sanguin de bilirubine totale et conjuguée (directe) pour tous les nourrissons présentant un ictère persistant au-delà des deux premières semaines de vie. Si la fraction de bilirubine conjuguée (directe) est supérieure à 20 % de la bilirubine totale, il faut rapidement diriger le nourrisson vers un spécialiste pour détecter la présence possible d'atrésie des voies biliaires. Le diagnostic et une intervention chirurgicale précoces, avant l'âge de 30 jours, offrent les meilleurs résultats pour la survie des patients avec leur propre foie, évitant ainsi une transplantation hépatique. Pour en savoir plus, consultez le site www.cbar.ca.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique (ACCP) a formulé ses six principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » par consensus parmi ses membres lors de sa réunion d'hiver à Calgary (mars 2015).

Sources

- 1 LeBlanc KE, et coll. Inguinal hernias: diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 15 juin 2013;87(12):844-8. [PMID : 23939566](#).
Miller J, et coll. Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. *JAMA Surg*, Octobre 2014;149(10):1077-80. [PMID : 25141884](#).
- 2 Amalesh T, et coll. CRP in acute appendicitis—is it a necessary investigation? *Int J Surg*. 2004;2(2):88-9. [PMID : 17462226](#).
Jangjoo A, et coll. Is C-reactive protein helpful for early diagnosis of acute appendicitis? *Acta Chir Belg*, Juillet-Août 2011;111(4):219-22. [PMID : 21954737](#).
Shogilev DJ, et coll. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *West J Emerg Med*, Novembre 2014;15(7):859-71. [PMID : 25493136](#).
- 3 Krishnamoorthi R, et coll. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology*, Avril 2011;259(1):231-9. [PMID : 21324843](#).
Rosen MP, et coll. ACR appropriateness criteria® right lower quadrant pain—suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol*, Novembre 2011;8(11):749-55. [PMID : 22051456](#).
Saito JM, et coll. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. *Pediatrics*, Janvier 2013;131(1):e37-44. [PMID : 23266930](#).
Schuh S, et coll. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use. *Acad Emerg Med*, Avril 2015;22(4):406-14. [PMID : 25808065](#).
Wan MJ, et coll. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis—a markov decision analytic model. *Radiology*, Février 2009;250(2):378-86. [PMID : 19098225](#).
- 4 Tasian GE, et coll. Diagnostic performance of ultrasound in nonpalpable cryptorchidism: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, Janvier 2011;127(1):119-28. [PMID : 21149435](#).
Tasian GE, et coll. Imaging use and cryptorchidism: determinants of practice patterns. *J Urol*, Mai 2011;185(5):1882-7. [PMID : 21421239](#).
- 5 Chan E, et coll. Ideal timing of orchiopexy: a systematic review. *Pediatr Surg Int*, Janvier 2014;30(1):87-97. [PMID : 24232174](#).
Kim SO, et coll. Testicular catch up growth: the impact of orchiopexy age. *Urology*. Octobre 2011;78(4):886-9. [PMID : 21762966](#).
Kollin C, et coll. Surgical treatment of unilaterally undescended testes: testicular growth after randomization to orchiopexy at age 9 months or 3 years. *J Urol*, Octobre 2007;178(4 Pt 2):1589-93; discussion 1593. [PMID : 17707045](#).

À propos de L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique

L'Association canadienne de chirurgie pédiatrique est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Elle se consacre à l'amélioration de la santé des enfants et s'efforce de faire une différence dans la vie des enfants, des adolescents et de leur famille, en améliorant la qualité des soins grâce à l'éducation et la recherche. L'Association s'intéresse particulièrement au diagnostic et au traitement des anomalies congénitales, des cancers pédiatriques et des traumatismes, et à la recherche dans ces domaines.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Chirurgie vasculaire

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

par

La Société canadienne de chirurgie vasculaire

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Évitez l'intervention percutanée ou la chirurgie comme traitement de première intention pour les patients atteints de maladie artérielle périphérique asymptomatique et pour la plupart des patients présentant une claudication.

La chirurgie carotidienne et la pose de stents carotidiens visent à prévenir les accidents vasculaires cérébraux et, lorsque cette intervention est combinée avec un traitement médical approprié, elle constitue une stratégie efficace pour certains patients, principalement symptomatiques. Le traitement médical seul est une option efficace pour de nombreux patients asymptomatiques. De plus, le traitement médical est plus sécuritaire chez les personnes âgées ou les patients à risque élevé, dont l'espérance de vie est trop courte, pour bénéficier d'une intervention prophylactique.

2 Évitez l'endartériectomie carotidienne ou la pose de stents carotidiens pour la plupart des patients asymptomatiques à risque élevé dont l'espérance de vie est limitée.

La chirurgie carotidienne et la pose de stents carotidiens visent à prévenir les accidents vasculaires cérébraux et, lorsque cette intervention est combinée avec un traitement médical approprié, elle constitue une stratégie efficace pour certains patients, principalement symptomatiques. Le traitement médical seul est une option efficace pour de nombreux patients asymptomatiques. De plus, le traitement médical est plus sécuritaire chez les personnes âgées ou les patients à risque élevé, dont l'espérance de vie est trop courte, pour bénéficier d'une intervention prophylactique.

3 Évitez la chirurgie ouverte ou la réparation endovasculaire pour la plupart des patients asymptomatiques présentant de petits anévrismes de l'aorte abdominale (< 5 cm chez les femmes; < 5,5 cm chez les hommes).

La réparation des anévrismes de l'aorte abdominale chez les patients asymptomatiques est recommandée lorsque le risque de rupture dépasse le risque de réparation. Des essais contrôlés randomisés n'ont pas réussi à prouver que la chirurgie ouverte ou la réparation endovasculaire de la plupart des petits anévrismes présentait un avantage de survie. La réparation peut être envisagée pour des modèles de croissance précis et selon la morphologie de l'anévrisme.

4 Évitez la réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale pour la plupart des patients asymptomatiques à risque élevé dont l'espérance de vie est limitée.

La réparation des anévrismes de l'aorte abdominale chez les patients asymptomatiques est recommandée lorsque le risque de rupture dépasse le risque de réparation et que la réparation est effectuée chez les patients dont l'espérance de vie est suffisante pour leur permettre de bénéficier d'une telle intervention prophylactique. La plupart des patients âgés ou à risque élevé sur le plan médical ont une espérance de vie trop courte et courent un risque plus élevé de complications après la réparation endovasculaire pour la justifier.

5 Évitez les échographies inutilement fréquentes chez les patients asymptomatiques présentant de petits anévrismes de l'aorte abdominale. Les anévrismes de moins de 4,5 cm de diamètre devraient faire l'objet d'une échographie de suivi tous les 12 mois.

La réalisation régulière d'échographies chez les patients asymptomatiques présentant de petits anévrismes de l'aorte abdominale est essentielle pour documenter la croissance de l'anévrisme et décider quand l'intervention est justifiée. L'intervalle entre les examens est dicté par la taille de l'anévrisme et son taux de croissance prévu. Des échographies trop fréquentes peuvent entraîner de l'anxiété inutile pour le patient et ne sont pas rentables.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de chirurgie vasculaire (SCCV) a formulé ses cinq principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » en demandant à ses membres de suggérer des examens ou des traitements qui ne devraient pas être effectués, devraient être effectués rarement ou ne devraient être effectués que dans certaines situations. Un sous-groupe du Comité de direction de la SCCV a examiné les suggestions des membres et dressé une liste des cinq principales recommandations proposées. Le Comité de direction a fourni une rétroaction concernant cette liste. Les données probantes et la littérature ont été analysées pour s'assurer que ces recommandations étaient fondées sur des données probantes. Le Comité de direction de la SCCV a ensuite approuvé la liste finale.

Sources

- 1 Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group, et coll. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. *J Vasc Surg* 2015;61(3 Suppl):2S-41S. [PMID : 25638515](#).
- 2 Hobson RW, et coll. Management of atherosclerotic carotid artery disease: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg* 2008;48:480-6. [PMID : 18644494](#).
Voeks JH, et coll. Age and outcomes after carotid stenting and endarterectomy: the carotid revascularization endarterectomy versus stenting trial. *Stroke* 2011;42(12):3484-90. [PMID : 21980205](#).
Wach MM, et coll. Carotid artery stenting in nonagenarians: are there benefits in surgically treating this high risk population? *J Neurointerv Surg* 2015;7(3):182-7. [PMID : 24503283](#).
- 3 Cao P, et coll. Comparison of surveillance versus aortic endografting for small aneurysm repair (CAESAR): results from a randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41(1):13-25. [PMID : 20869890](#).
Lederle FA, et coll. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002;346:1437-44. [PMID : 12000813](#).
Ouriel K, et coll. Endovascular repair compared with surveillance for patients with small abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2010;51(5):1081-7. [PMID : 20304589](#).
The UK Small Aneurysm Trial Participants. Mortality results for randomized controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet* 1998;352:1649-55. [PMID : 9853436](#).
- 4 RESCAN Collaborators, et coll. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms: a meta-analysis. *JAMA* 2013;309(8):806-13. [PMID : 15978926](#).
- 5 RESCAN Collaborators, et coll. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms: a meta-analysis. *JAMA* 2013;309(8):806-13. [PMID : 23443444](#).
Thompson SG, et coll. Systematic review and meta-analysis of the growth and rupture rates of small abdominal aortic aneurysms: implications for surveillance intervals and their cost-effectiveness. *Health Technol Assess* 2013;17(41):1-118. [PMID : 24067626](#).

À propos de La Société canadienne de chirurgie vasculaire

La Société canadienne de chirurgie vasculaire (SCSV) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Elle est vouée à l'excellence dans la promotion de la santé vasculaire pour les Canadiens grâce à l'éducation, à la recherche, à la collaboration et à la représentation.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Dentisterie en milieu hospitalier

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

par

L'Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier

Dernière mise à jour : décembre 2018



1 N'utilisez pas d'opioïdes pour la douleur dentaire postopératoire avant d'avoir optimisé la dose d'AINS/acétaminophène.

Pour la douleur dentaire postopératoire, il faut optimiser la dose et la fréquence des analgésiques non opioïdes (ibuprofène, acétaminophène ou les deux). Si cela ne suffit pas pour soulager la douleur, on peut envisager le recours à un opioïde. Si un analgésique opioïde est approprié, envisager de limiter le nombre de comprimés administrés.

2 Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour traiter une pulpite irréversible (odontalgie).

La pulpite irréversible ou l'odontalgie survient lorsque les tissus mous et les nerfs de la dent (la pulpe dentaire) sont endommagés par une carie, un trauma ou une grosse obturation. C'est l'inflammation de la pulpe et des tissus entourant la racine qui cause l'intense douleur, et non une infection. Par conséquent, les antibiotiques ne soulageront pas la douleur, et leur utilisation est déconseillée. Pour traiter cette affection, il faut enlever la pulpe dentaire endommagée ou malade, soit en effectuant un traitement de canal ou en extrayant la dent. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont le meilleur moyen de calmer une douleur dentaire inflammatoire.

3 Ne prescrivez pas d'emblée des antibiotiques pour un abcès dentaire aigu s'il n'y a aucun signe d'infection généralisée.

L'abcès dentaire aigu est une infection localisée, qui survient lorsqu'une infection de la pulpe dentaire n'est pas traitée. Il faut drainer l'abcès et effectuer un traitement de canal ou extraire la dent. Les antibiotiques ne procurent aucun avantage supplémentaire. En cas de complications généralisées (p. ex., fièvre, atteinte des nœuds lymphatiques ou infection qui se propage) ou si le patient est immunodéprimé, on peut prescrire des antibiotiques en plus d'effectuer un drainage.

4 N'administrez pas d'antibiotiques prophylactiques avant une intervention dentaire aux patients qui ont subi une arthroplastie totale.

Les infections des implants orthopédiques sont peu fréquentes, et elles sont rarement causées par des bactéries présentes dans la bouche. Même si des interventions comme les extractions peuvent provoquer des bactériémies transitoires, la plupart des bactériémies d'origine buccale sont dues à des activités de la vie quotidienne, dont le brossage des dents, le passage de la soie dentaire et la mastication. Rien ne prouve que l'administration d'antibiotiques avant une intervention dentaire prévienne les infections des prothèses articulaires. Les patients ne devraient pas être exposés aux effets indésirables des antibiotiques alors qu'il n'existe aucune preuve que ces derniers sont bénéfiques.

5 N'administrez pas d'antibiotiques prophylactiques aux patients qui ont un dispositif cardiaque non valvulaire ou tout autre dispositif à demeure.

Il n'existe pas de preuve convaincante que les bactéries buccales libérées lors d'une intervention dentaire peuvent causer une infection des dispositifs suivants : stimulateur cardiaque, défibrillateur interne, dérivation ventriculo-cardiaque, dispositif d'occlusion pour la persistance du canal artériel, dispositif de fermeture pour la communication interauriculaire et interventriculaire, endoprothèse vasculaire périphérique, greffon vasculaire, shunt pour hémodialyse; endoprothèse coronaire, patch carotidien en Dacron et cathéter veineux central à demeure.

6 Ne prescrivez pas de radiographies sans indication médicale.

Les radiographies dentaires sont un outil important; elles sont nécessaires pour diagnostiquer et surveiller les troubles faciaux et buccaux ainsi que les maladies bucco-dentaires. La décision de prescrire une radiographie devrait être prise individuellement pour chaque patient, en fonction de ses antécédents médicaux et dentaires, des résultats cliniques et de l'évaluation du risque; il ne faut pas en prescrire de façon systématique.

7**Ne remplacez pas une obturation simplement parce qu'elle est vieille.**

Les restaurations dentaires (obturations) s'abîment à cause d'une usure excessive, de fractures du matériau ou de la dent, d'une perte de rétention orthodontique ou de caries fréquentes. Plus grande est la surface restaurée ou plus nombreuses sont les obturations, plus le risque de détérioration est élevé. La durabilité des matériaux d'obturation varie et ils peuvent se détériorer pour différentes raisons, mais la longévité ne devrait pas être un critère de remplacement. Enlever et remplacer les obturations peut affaiblir les dents. Si possible, il est préférable de réparer les petits défauts plutôt que de remplacer l'obturation; cela peut préserver la structure de la dent et prolonger la durée de vie des obturations à moindre coût.

8**N'enlevez pas les obturations contenant du mercure, sauf si la restauration a échoué.**

Les obturations contenant du mercure relâchent de petites quantités dans l'organisme. Des essais cliniques aléatoires montrent toutefois que le mercure des amalgames dentaires ne cause pas de maladies; par ailleurs, les enlever est inutile et coûteux. Le patient absorbera plus de mercure pendant l'intervention que l'amalgame dentaire n'en aurait dégagé s'il était resté en place. De plus, on sait que l'installation d'obturations en résine composite augmente temporairement le taux de bisphénol A dans l'urine, une substance dont on ne connaît pas les effets sur la santé, et des données probantes de grande qualité semblent indiquer que la résine composite est moins durable que les obturations.

Comment la liste a été établie

Un groupe de travail constitué de dentistes en milieu hospitalier et en cabinet privé et représentant une diversité de régions géographiques, de genres et d'âges a été créé. Il a passé en revue la liste de l'American Dental Association (ADA) pour la campagne Choosing Wisely afin d'en sélectionner les éléments pertinents et s'est penché sur les enjeux qu'il considérait comme particulièrement importants. Une liste de 25 recommandations a été générée à l'aide d'un processus itératif, puis examinée; les répétitions ont été éliminées (beaucoup de recommandations revenaient plus d'une fois ou se recoupaient), et le groupe s'est entendu sur le contenu de la liste définitive, qui contient huit recommandations.

La liste provisoire a été envoyée à tous les membres de l'Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier ainsi qu'à 17 organisations dentaires et associations de spécialistes canadiennes, qui ont été invités à émettre leurs commentaires. La liste finale a été révisée et approuvée par le conseil d'administration de l'Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier en février 2018.

Sources

- 1 Bailey, E. et coll. Ibuprofen and/or paracetamol (acetaminophen) for pain relief after surgical removal of lower wisdom teeth. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 12 décembre 2013; n° 12 : CD004624. PMID : 24338830. [En ligne].
Haas, DA. An update on analgesics for the management of acute postoperative dental Pain. Journal de l'Association dentaire canadienne. Septembre 2002; vol. 68, n° 8 : p. 476-482. PMID : 12323103. [En ligne].
Moore, P. et coll. Benefits and harms associated with analgesic medications used in the management of acute dental pain. The Journal of the American Dental Association. Avril 2018; vol. 149, n° 4 : p. 256-265. [En ligne].
- 2 Agnihotry, A. et coll. Antibiotic use for irreversible pulpitis. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 17 février 2016; vol. 2 : CD004969. PMID : 26886473. [En ligne].
Cope, A. et coll. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 26 juin 2014; n° 6 : CD010136. PMID : 24967571. [En ligne].
Sutherland, S. et coll. Emergency management of acute apical periodontitis in the permanent dentition: a systematic review of the literature. Journal de l'Association dentaire canadienne. Mars 2003; vol. 69, n° 3 : p. 160. PMID : 12622880. [En ligne].
- 3 Cope, A. et coll. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 26 juin 2014; n° 6 : CD010136. PMID : 24967571. [En ligne].
Mathews, D. C. et coll. Emergency management of acute apical abscesses in the permanent dentition: a systematic review of the literature. Journal de l'Association dentaire canadienne. Novembre 2003; vol. 69, n° 10 : p. 660. PMID : 14611715. [En ligne].
- 4 Berbari, E. et coll. Dental procedures as risk factors for prosthetic hip or knee infection: a hospital-based prospective case-control study. Clinical Infectious Diseases. Le 1er janvier 2010; vol. 50, n° 1 : p. 8-16. PMID : 19951109. [En ligne].
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Antibiotic Prophylaxis in Patients with Orthopedic Implants Undergoing Dental Procedures: A Review of Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines. Rapports d'examen rapide de l'ACMTS. Février 2016. PMID : 27030856. [En ligne].
Morris, A. et coll. Recommendations for antibiotics in patients with joint prosthesis are irresponsible and indefensible. Journal de l'Association dentaire canadienne. Septembre 2009; vol. 75, n° 7 : p. 513-515. PMID : 19744360. [En ligne].
Sollecito, T. P. et coll. The use of prophylactic antibiotics prior to dental procedures in patients with prosthetic joints: Evidence-based clinical practice guideline for dental practitioners--a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. The Journal of the American Dental Association. Janvier 2015; vol. 146, n° 1 : p. 11-16.e8. PMID : 25569493. [En ligne].
Sutherland, S. Science over dogma: Dispelling myths about dental antibiotic prophylaxis for patients with total joint replacements. Février 2018. [En ligne]. (consulté le 12 mars 2018).

Ressource connexe :

Déclaration de consensus : Patients ayant subi une arthroplastie totale et nécessitant une intervention dentaire. [En ligne].

- 5 Baddour LM, et coll. Update on Cardiovascular Implantable Electronic Device Infections and Their Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. Le 26 janvier 2010; vol. 121, no 3: p. 458-77. PMID:20048212. [En ligne].
Hong, C. et coll. Antibiotic prophylaxis for dental procedures to prevent indwelling venous catheter-related infections. The American Journal of Medicine. Décembre 2010; vol. 123, n° 12 : p. 1128-1133. PMID : 20961528. [En ligne].
- 6 American Dental Association et coll. The Selection of Patients for Dental Radiographic Examinations. Révisé en 2012. [En ligne]. (consulté le 20 février 2018).
Association dentaire canadienne (ADC). La [sic] contrôle de l'exposition aux rayons X en dentisterie. 2015. [En ligne]. (consulté le 20 février 2018).

Ressource connexe :

Image Gently. [En ligne].

- 7 Blum, I. R. et coll. Factors influencing repair of dental restorations with resin composite. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry. Le 17 octobre 2014; vol. 6 : p. 81-87. PMID : 25378952. [En ligne].
Gordan, V. V. et coll. Alternative treatments to replacement of defective amalgam restorations: results of a seven-year clinical study. The Journal of the American Dental Association. Juillet 2011; vol. 142, n° 7 : p. 842-849. PMID : 21719808. [En ligne].
Lynch, C. D. et coll. Student perspectives and opinions on their experience at an undergraduate outreach dental teaching centre at Cardiff: a 5-year study. European Journal of Dental Education. Février 2010; vol. 14, n° 1 : p. 12-16. PMID : 20070794. [En ligne].
Mjör, I. A. et coll. Failure, repair, refurbishing and longevity of restorations. Operative Dentistry. Septembre-octobre 2002; vol. 27, n° 5 : p. 528-534. PMID : 12216574. [En ligne].
- 8 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Dental Amalgams Compared With Composite Resin. [En ligne]. 29 mars 2018. (consulté le 21 décembre 2018).
Association dentaire canadienne (ADC). L'amalgame dentaire. Révisé en mars 2014. [En ligne]. (consulté le 20 février 2018).
Maserejian, N. N. et coll. Changes in urinary bisphenol A concentrations associated with placement of dental composite restorations in children and adolescents. The Journal of the American Dental Association. Août 2016; vol. 147, n° 8 : p. 620-630. PMID : 27083778. [En ligne].
National Center for Toxicological Research, Food and Drug Administration des États-Unis. White Paper: FDA Update/Review of Potential Adverse Health Risks Associated with Exposure to Mercury in Dental Amalgam. 2009. [En ligne]. (consulté en février 2018).
Nicolae, A. et coll. Dental amalgam and urinary mercury concentrations: a descriptive study. BMC Oral Health. Le 9 septembre 2013; vol. 13, p. 44. PMID : 24015978. [En ligne].
Rasines Alcaraz, M. G. et coll. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent or adult posterior teeth. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 31 mars 2014; n° 3 : CD005620. PMID : 24683067.
Rathore, M. et coll. The Dental Amalgam Toxicity Fear: A Myth or Actuality. Toxicology International. Mai-août 2012; vol. 19, n° 2 : p. 81-88. PMCID : PMC3388771. [En ligne].

Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier

L'Association canadienne des dentistes en milieu hospitalier est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Elle est le porte-parole national des dentistes canadiens qui travaillent en milieu hospitalier, et sa mission consiste à promouvoir les normes les plus élevées en matière de soins dentaires fondés sur des données probantes, à faire avancer l'éducation dans les centres des sciences de la santé universitaires, à encourager la recherche collaborative et à défendre l'accès aux soins pour tous les Canadiens qui ont des besoins plus complexes et qui doivent recevoir des soins dentaires en milieu hospitalier.



Association canadienne des
dentistes en milieu hospitalier 

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://facebook.com/choisiravecsoin)

Dermatologie

Les cinq examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger

par

L'Association canadienne de dermatologie

Dernière mise à jour : mars 2019



1 Ne prescrivez pas d'emblée une antibiothérapie pour des rougeurs et de l'œdème aux deux membres inférieurs.

La cellulite est souvent diagnostiquée à tort; ce faux diagnostic serait même posé dans un cas sur trois. Il y a plusieurs causes à la « pseudocellulite », notamment : dermatite de stase, lipodermatosclérose aiguë, lymphœdème, dermatite eczémateuse, dermatite de contact, goutte et épidermophytie plantaire. Le plus fréquent parmi ces diagnostics est la dermatite de stase qui affecte généralement les deux membres inférieurs. Dans un contexte d'anomalies cutanées aux deux membres inférieurs, il faut chercher les causes de cette « pseudocellulite ».

2 Ne prescrivez pas d'emblée de produits d'association topiques corticostéroïdes/antifongiques.

Les produits d'association topiques corticostéroïdes/antifongiques sous forme de crèmes ou d'onguents contiennent des corticostéroïdes puissants généralement considérés inappropriés pour les problèmes dermatologiques affectant le visage et les plis cutanés. Ces produits ont été prescrits pour des infections fongiques superficielles soupçonnées et pour l'érythème fessier. Par contre, les données probantes font état d'une efficacité clinique moindre, de taux de récurrence plus élevés et d'effets indésirables (amaigrissement de la peau et absorption systémique) comparativement aux antifongiques topiques seuls. Dans la pratique, leur utilisation peut compliquer le diagnostic et prolonger le traitement. Il faut confirmer les soupçons à l'égard de la mycose au moyen d'un prélèvement cutané (par grattage) et les mycoses accompagnées d'un prurit intense peuvent répondre à une corticothérapie topique de courte durée avec un agent de puissance légère à modérée.

3 N'utilisez pas d'emblée d'antibiotiques topiques sur une plaie chirurgicale.

En dermatologie, les plaies chirurgicales peuvent être soit suturées, soit laissées à cicatriser naturellement à partir de la base. La plupart des interventions dermatologiques produisent des plaies considérées « non contaminées », qui comportent un faible risque d'infection au départ. Pour les plaies suturées, les problèmes potentiels (dermatite de contact allergique aux ingrédients topiques, antibiorésistance) surclassent la réduction accessoire du risque d'infection postopératoire obtenue avec les antibiotiques appliqués sur la peau. Seules les plaies montrant des signes d'infection (purulence, œdème, rougeur qui s'étend, détérioration de la plaie et symptômes systémiques) devraient recevoir une antibiothérapie appropriée.

4 Ne prescrivez pas d'antifongiques systémiques pour une onychomycose soupçonnée sans confirmation mycologique d'une infection à dermatophytes.

Les onychomycoses comptent pour la moitié de toutes les causes d'anomalies des ongles (onychodystrophie). L'autre moitié peut être attribuée à des maladies comme l'onychogryphose (épaississement de l'ongle), le psoriasis et le lichen plan. Les professionnels de la santé ont une aptitude variable à prédire l'onychomycose des ongles d'orteils, qui peut être confirmée par microscopie simple, culture fongique ou examen histologique. Les antifongiques systémiques indiqués pour l'onychomycose de modérée à grave peuvent entraîner diverses interactions médicamenteuses et exacerber le risque d'insuffisance cardiaque ou hépatique. La confirmation de l'infection fongique peut prévenir des traitements superflus assortis d'effets indésirables évitables et orienter le diagnostic vers d'autres causes possibles.

5 Ne prescrivez pas d'antibiotiques oraux pour l'acné vulgaire pendant plus de 3 mois sans en vérifier l'efficacité.

Les antibiotiques sont les agents systémiques le plus souvent prescrits pour le traitement de l'acné, en raison de leurs propriétés antibactériennes et anti-inflammatoires. L'administration d'antibiothérapies prolongées peut perturber le microbiome normal, accroître le taux d'infections des voies respiratoires supérieures et a été liée à l'apparition d'autres troubles systémiques. On note aussi une antibiorésistance croissante des bactéries pathogènes de l'acné. Pour les cas d'acné de modérés à graves nécessitant un traitement systémique, l'effet de l'antibiothérapie orale doit être réexaminé après trois mois pour évaluer les progrès. Si le traitement est inefficace, il faut le modifier : on aura recours à d'autres agents systémiques, comme les anti-androgènes (spironolactone), en association avec des contraceptifs oraux ou des rétinoïdes. L'antibiothérapie orale doit toujours être associée à du peroxyde de benzoyle ou à un rétinoïde topique.

Comment la liste a été établie

Un groupe de travail composé de membres de l'Association canadienne de dermatologie (ACD) a été formé autour d'un intérêt partagé pour la question de la saine intendance des ressources en dermatologie. Le groupe de travail a procédé à une revue des recommandations Choosing Wisely adoptées dans d'autres pays et a ensuite effectué une revue documentaire ciblée des publications à partir des mots clés evidence-based medicine, value-based healthcare et dermatology. De la liste complète des recommandations répertoriées, on a retranché les éléments jugés inappropriés pour le Canada et contestés par de plus récentes données probantes. Cinq lignes directrices ont ainsi été sélectionnées comme « principales recommandations » et cinq autres ont été placées dans une « liste supplémentaire ». Les réviseurs, de différents types de pratique et milieux géographiques, ont été invités à tenir compte des critères suivants dans leur évaluation des recommandations : pertinence pour la dermatologie, fréquence d'utilisation et risque de préjudice. Ils ont ensuite eu à approuver ou à rejeter les principales recommandations et à choisir une solution de rechange dans la liste supplémentaire ou ailleurs en cas de désaccord. La liste finale établie par consensus a alors été approuvée par le conseil d'administration de l'ACD et présentée au congrès annuel 2018 de l'Association.

Sources

- 1 Baibergenova A et coll. Hospitalizations for cellulitis in Canada: a database study. *J Cutan Med Surg.* Janv.-févr. 2014; vol. 18, n° 1 : p. 33-37. [PMID : 24377471](#).
Hirschmann JV et coll. Lower limb cellulitis and its mimics: part II. Conditions that simulate lower limb cellulitis. *J Am Acad Dermatol.* Août 2012; vol. 67, n° 2 : p. 177.e1-9. [PMID : 22794816](#).
Ko LN et coll. Effect of Dermatology Consultation on Outcomes for Patients With Presumed Cellulitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* Le 1^{er} mai 2018; vol. 154, n° 5 : p. 529-536. [PMID : 29453872](#).
Levell NJ et coll. Severe lower limb cellulitis is best diagnosed by dermatologists and managed with shared care between primary and secondary care. *Br J Dermatol.* Juin 2011; vol. 164, n° 6 : p. 1326-1328. [PMID : 21564054](#).
- 2 Alston SJ et coll. Persistent and recurrent tinea corporis in children treated with combination antifungal/corticosteroid agents. *Pediatrics.* 2003; vol. 111, n° 1 : p. 201-203. [PMID : 12509578](#).
Greenberg HL et coll. Clotrimazole/betamethasone dipropionate: a review of costs and complications in the treatment of common cutaneous fungal infections. *Pediatr Dermatol.* Janv.-févr. 2002; vol. 19, n° 1 : p. 78-81. [PMID : 11860579](#).
Wheat CM et coll. Current trends in the use of two combination antifungal/corticosteroid creams. *Pediatrics.* Juill. 2017; vol. 186 : p. 192-195. [PMID : 28438376](#).
- 3 Gehrig KA et coll. Allergic contact dermatitis to topical antibiotics: Epidemiology, responsible allergens, and management. *J Am Acad Dermatol.* Janv. 2008; vol. 58 n° 1; p. 1-21. [PMID : 18158924](#).
Norman G et coll. Antibiotics and antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 29 mars 2016; n° 3 : CD011712. [PMID : 27021482](#).
Saco M et coll. Topical antibiotic prophylaxis for prevention of surgical wound infections from dermatologic procedures: a systematic review and meta-analysis. *J Dermatolog Treat.* Avr. 2015; vol. 26, n° 2 : p. 151-158. [PMID : 24646178](#).
- 4 Ameen M et coll. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of onychomycosis 2014. *Br J Dermatol.* Nov. 2014; vol. 171, n° 5 : p. 937-958. [PMID : 25409999](#).
Gupta AK et coll. Confirmatory testing prior to initiating onychomycosis therapy is cost-effective. *J Cutan Med Surg.* Mars-avr. 2018; vol. 22, n° 2 : p. 129-141. [PMID : 28954534](#).
Gupta AK et coll. Onychomycosis in the 21st century: an update on diagnosis, epidemiology, and treatment. *J Cutan Med Surg.* Nov.-déc. 2017; vol. 21 n° 6 : p. 525-539. [PMID : 28639462](#).
Vender RB et coll. [Prevalence and epidemiology of onychomycosis.](#) *J Cutaneous Med Surg.* Nov. 2006; vol. 10, n° 6 : p. S28-S33.
- 5 Asai Y et coll. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *JAMC.* Le 2 févr. 2016; vol. 188, n° 2 : p. 118-126. [PMID : 26573753](#).
Barbieri JS et coll. Approaches to limit systemic antibiotic use in acne: Systemic alternatives, emerging topical therapies, dietary modification, and laser and light-based treatments. *J Am Acad Dermatol.* Févr. 2019; vol. 80, n° 2 : p. 538-549. [PMID : 30296534](#).
Barbieri JS et coll. Trends in prescribing behavior of systemic agents used in the treatment of acne among dermatologists and nondermatologists: A retrospective analysis, 2004-2013. *J Am Acad Dermatol.* Sept. 2017; vol. 77, n° 3 : p. 456-463.e4. [PMID : 28676330](#).
Zaenglein AL et coll. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2016; vol. 74, n° 5 : p. 945-973.e33. [PMID : 26897386](#).

À propos de l'Association canadienne de dermatologie

L'Association canadienne de dermatologie, fondée en 1925, représente les dermatologues du Canada. L'association fournit un accès facile à une source fiable de connaissances médicales dans le domaine de la dermatologie. Elle a pour mission de faire avancer la science et l'art de la médecine et de la chirurgie dans le domaine des soins de la peau, des cheveux et des ongles, d'offrir du perfectionnement professionnel à ses membres, d'appuyer et d'améliorer les soins aux patients, de sensibiliser le public à la protection solaire et aux autres aspects de la santé de la peau, et de promouvoir la santé de la peau, des cheveux et des ongles, la vie durant.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Externes et étudiants en médecine

Six principes pour les externes et étudiants en médecine

par

La Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada

La Fédération médicale étudiante du Québec

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Ne pas suggérer les investigations et traitements les plus invasifs avant d'avoir envisagé les autres options.

Il existe souvent des approches diagnostiques et des traitements qui ont le même résultat clinique tout en étant moins invasifs et coûteux. Par exemple, l'utilisation de l'échographie plutôt que la tomographie par ordinateur (TDM) pour diagnostiquer une appendicite aiguë chez l'enfant, ou l'utilisation d'un antibiotique oral qui a une biodisponibilité semblable au médicament intraveineux équivalent, sont des alternatives judicieuses. En prenant le temps de considérer la sensibilité et la spécificité diagnostiques d'examen moins invasifs, ou encore l'efficacité thérapeutique de traitements plus conservateurs, vous pourriez éviter d'exposer inutilement votre patient aux effets secondaires et complications des examens et traitements plus invasifs.

2 Ne pas suggérer d'examen, de traitements ou d'interventions qui changeront ni l'évolution clinique du patient, ni votre conduite.

Lorsque vous demandez un examen, il importe de toujours tenir compte de sa valeur diagnostique (sensibilité, spécificité et valeur prédictive) à la lumière de la probabilité qu'a ce test de changer votre diagnostic. Les patients dont la probabilité pré-test est très faible n'ont souvent pas besoin d'un examen supplémentaire pour exclure ledit diagnostic. De plus, les données suggèrent que de telles investigations ne rassurent pas ces patients, ne réduisent pas leur anxiété et n'éliminent pas leurs symptômes; par exemple, l'utilisation de l'angioscan pour exclure une embolie pulmonaire chez un patient à faible risque, ou l'évaluation de la fonction cardiaque en préopératoire chez un patient qui doit subir une intervention chirurgicale peu risquée, sont souvent inutiles. En évaluant la probabilité pré-test, en utilisant différents outils d'aide à la décision et en vous demandant si le résultat modifiera votre approche du problème, vous pourrez éviter à votre patient de subir le stress d'un examen ayant pour but d'éliminer des conditions qui ne feront finalement pas partie de votre diagnostic différentiel.

3 Saisir l'opportunité d'initier une conversation avec votre patient au sujet de la pertinence d'un examen, d'un traitement ou d'une intervention

Les demandes du patient sont parfois à l'origine de la surmédicalisation. Un parent, par exemple, pourrait exiger un antibiotique pour son enfant qui présente le plus probablement une sinusite virale. Un autre patient pourrait vous demander une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour une lombalgie simple. Les patients ne sont souvent pas au courant des avantages, des inconvénients ou des risques inhérents aux différents examens et traitements. En prenant le temps de comprendre les préoccupations du patient et de lui expliquer les pour et les contre d'une intervention, vous utiliserez une approche centrée sur le patient qui veille parallèlement à l'utilisation appropriée des ressources.

4 Demander des précisions au sujet des examens, des traitements ou des interventions qui vous paraissent inutiles.

Malheureusement, les étudiants ne se sentent pas toujours à l'aise de s'exprimer dans certains milieux d'apprentissage en raison de la hiérarchie qui existe entre eux et leurs superviseurs. Ceci entraîne des situations où les étudiants évitent de signaler des soins qu'ils jugent inutiles parce qu'ils craignent d'éventuelles conséquences. Les superviseurs devraient encourager les étudiants à remettre en question les examens ou les traitements sans crainte de réprimande. Les étudiants doivent se sentir libres de poser des questions en milieu de formation clinique.

5 Éviter de suggérer des examens ou des interventions dans l'unique but d'acquérir de l'expérience clinique personnelle.

Les années de formation clinique représentent pour les étudiants une occasion importante de mettre à l'essai, au chevet du patient, ce qu'ils ont appris en classe. C'est une période qui peut être difficile et qui peut entraîner beaucoup d'incertitude pour les étudiants. Par manque d'expérience clinique, les étudiants peuvent parfois faire passer un surplus d'examen aux patients ou recommander des tests dans le seul but de renforcer leur expérience personnelle.

6 Ne pas suggérer d'examen ou de traitements dans le seul but d'anticiper ce que votre superviseur voudrait.

Il existe parfois en milieu universitaire une tendance malsaine à encourager les externes à chercher les maladies rarissimes en faisant passer des bilans exhaustifs (et souvent inutiles) aux patients. Les étudiants estiment alors que leurs patrons s'attendent à une approche diagnostique très large; ils croient qu'ils doivent démontrer leurs connaissances, leur rigueur et leur curiosité en demandant tant d'examen. Les externes pourraient contrer cette pratique en justifiant plutôt pourquoi ils ont choisi de ne pas demander un examen particulier. Cette approche, ainsi que l'adoption d'une attitude visant davantage à encourager l'ordonnance réfléchie d'investigations par les mentors, peuvent contribuer à changer cette mentalité tristement répandue dans les grands hôpitaux.

Comment la liste a été établie

La liste des six principes pour les externes et étudiants en médecine est issue d'un partenariat entre la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), qui représentent ensemble la totalité des étudiants en médecine au Canada. Un groupe de travail dirigé par trois étudiants en médecine et trois responsables de Choisir avec soin a été formé afin de proposer des pratiques que les étudiants en médecine devraient adopter ou remettre en question pendant leur formation. Le groupe de travail a produit une liste de 10 principes potentiels avec l'aide d'un groupe d'intervenants composé de représentants étudiants, de médecins résidents et de personnel enseignant. Les recommandations ont ensuite été communiquées aux étudiants en médecine partout au Canada au moyen d'un questionnaire en ligne. Les répondants ont été invités à classer les recommandations par ordre de pertinence en fonction des critères suivants : la situation devait (i) se produire souvent pendant la formation médicale, (ii) être pertinente pour les étudiants en médecine, (iii) contribuer à façonner les comportements cliniques et (iv) constituer une pratique que les externes pourraient facilement adopter pendant leur formation. Le groupe de travail a reçu les commentaires de près de 2000 étudiants provenant des 17 facultés de médecine canadiennes et en a tenu compte pour dresser la liste finale des 6 recommandations. Les exécutants de la FEMC et de la FMEQ ont donné leur appui et entériné officiellement la présente liste de principes.

Sources

- 1** Adibe OO, et coll. An evidence-based clinical protocol for diagnosis of acute appendicitis decreased the use of computed tomography in children, J Pediatr Surg. Janvier 2011; 46(1):192-6. PMID : [21238665](#).
Choisir avec soin. [Association canadienne de microbiologie médicale et l'infectiologie Canada : Microbiologie médicale et infectiologie - Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2015 [consulté le 5 juin 2017].
Choisir avec soin. [Association canadienne des radiologistes : Radiologie - Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2014 [consulté le 5 juin 2017].
Dellitt TH, et coll. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. Clin Infect Dis. Le 15 janvier 2007; 44(2):159-77 PMID : [17173212](#).
- 2** Choisir avec soin. [Association canadienne des chirurgiens généraux : Chirurgie générale - Les six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2014 [consulté le 5 juin 2017].
Choisir avec soin. [Association canadienne de médecine nucléaire : Médecine nucléaire - Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2015 [consulté le 5 juin 2017].
Choisir avec soin. [Société canadienne de cardiologie : Cardiologie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2014 [consulté le 5 juin 2017].
Choisir avec soin. [La Société canadienne de médecine interne : Médecine Interne - Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2014 [consulté le 5 juin 2017].
Kirkham KR, et coll. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. CMAJ. 2015;187(11):E349-58. PMID : [26032314](#).
Rolle A, et coll. Reassurance After Diagnostic Testing With a Low Pretest Probability of Serious Disease: Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2013;173(6):407-16. PMID : [23440131](#).
Stein EG, et coll. Success of a safe and simple algorithm to reduce use of CT pulmonary angiography in the emergency department. AJR Am J Roentgenol. Février 2010; 194(2):392-7. PMID : [20093601](#).
- 3** Brett AS, et coll. Addressing requests by patients for nonbeneficial interventions. JAMA. 2012;307(2):149-150. PMID : [22235082](#).
Choisir avec soin. [Collège des médecins de famille du Canada : Médecine familiale - Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [Internet]. 2014 [consulté le 5 juin 2017].
Chou R, et coll. Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis. Lancet. Le 7 février 2009; 373(9662):463-72. PMID : [19200918](#).
Schumann SA, et coll. Patients insist on antibiotics for sinusitis? Here is a good reason to say "no". J Fam Pract. Juillet 2008; 57(7):464-8. PMID : [18625169](#).
Smith SR, et coll. Treatment of mild to moderate sinusitis. Arch Intern Med. Le 26 mars 2012; 172(6):510-3. PMID : [22450938](#).
Williams CM, et coll. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. Arch Intern Med. Le 8 février; 170(3):271-7. PMID : [20142573](#).
- 4** Moser EM, et coll. SOAP-V: Introducing a method to empower medical students to be change agents in bending the cost curve. J Hosp Med. Le 28 septembre 2015. PMID : [26416013](#).
- 5** Griffith CH 3rd, et coll. Does pediatric housestaff experience influence tests ordered for infants in the neonatal intensive care unit? Crit Care Med. Avril 1997; 25(4):704-9. PMID : [9142039](#).
Hardison JE. To be complete. N Engl J Med. Le 24 mai 1979; 300(21):1225. PMID : [431674](#).
- 6** Detsky AS, et coll. A new model for medical education: celebrating restraint. JAMA. Le 3 octobre 2012; 308(13):1329-30. PMID : [23032547](#).

À propos de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada

La Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) représente plus de 8000 étudiants en médecine fréquentant 14 facultés de médecine canadiennes situées d'un océan à l'autre. La FEMC représente les étudiants et étudiantes en médecine auprès du gouvernement fédéral, du grand public et des organisations médicales nationales et internationales.



À propos de la Fédération médicale étudiante du Québec

La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) constitue l'entité représentant la voix des quatre associations médicales étudiantes du Québec. Elle œuvre afin de promouvoir et servir les intérêts de tous ses membres, c'est-à-dire plus de 4000 étudiants en médecine du Québec, et ce au national comme au provincial, tant dans les sphères politique, pédagogique que sociale.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Éducation médicale : Résidents

Les cinq examens et traitements sur lesquels les résidents et les patients devraient s'interroger

par
Médecins résidents du Canada
Dernière mise à jour : juillet 2017



1 Ne demandez pas d'examens et d'analyses qui ne modifieront pas le plan de prise en charge du patient.

Les examens pourraient ne pas modifier le plan de prise en charge du patient pour plusieurs raisons. Dans certains cas, la probabilité pré-test d'un état clinique est faible et d'autres examens ne sont pas nécessaires (p. ex. dépistage du cancer du sein chez les jeunes femmes à faible risque de cancer du sein). Les examens préopératoires avant une intervention chirurgicale à faible risque lorsque les risques de complications sont faibles sont également un autre exemple. Dans d'autres cas, un patient à risque élevé peut justifier le traitement, peu importe le résultat qu'il obtiendrait aux examens. Ainsi, ses examens n'influeraient pas sur la décision définitive de le traiter (p. ex., le dépistage de la thrombophilie est inutile chez un patient qui présente une embolie pulmonaire non provoquée à risque élevé de récurrence, car ce patient devrait recevoir un traitement anticoagulant de durée indéfinie). Autant que possible, les médecins résidents devraient consulter les règles de décision clinique basées sur des données probantes pour les aider à choisir les examens ou traitements appropriés, notamment le score de Wells ou la règle PERC (critères d'exclusion de l'embolie pulmonaire), la règle canadienne d'utilisation de la tomodensitométrie de la tête chez les victimes de trauma et le score Centor de probabilité d'une infection bactérienne chez les patients adultes présentant un mal de gorge.

2 Ne demandez pas de reprises d'analyses de laboratoire pour des patients hospitalisés dont l'état clinique est stable.

Plusieurs facteurs expliquent la reprise quotidienne des analyses de laboratoire bien que l'état du patient soit stable (ordonnance quotidienne sans date d'arrêt, besoin non réévalué des analyses, etc.). Selon les études d'observation, les médecins résidents demandent une formule sanguine complète de routine et un dosage des électrolytes quotidiens plus souvent que les médecins traitants. Les phlébotomies quotidiennes contribuent à l'inconfort du patient et à l'anémie iatrogénique. Les études appuient la réduction sécuritaire des analyses de laboratoire répétitives lorsque l'état clinique du patient est stable sans répercussions négatives sur les résultats pour les patients, y compris le taux de réadmission, l'utilisation des soins intensifs, les événements indésirables ou la mortalité. Les analyses de laboratoire devraient être demandées dans un but précis directement lié à un plan de prise en charge particulier pour le patient.

3 Ne prescrivez pas de traitement intraveineux lorsqu'une option orale est appropriée et tolérée.

Les patients reçoivent souvent des ordonnances de médicaments intraveineux (IV) lorsque des options orales sont disponibles, appropriées et tout aussi biodisponibles. Voici quelques exemples courants : antibiotiques fortement biodisponibles par voie orale (p. ex. fluoroquinolones); traitements oraux de remplacement potassique (plus efficaces que les traitements IV de remplacement); inhibiteurs de la pompe à protons, y compris dans le contexte de nombreux cas de saignement gastro-intestinal aigu, traitements oraux de remplacement de la vitamine B12 (par opposition aux injections intramusculaires, y compris dans le contexte de l'anémie pernicieuse). Les cathéters IV périphériques augmentent le risque de complications, notamment d'extravasation, d'infection et de thrombophlébite. De plus, l'administration intraveineuse des médicaments est souvent beaucoup plus coûteuse, réduit la mobilité du patient et augmente la durée du séjour hospitalier sans compter la charge de travail du personnel infirmier et de la pharmacie.

4 Ne demandez pas d'interventions et d'examens non urgents qui retarderont le congé des patients hospitalisés.

Le congé est souvent retardé en raison d'examens qui ne changeront pas la prise en charge aiguë. Parmi les exemples, notons les biopsies; les tests d'imagerie pour poursuivre les recherches sur les découvertes fortuites; l'évaluation non urgente par un spécialiste, les résultats d'analyses sanguines qu'on attend dans le cadre d'un examen diagnostique non urgent et l'échocardiographie d'un patient qui présente une insuffisance cardiaque légère. Le retard des congés contribue au surachalandage des hôpitaux et nuit à l'efficacité des soins. Surtout, le séjour plus long constitue un facteur de risque d'infections nosocomiales, de la thromboembolie veineuse, des plaies de pression, de l'immobilité, de la malnutrition et du déconditionnement. Il convient d'envisager de faire passer les examens en consultation externe lorsque c'est possible et qu'un bon suivi peut être assuré.

5 Ne demandez pas d'examens effractifs lorsque des options moins invasives sont disponibles et tout aussi efficaces.

Il faut envisager l'ensemble des examens disponibles lorsqu'on envisage des examens diagnostiques ou de dépistage. Il est prudent d'envisager l'option la moins invasive ayant un degré de sensibilité et de spécificité similaire pour guider la prise de décision clinique afin de minimiser les risques potentiels pour le patient. Par exemple, pour le diagnostic d'une appendicite aiguë chez les enfants, il convient d'envisager l'échographie avant la tomodensitométrie. En plus de ne pas nécessiter de rayonnements ni de produit de contraste, l'échographie s'est révélée équivalente à la tomodensitométrie pour le diagnostic et la prise en charge de l'appendicite aiguë à l'égard de plusieurs paramètres cliniques pertinents, notamment le délai d'administration d'antibiotiques, le délai d'appendicectomie, le taux d'appendicectomie négative, le taux de perforation et la durée du séjour hospitalier. La réalisation d'un test respiratoire non invasif à l'urée plutôt qu'une endoscopie invasive pour prouver l'éradication de *H. pylori* est un autre bon exemple. Le degré de sensibilité et de spécificité du test respiratoire à l'urée est supérieur à d'autres examens diagnostiques et le risque de préjudice pour le patient est minime comparativement à l'endoscopie.

Comment la liste a été établie

Médecins résidents du Canada a établi la liste de ses cinq recommandations pour la campagne Choisir avec soin en formant un groupe de travail composé de cinq résidents représentant différentes spécialités et régions géographiques. Le groupe a choisi six critères pour l'élaboration des recommandations : la situation doit 1) se produire souvent pendant le programme de résidence, 2) être pertinente pour les résidents, 3) contribuer à façonner les comportements futurs, 4) constituer une pratique que les résidents pourraient facilement aborder pendant leur formation, 5) porter sur l'utilisation de tests, de traitements et d'interventions par les résidents et 6) contribuer à la création d'un système de santé plus économiquement durable et axé sur la rationalisation des coûts. Le groupe de travail a produit une liste de 20 recommandations potentielles avec preuves à l'appui. Le comité de la pratique de Médecins résidents du Canada a examiné la liste des recommandations et en a retenu 12 pour la consultation à l'échelle nationale. On a ensuite fait part des recommandations aux résidents partout au Canada au moyen d'un questionnaire en ligne. On leur a demandé de classer les recommandations par ordre d'importance en fonction des critères établis pour leur élaboration. Plus de 750 résidents des associations provinciales ont fourni leurs commentaires, et les notes pondérées pour chaque recommandation ont ensuite été calculées. Le groupe de travail a discuté des résultats et en a tenu compte pour établir la liste finale des cinq recommandations. Le conseil d'administration de Médecins résidents du Canada a donné son appui et adopté officiellement la liste des recommandations des résidents.

Sources

- 1 Feely MA, et coll. Preoperative testing before noncardiac surgery: guidelines and recommendations. *Am Fam Physician*. Le 15 mars 2013; vol. 87, no 6 : p. 414-418. [PMID : 23547574](#).
Kirkham KR, et coll. Preoperative laboratory investigations: rates and variability prior to low-risk surgical procedures. *Anesthesiology*. Avril 2016; vol. 124, no 4 : p. 804-814. [PMID : 26825151](#).
Kirkham KR, et coll. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. *JAMC*. 2015; vol. 187, no 11 : p. E349-358. [PMID : 26032314](#).
Rolfe A, et coll. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013; vol. 173, no 6 : p. 407-416. [PMID : 23440131](#).
Rusk MH. Avoiding unnecessary preoperative testing. *Med Clin North Am*. Sept. 2016; vol. 100, no 5 : p. 1003-1008. [PMID : 27542420](#).
Stevens SM, et coll. Guidance for the evaluation and treatment of hereditary and acquired thrombophilia. *J Thromb Thrombolysis*. Janv. 2016; vol. 41, no 1 : p. 154-164. [PMID : 26780744](#).
Stevens SM, et coll. Thrombophilic evaluation in patients with acute pulmonary embolism. *Semin Respir Crit Care Med*. 2017; vol. 38, no 1 : p. 107-120. [PMID : 28208204](#).
- 2 Choisir avec soin. [L'Association canadienne des pathologistes : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Le 29 oct. 2014. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).
Choisir avec soin. [La Société canadienne de médecine interne : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Le 2 avril 2014. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).
Ellenbogen MI, et coll. Differences in routine laboratory ordering between a teaching service and a hospitalist service at a single academic medical center – a survey and retrospective data analysis. *South Med J*. 2017; vol. 110, no 1 : p. 25-30. [PMID : 28052170](#).
Konger RL, et coll. Reduction in unnecessary clinical laboratory testing through utilization management at a US Government Veterans Affairs Hospital. *Am J Clin Pathol*. Mars 2016; vol. 145, no 3 : p. 355-364. [PMID : 27124918](#).
Melendez-Rosado J, et coll. Reducing unnecessary testing: an intervention to improve resident ordering practices. *Postgrad Med J*. Le 19 janv. 2017. Pii : postgradmedj-2016-134513. [PMID : 28104806](#).
- 3 Butler CC, et coll. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency: a systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract*. Juin 2006; vol. 23, no 3 : p. 279-285. [PMID : 16585128](#).
Choisir avec soin. [L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Le 4 sept. 2015. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).
Cyriac JM, et coll. Switch over from intravenous to oral therapy: a concise overview. *J Pharmacol Pharmacother*. Avril 2014; vol. 5, no 2 : p. 83-87. [PMID : 24799810](#).
Dellit TH, et coll. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. Le 15 janv. 2007; vol. 44, no 2 : p. 159-177. [PMID : 17173212](#).
Lau BD, et coll. Budget impact analysis of conversion from intravenous to oral medication when clinically eligible for oral intake. *Clin Ther*. 2011; vol. 33, no 11 : p. 1792-1796. [PMID : 22001356](#).
Tsoi KK, et coll. Meta-analysis: comparison of oral vs. intravenous proton pump inhibitors in patients with peptic ulcer bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. Oct. 2013; vol. 38, no 7 : p. 721-728. [PMID : 23915096](#).
- 4 Bhatia RS, et coll. An education intervention reduces the rate of inappropriate echocardiograms on an inpatient medical service. *JACC Cardiovasc Imaging*. Mai 2013; vol. 6, no 5 : p. 545-555. [PMID : 23582360](#).
L'Association canadienne des médecins d'urgence. [Overcrowding](#). 2017. [En ligne]. (consulté le 19 mai 2017).
Gundareddy VP, et coll. Association between radiologic incidental findings and resource utilization in patients admitted with chest pain in an urban medical center. *J Hosp Med*. Mai 2017; vol. 12, no 5 : p. 323-328. [PMID : 28459900](#).
Laurent ME, et coll. Early discharge in low-risk patients hospitalized for acute coronary syndromes: feasibility, safety and reasons for prolonged length of stay. *PLoS One*. Le 23 août 2016; vol. 11, no 8 : p. e0161493. [PMID : 27551861](#).
McNicholas S, et coll. Delayed acute hospital discharge and healthcare-associated infection: the forgotten risk factor. *J Hosp Infect*. Juin 2011; vol. 78, no 2 : p. 157-158. [PMID : 21497945](#).
Richardson DB. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. *Med J Aust*. 2002; vol. 177 : p. 492-495. [PMID : 12405891](#).
Webster BS, et coll. The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. *Spine (Philadelphia, Pa. 1976)*. Le 1er août 2014; vol. 39, no 17 : p. 1433-1440. [PMID : 24831502](#).
- 5 Aspelund G, et coll. Ultrasonography/MRI versus CT for diagnosing appendicitis. *Pediatrics*. Avril 2014; vol. 133, no 4 : p. 586-593. [PMID : 24590746](#).
Mathews JD, et coll. Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ*. Le 21 mai 2013; vol. 346 : p. f2360. [PMID : 23694687](#).
Mitchell H, et coll. Epidemiology, clinical impacts and current clinical management of Helicobacter pylori infection. Le 6 juin 2016; vol. 204, no 10 : p. 376-380. [PMID : 27256648](#).
Mostbeck G, et coll. How to diagnose acute appendicitis: ultrasound first. *Insights Imaging*. Avril 2016; vol. 7, no 2 : p. 255-263. [PMID : 26883138](#).
Perri F, et coll. Helicobacter pylori antigen stool test and 13C-urea breath test in patients after eradication treatments. *Am J Gastroenterol*. Nov. 2002; vol. 97, no 11 : p. 2756-2762. [PMID : 12425544](#).
Shogilev DJ, et coll. Diagnosing appendicitis: evidence-based review of the diagnostic approach in 2014. *West J Emerg Med*. Nov. 2014; vol. 15, no 7 : p. 859-71. [PMID : 25493136](#).

Au sujet de Médecins résidents du Canada

Médecins résidents du Canada (MRC) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. MRC représente plus de 9 000 médecins résidents au Canada. Créé en 1972, MRC est un organisme à but non lucratif offrant à ses membres une voix nationale unie. MRC collabore avec les autres organismes nationaux de santé dans le but d'encourager l'excellence en formation, en mieux-être et en soins aux patients.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Endocrinologie et métabolisme

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

par

La Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Éviter de recommander l'autosurveillance glycémique de routine pluriquotidienne chez les adultes dont le diabète de type 2 est stabilisé à l'aide d'agents ne provoquant pas d'hypoglycémie.

Une fois que la valeur thérapeutique cible est atteinte et que les résultats des tests d'autosurveillance deviennent assez prévisibles, les tests répétitifs confirmant l'équilibre glycémique ont peu d'utilité chez la plupart des personnes diabétiques. Il existe toutefois de nombreuses exceptions, comme en cas de diabète aigu, lorsque de nouveaux médicaments s'ajoutent au traitement, en cas d'important changement de poids, lorsque les taux d'hémoglobine A1c s'écartent des valeurs normales ou chez le sujet devant surveiller sa glycémie pour conserver les valeurs-cibles. L'autosurveillance glycémique est bénéfique à condition que la personne diabétique apprenne à modifier son traitement en fonction des résultats des tests de surveillance.

2 Éviter d'ordonner systématiquement une échographie thyroïdienne chez les patients dont les tests de fonction thyroïdienne sont anormaux à moins qu'une anomalie ne soit décelée à la palpation de la thyroïde.

L'échographie thyroïdienne sert à déceler et à caractériser les nodules thyroïdiens; elle ne fait pas partie des tests habituels permettant d'apprécier la fonction thyroïdienne (suractivité ou sous-activité de la thyroïde) sauf en cas de goitre ou de thyroïde multinodulaire. Il est fréquent que des nodules thyroïdiens soient décelés de façon fortuite. Les échographies utilisées avec un excès de zèle révèlent souvent la présence de nodules n'ayant aucun rapport avec une anomalie de la fonction thyroïdienne; au lieu de mettre en évidence une dysfonction thyroïdienne, cela risque de fausser les résultats de tests visant l'évaluation des nodules. Des examens par imagerie peuvent être nécessaires en cas de thyrotoxicose; la scintigraphie de la thyroïde, et non l'échographie, sert à déterminer l'étiologie de la thyrotoxicose et le risque d'une autonomie focale d'un nodule thyroïdien.

3 Éviter d'utiliser la valeur de T4 ou de T3 libre pour le dépistage de l'hypothyroïdie ou pour la surveillance et l'adaptation de la dose de lévothyroxine (T4) chez des patients présentant une hypothyroïdie primaire attestée.

T4 se convertit en T3 au niveau cellulaire dans presque tous les organes. Les taux de T3 intracellulaire régulent la sécrétion par l'hypophyse de TSH et les concentrations sanguines, de même que les effets des hormones thyroïdiennes dans de nombreux organes. Par conséquent, chez la plupart des personnes, une concentration normale de TSH indique que la fonction thyroïdienne endogène est normale ou que les doses substitutives de T4 sont adéquates. La fiabilité du dosage de la TSH n'est incertaine que lorsqu'un dysfonctionnement de la glande hypophyse ou de l'hypothalamus est suspecté ou attesté et que la TSH ne peut pas répondre physiologiquement à des variations de taux de T4 ou de T3.

4 Éviter de prescrire de la testostéronothérapie à moins qu'une carence en testostérone a été attestée par des tests biochimiques.

On observe souvent l'apparition de nombreux symptômes d'hypogonadisme masculin au cours du vieillissement normal chez l'homme ou en présence de comorbidités. La testostéronothérapie peut causer de graves effets indésirables tout en représentant des dépenses considérables. Il est donc impératif de confirmer des soupçons d'hypogonadisme par des tests biochimiques. Les lignes directrices actuelles recommandent d'effectuer le dosage de la testostérone totale le matin. L'obtention d'une faible concentration devrait être confirmée par un dosage de la testostérone totale effectué un autre jour. Dans certains cas, un dosage de la testostérone libre ou biodisponible peut être aussi utile.

5 Éviter d'ordonner systématiquement des tests de dépistage d'anticorps anti-tyroperoxydase (anti-TPO).

Il n'est pas rare de dépister des anticorps anti-TPO dans la population « normale ». En contexte de maladie thyroïdienne, leur présence ne fait qu'aider à indiquer une maladie probablement d'origine auto-immune. L'auto-immunité thyroïdienne étant une maladie chronique, il est rare, après le diagnostic de la maladie, que d'autres dosages d'anti-TPO soient nécessaires. Chez femmes enceintes présentant une euthyroïdie qui sont jugées à risque de maladie thyroïdienne, le dépistage d'anticorps anti-TPO peut influencer sur la fréquence de la surveillance de l'hypothyroïdie durant la grossesse. Il est peu fréquent que le dosage d'anticorps anti-TPO influence la prise en charge des patients.

Comment la liste a été établie

En 2013, la Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme (SCEM) a formé un comité d'amélioration de la qualité et l'a chargé d'aider les responsables de la campagne Choisir avec soin à formuler des recommandations pertinentes pour la prise en charge des troubles endocriniens et métaboliques. Ce comité est composé de huit endocrinologues en exercice au Canada et dont l'expérience clinique combinée représente bien au-delà de 100 ans. Un sondage visant à recueillir des suggestions sur diverses questions reliées à la pratique qui seraient compatibles avec le mandat de la campagne Choisir avec soin a été envoyé à tous les membres de la SCEM. Les résultats ont été examinés par le comité, groupés par catégorie, puis utilisés pour l'établissement d'une courte liste de recommandations (qu'on a examinées pour savoir si elles cadraient bien avec la campagne Choosing Wisely menée aux É.-U.). La liste des recommandations a aussi été éclairée par des données sur l'utilisation provenant de diverses régions du Canada et par une connaissance de la fréquence des troubles endocriniens. Le comité a ensuite utilisé une méthode Delphi modifiée pour classer les recommandations. Il a ensuite choisi les cinq ayant la plus grande priorité et ralliant le plus grand nombre de membres. Les recommandations ont été finalement adoptées par consensus. Les recommandations 1, 2 et 4 ont été adoptées de la liste de 2013 intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question, avec la permission de la Endocrine Society.

Sources

- 1 Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada : Surveillance du contrôle de la glycémie. Can J Diabetes, octobre 2013; 37(suppl 5):S398-S402. PMID : 24070960.
Davidson MB, et coll. The effect of self monitoring of blood glucose concentrations on glycated hemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: a blinded, randomized trial. Am J Med, avril 2005; 118(4):422-425. PMID : 15808142.
Farmer A, et coll. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. BMJ, le 21 juillet 2007; 335(7611):132. PMID : 17591623.
O'Kane MJ, et coll. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. BMJ, le 24 mai 2008; 336(7654):1174-1177. PMID : 18420662.
- 2 Bahn RS, et coll. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Endocr Pract, mai-juin 2011; 17(3):456-520. PMID : 21700562.
Garber JR, et coll. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract, novembre- décembre 2012; 18(6):988-1028. PMID : 23246686.
- 3 Garber JR, et coll. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract, novembre- décembre 2012; 18(6):988-1028. PMID : 23246686.
- 4 Bhasin S, et coll. Testosterone therapy in adult men with androgen deficiency syndromes: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab, juin 2006; 91(6):1995-2010. PMID : 16720669.
Wu FC, et coll. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. N Engl J Med, le 8 juillet 2010; 363(2):123-13. PMID : 20554979.
- 5 De Groot L, et coll. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab, 2012; 97(8):2543-65. PMID : 22869843.
GGarber JR, et coll. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid, 2012; 22(12):1200-35. PMID : 22954017.
Surks MI, et coll. Age-specific distribution of serum thyrotropin and antithyroid antibodies in the US population: implications for the prevalence of subclinical hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab, 2007; 92(12):4575-82. PMID : 17911171.

À propos de La Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme

La Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme (SCEM) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCEM est une organisation professionnelle qui réunit des endocrinologues des milieux universitaires et communautaires et des chercheurs participant à la prestation de soins de santé, à l'éducation et à la recherche au sein du vaste domaine de l'endocrinologie. La SCEM est la porte-parole nationale de l'excellence en matière de recherche, d'éducation et de soins aux patients en endocrinologie et elle a pour mandat de faire progresser les disciplines de l'endocrinologie et du métabolisme au Canada.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 @choisiravecsoin | 📌 /choisiravecsoin

Gastroentérologie

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

par
L'Association canadienne de gastroentérologie
Dernière mise à jour : juin 2017



1 Éviter de maintenir un traitement de longue durée par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans essayer d'interrompre le traitement ou d'en réduire la posologie au moins une fois par année chez la plupart des patients.

Les IPP sont des médicaments efficaces dans le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO). Le médecin devrait toujours prescrire la dose efficace la plus faible procurant un soulagement des symptômes. Bien que le RGO soit souvent une maladie chronique, il peut arriver qu'avec le temps, la suppression de l'acidité ne soit plus nécessaire. Or, il est important que les patients ne prennent pas inutilement des médicaments. Voilà pourquoi il faudrait essayer d'interrompre le traitement supprimeur de l'acidité au moins une fois par année. Ne sont pas visés par cette mesure les patients atteints de l'œsophage de Barrett, ceux qui sont atteints d'une œsophagite de grade D selon la classification de Los Angeles, ou ceux qui présentent des saignements gastro-intestinaux.

2 Éviter le transit œso-gastro-intestinal pour étudier une dyspepsie.

Le transit œso-gastro-intestinal est un examen souvent ordonné pour explorer les causes de symptômes gastro-intestinaux supérieurs. Cet examen donne souvent des résultats faux positifs et faux négatifs par rapport à l'endoscopie. Des études ont systématiquement révélé que cet examen ne constitue pas une stratégie rentable par rapport à d'autres façons de prendre en charge la dyspepsie.

3 Éviter de recourir à l'endoscopie pour déceler une dyspepsie en l'absence de signes avertisseurs chez les patients de moins de 55 ans.

L'endoscopie est un examen précis pour le diagnostic de la dyspepsie. Mais il est rare que les personnes de moins de 55 ans présentent une pathologie organique réfractaire à un traitement servant à supprimer l'acidité ou à éradiquer *Helicobacter pylori*. C'est pourquoi la plupart des lignes directrices recommandent en première intention un traitement de la dyspepsie par inhibiteur de la pompe à protons ou un test de dépistage non effractif d'*Helicobacter pylori*, suivi d'un traitement si les résultats de ce test sont positifs. Si le patient présente certains signes avertisseur (dysphagie progressive, anémie ou perte de poids), il pourrait alors être indiqué d'ordonner une endoscopie.

4 Éviter d'ordonner une coloscopie chez les patients de moins de 50 ans souffrant de constipation en l'absence d'antécédents familiaux de cancer du côlon ou de signes avertisseurs.

Beaucoup de personnes souffrent de constipation. Une revue exhaustive des données révèle qu'il ne s'agit pas d'un symptôme précis permettant de diagnostiquer une maladie organique. Chez le patient de moins de 50 ans n'ayant pas d'antécédents familiaux de cancer du côlon et ne présentant pas de signes avertisseurs (anémie, perte de poids), le risque de cancer colorectal est très faible et les risques associés à la colonoscopie l'emportent habituellement sur les bienfaits de l'examen.

5 Éviter de recourir systématiquement à un traitement de longue durée par corticostéroïde chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin.

Dans la maladie inflammatoire de l'intestin, les risques associés à un traitement de longue durée (plus de 4 mois ou plus de deux traitements par année) par corticostéroïde l'emportent sur les bienfaits. On doit donc éviter ce type de traitement chez les patients atteints de cette maladie. On devrait plutôt offrir un traitement d'entretien plus efficace, comme un traitement immunosuppresseur ou un traitement biologique, qui sont tous deux plus sûrs et plus efficaces.

Comment la liste a été établie

On a créé la présente liste en sondant les responsables de l'étude sur la qualité des soins de l'Association canadienne de gastro-entérologie (ACG) au sujet des recommandations jugées compatibles avec les objectifs de la campagne Choisir avec soin. La liste finale comprenait les recommandations les plus fréquentes et celles qui reflétaient les troubles GI répandus traités par les professionnels de la santé. On a soumis la liste au vote des responsables de la qualité qui ont ensuite modifié la formulation des recommandations.

Sources

- 1 Cahir C, et coll. Proton pump inhibitors: potential cost reductions by applying prescribing guidelines. BMC Health Serv Res, 2012; 12:408. PMID : [23163956](#).
- 2 Makris N, et coll. Cost-effectiveness of alternative approaches in the management of dyspepsia. Int J Technol Assess Health Care, été 2003; 19(3):446-464. PMID : [12962332](#).
Talley NJ, et coll. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. Gastroenterology, novembre 2005; 129(5):1756-1780. PMID : [16285971](#).
- 3 Makris N, et coll. Cost-effectiveness of alternative approaches in the management of dyspepsia. Int J Technol Assess Health Care, été 2003; 19(3):446-464. PMID : [12962332](#).
Talley NJ, et coll. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. Gastroenterology, novembre 2005; 129(5):1756-1780. PMID : [16285971](#).
- 4 Ford AC, et coll. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Gut, novembre 2008; 57(11):1545-1553. PMID : [18676420](#).
- 5 Talley NJ, et coll. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol, avril 2011; 106 Suppl 1:S2-25; quiz S26. PMID : [21472012](#).

À propos de L'Association canadienne de gastroentérologie

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACG représente plus de 1100 membres de partout au Canada, y compris des médecins, des spécialistes des sciences fondamentales et des fournisseurs de soins de santé affiliés qui travaillent dans le domaine de la gastroentérologie. L'ACG est une organisation axée sur les membres dont la mission est de soutenir et d'entreprendre l'étude des organes du tube digestif sains et malades, et de promouvoir et de faire progresser la gastroentérologie en faisant preuve de leadership dans les soins aux patients, la recherche, l'enseignement et le développement professionnel continu.

Canadian Association
of Gastroenterology



L'Association Canadienne
de Gastroentérologie

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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Génétique médicale

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

par

Le Collège canadien de généticiens médicaux

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Ne procédez pas au dépistage prénatal non effractif de l'aneuploïdie fœtale par analyse de l'ADN acellulaire.

Le dépistage prénatal non effractif de l'aneuploïdie fœtale par analyse de l'ADN acellulaire, aussi appelé test prénatal non invasif (TPNI), est une méthode non effractive d'analyse de l'ADN fœtal effectuée sur un spécimen de sang maternel. Les cliniques canadiennes offrent le TPNI pour les aneuploïdies communes, les microdélétions et les anomalies des chromosomes sexuels. Le TPNI est un test de dépistage hautement sensible et spécifique, mais non diagnostique. Même dans les populations à risque élevé, on peut obtenir des résultats faux positifs au TPNI. Un counselling génétique, avec test de contrôle par amniocentèse ou analyse des villosités chorales, devraient avoir lieu avant d'utiliser les résultats du TPNI pour orienter la prise en charge de la grossesse.

2 Ne prenez pas de décisions médicales sur la base des résultats des tests génétiques offerts directement au consommateur (TG-DAC) sans comprendre d'abord clairement les limites et la validité du test.

Il existe trois types de TG-DAC potentiellement pertinents au plan médical : 1) évaluation du risque de maladies multifactorielles courantes (p. ex., diabète, etc.); 2) analyse de mutations ciblées pour des conditions génétiques liées à un gène unique; et 3) séquençage. Certains fabricants de TG-DAC affirment ne pas pouvoir garantir la précision ou la fiabilité de leurs tests. Plusieurs des facteurs de risque et de protection significatifs à l'égard des maladies multifactorielles restent encore à élucider. Cela donne lieu à des interprétations très contradictoires des risques d'un fabricant à l'autre, même lorsque les tests sont utilisés chez un même individu. Pour l'analyse de mutations ciblées et le séquençage, le test spécifique peut ne pas inclure toutes les mutations ou tous les gènes cliniquement pertinents; ce qui peut donner un faux sentiment de sécurité. Certaines changements génétiques qui ne sont que faiblement associées à la maladie risquent d'être rapportés et pourraient causer de l'anxiété ou donner lieu à des tests additionnels superflus. Au moment de prendre des décisions médicales à partir des résultats de tests génétiques, il faut vérifier si ces derniers respectent les recommandations de 2012 du Collège canadien de généticiens médicaux. Tous les TG-DAC ne respectent pas ces recommandations.

3 Ne demandez pas d'analyse des chromosomes par caryotype chez les sujets qui présentent une déficience intellectuelle ou un retard de développement d'étiologie inconnue.

C'est l'analyse par micropuce génomique qui est utilisée en première intention chez les sujets atteints d'une déficience intellectuelle ou d'un retard de développement en l'absence d'un syndrome identifiable. En effet, l'analyse par micropuce génomique offre un taux de détection beaucoup plus élevé (15 - 20 %) comparativement au caryotype (3 - 4 %) pour les sujets chez qui elle est cliniquement indiquée. Le caryotype demeure important dans certaines situations cliniques restreintes où l'on soupçonne une anomalie chromosomique numérique ou structurelle spécifique, comme le syndrome de Down.

4 Ne demandez pas un séquençage de l'exome entier sans avoir d'abord procédé à une séance de counselling génétique.

Le séquençage de l'exome entier (SEE) est un outil puissant pour les sujets chez qui on soupçonne un diagnostic génétique sous-jacent. Toutefois, le SEE accroît la probabilité de découvertes fortuites qui pourraient ou non se révéler cliniquement significatives. En outre, compte tenu de ses limites méthodologiques, le SEE n'est pas toujours le test adéquat à demander puisqu'il ne permet pas de détecter toutes les causes génétiques de maladies (p. ex., il ne détectera pas les anomalies chromosomiques de structure). Les résultats informatifs et non informatifs peuvent entraîner des répercussions psychosociales complexes pour le patient et ses proches, et pourraient nuire à l'assurabilité future. Le counselling génétique favorise une prise de décision éclairée. Compte tenu de la complexité des résultats, le SEE ne devrait être demandé qu'après une séance de counselling auprès d'un professionnel de la santé qualifié.

5 Ne demandez pas de test de dépistage du statut de porteur chez les enfants.

Le test de dépistage du statut de porteur est principalement utile pendant la période de fécondité afin de déterminer le risque qu'une personne ait un enfant atteint de la maladie pour laquelle le test est envisagé. Le fait de savoir qu'un enfant est porteur d'une condition liée au chromosome X ou autosomique récessive ne modifie généralement rien à ses soins médicaux pédiatriques puisque la plupart des porteurs ne sont pas affectés par ladite maladie. Ainsi, dans la majorité des cas, le dépistage du statut de porteur n'est pas médicalement indiqué chez un enfant. En fait, la réalisation d'un test de dépistage du statut de porteur chez un enfant enfreint son droit à prendre ses propres décisions quant aux tests et pourrait éventuellement nuire à son assurabilité. On pourrait faire exception chez les adolescents qui ont la maturité pour comprendre les implications de ce test de dépistage sur la fonction reproductive après un counselling génétique approprié.

Comment la liste a été établie

Les recommandations de Choisir avec soin en matière de génétique médicale ont été formulées par le Comité d'éthique, d'éducation et de politiques publiques (E2P2) du Collège canadien de généticiens médicaux (CCGM) en consultation avec l'ensemble de ses membres. Au cours de l'été 2015, le comité E2P2 a généré une première liste d'énoncés potentiels et a fait circuler un sondage pilote au cours de son Assemblée générale annuelle de septembre 2015. À la suite des commentaires reçus, le comité E2P2 a modifié certains énoncés et en a formulé de nouveaux. Un sondage électronique (par Survey Monkey) a été distribué à tous les membres du CCGM en mars 2016; les membres ont été invités à classer leurs 5 énoncés préférés. Les réponses ont été pondérées et les 5 principaux énoncés ont été sélectionnés. Les membres du comité E2P2 ont passé en revue la littérature et rédigé le fondement des 5 énoncés. Les 5 énoncés et leur fondement ont été présentés verbalement à l'Assemblée générale annuelle du CCGM en juin 2016. Les commentaires formulés à ce moment ont conduit à une légère reformulation du fondement de certains énoncés par les membres du comité E2P2. Les énoncés et leur fondement ont alors été affichés en ligne dans la section du site Web du CCGM réservée aux membres pendant un mois durant l'été 2016 pour que ces derniers formulent leurs commentaires. Les membres du CCGM ont tous reçu un courriel les invitant à prendre connaissance des énoncés. Le comité E2P2 a passé en revue les derniers commentaires reçus et a légèrement reformulé certains énoncés. La liste a ensuite été distribuée à tous les responsables des sociétés médicales professionnelles qui participent à la campagne Choisir avec soins pour examen. Le comité E2P2 a tenu compte des commentaires reçus et la liste fut finalisée.

Sources

- 1 Benn P, et coll. Ethical and practical challenges in providing noninvasive prenatal testing for chromosome abnormalities: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol*. Avril 2016; 28(2):119-24. [PMID : 26938150](#).
Mersy E, et coll. Noninvasive detection of fetal trisomy 21: systematic review and report of quality and outcomes of diagnostic accuracy studies performed between 1997 and 2012. *Hum Reprod Update*. Juillet-août 2013; 19(4):318-29. [PMID : 23396607](#).
- 2 Collège canadien de généticiens médicaux. [Direct-To-Consumer \(DTC\) Genetic Testing in This Country](#) [En ligne]. Le 19 juillet 2015 (consulté le 3 janv. 2017).
CCMG Ethics and Public Policy Committee, et coll. CCMG statement on direct-to-consumer genetic testing. *Clin Genet*. Janvier 2012; 81(1):1-3. [PMID : 21943145](#).
Caulfield T, et coll. Direct-to-consumer genetic testing—where should we focus the policy debate? *Med J Aust*. Le 20 mai 2013; 198(9):499-500. [PMID : 23682895](#).
Peikoff, K. [I Had My DNA Picture Taken. With Varying Results](#). *New York Times* [En ligne]. Le 30 décembre 2013 (consulté le 3 janv. 2017).
- 3 Michelson DJ, et coll. Evidence report: Genetic and metabolic testing on children with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. (2009). Le 25 oct. 2011; 77(17):1629-35. [PMID : 21956720](#).
Moeschler JB, et coll. Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *Pediatrics*. Septembre 2014; 134(3):e903-18. [PMID : 25157020](#).
Newman WG, et coll. Array comparative genomic hybridization for diagnosis of developmental delay: an exploratory cost-consequences analysis. *Clin Genet*. Mars 2007; 71(3):254-9. [PMID : 17309648](#).
- 4 Boycott K, et coll. The clinical application of genome-wide sequencing for monogenic diseases in Canada: Position Statement of the Canadian College of Medical Geneticists. *J Med Genet*. Juillet 2015; 52(7):431-7. [PMID : 25951830](#).
Krabbenborg L, et coll. Understanding the Psychosocial Effects of WES Test Results on Parents of Children with Rare Diseases. *J Genet Couns*. Décembre 2016; 25(6):1207-14. [PMID : 27098417](#).
Sawyer SL, et coll. Utility of whole-exome sequencing for those near the end of the diagnostic odyssey: time to address gaps in care. *Clin Genet*. Mars 2016; 89(3):275-84. [PMID : 26283276](#).
- 5 Borry P, et coll. Carrier testing in minors: a systematic review of guidelines and position papers. *Eur J Hum Genet*. Février 2006; 14(2):133-8. [PMID : 16267502](#).
Committee on Bioethics, et coll. Ethical and policy issues in genetic testing and screening of children. *Pediatrics*. Mars 2013; 131(3):620-2. [PMID : 23428972](#).
GAnonyme. Guidelines for genetic testing of healthy children. *Paediatr Child Health*. Janvier 2003; 8(1):42-52. [PMID : 20011555](#).

À propos de le Collège canadien de généticiens médicaux

Le Collège canadien de généticiens médicaux (CCGM) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. La médecine génétique est une branche de la médecine qui s'intéresse aux effets des variations génétiques sur le développement humain et sur la santé, de même qu'à l'étude, au diagnostic, à la prise en charge et à la prévention des troubles génétiques et autres maladies connexes chez les individus, dans les familles et dans les communautés. Le CCGM est la société de spécialité nationale qui représente les spécialistes de la génétique (médecins et scientifiques) qui reçoivent en consultation des patients atteints de maladies génétiques ou qui dirigent des laboratoires où s'effectuent des tests de diagnostic pour les maladies génétiques.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

1 **N'utilisez pas d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes particuliers d'infection urinaire.**

Des études de cohortes n'ont révélé aucun effet adverse associé à la bactériurie asymptomatique chez les hommes et les femmes âgés. Des études sur le traitement antimicrobien de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées ne montrent aucun avantage et font état d'une augmentation des effets antimicrobiens indésirables. Des critères de consensus ont été définis pour caractériser les symptômes cliniques particuliers qui, lorsqu'ils sont associés à une bactériurie, définissent l'infection urinaire. Le dépistage et le traitement de la bactériurie asymptomatique sont recommandés avant les procédures urologiques pour lesquelles des saignements des muqueuses sont prévus.

2 **N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs hypnotiques chez les personnes âgées comme premier choix pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium.**

Des études menées à grande échelle montrent invariablement que les risques d'accidents de la route, de chutes et de fractures de la hanche menant à une hospitalisation et au décès peuvent plus que doubler chez les personnes âgées consommant des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques. Le nombre de sujets à traiter au moyen d'un sédatif-hypnotique pour améliorer le sommeil d'une personne est de 13, tandis que le nombre de sujets à traiter pour causer un préjudice n'est que de six. Les patients âgés, leurs proches aidants et les professionnels de la santé devraient reconnaître ces dangers potentiels lorsqu'ils évaluent des stratégies pour traiter l'insomnie, l'agitation ou le délirium. L'utilisation des benzodiazépines doit être réservée aux personnes éprouvant des symptômes de sevrage alcoolique/delirium tremens ou un grave trouble d'anxiété généralisée réfractaire aux autres traitements. Prescrire ou interrompre des sédatifs hypnotiques à l'hôpital peut avoir une incidence considérable sur leur utilisation à long terme. Des thérapies cognitivo-comportementales, de brèves interventions comportementales et des protocoles de diminution progressive de la dose de benzodiazépines se sont avérés bénéfiques dans la cessation de consommation de sédatifs hypnotiques. Ces interventions non pharmacologiques sont également bénéfiques pour améliorer le sommeil.

3 **Ne conseillez pas un tube d'alimentation percutanée pour les patients atteints de démence avancée, mais offrez plutôt l'alimentation orale.**

Une alimentation méthodique à la main pour les patients atteints de démence grave est au moins aussi bonne que le gavage sur le plan des résultats en matière de mortalité, de pneumonie par aspiration, d'état fonctionnel et de confort du patient. La nourriture est l'élément nutritif privilégié. L'utilisation de suppléments nutritionnels oraux peut s'avérer bénéfique. Le tube d'alimentation est associé à l'agitation, à l'augmentation de l'utilisation de moyens de contention physiques et chimiques et à l'aggravation des escarres.

4 **N'utilisez pas d'antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.**

Les personnes atteintes de démence présentent souvent de l'agressivité, de la résistance aux soins et d'autres comportements difficiles ou perturbateurs. Dans de tels cas, des médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais leurs avantages sont limités et ils peuvent causer des dommages graves, y compris la mort prématurée. L'utilisation de ces médicaments doit être limitée aux cas où les mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou d'autres personnes. Le fait de déterminer et de traiter les causes du changement de comportement peut rendre un traitement médicamenteux inutile.

5 **Évitez d'utiliser des médicaments connus pour provoquer une hypoglycémie afin d'atteindre une hémoglobine de A1c < 7,5 % chez de nombreux adultes de 65 ans et plus; un contrôle modéré constitue généralement une meilleure option.**

Il n'existe aucune preuve que l'utilisation de médicaments pour parvenir à un contrôle glycémique intense chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2 est bénéfique (A1c sous 7,0 %). Chez les adultes qui ne sont pas âgés, à l'exception de la réduction à long terme de l'infarctus du myocarde et de la mortalité avec la metformine, l'utilisation de médicaments pour atteindre des taux d'hémoglobine glyquée inférieurs à 6 % est associée à des méfaits, y compris des taux de mortalité plus élevés. Le contrôle intense a montré de façon constante qu'il produit des taux d'hypoglycémie plus élevés chez les personnes âgées. Compte tenu de la longue période (environ 8 ans) nécessaire pour obtenir des avantages théoriques du contrôle intense, les objectifs glycémiques doivent refléter les objectifs du patient, son état de santé et son espérance de vie. Des objectifs glycémiques raisonnables seraient de 7,0 % à 7,5 % chez les adultes âgés en bonne santé ayant une longue espérance de vie, de 7,5 % à 8,0 % chez ceux ayant une comorbidité modérée et une espérance de vie de < 10 ans, et de 8,0 % à 8,5 % chez ceux présentant de multiples comorbidités et une espérance de vie plus courte.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de gériatrie (SCG) a établi la liste de ses cinq recommandations pour le programme Choisir avec soin en réunissant d'abord un petit groupe de ses membres du conseil d'administration et les présidents des comités pour évaluer la liste proposée par l'American Geriatrics Society (AGS) dans le cadre de la campagne Choosing Wisely®. Confiant que les recommandations de l'AGS reflètent les soins gériatriques au Canada, le groupe a présenté la liste à la direction de la SCG. Après l'examen initial de la direction de la SCG, chaque sujet a été étudié en détail par des gériatres canadiens sélectionnés et d'autres spécialistes ayant l'expertise clinique et de recherche appropriée. Ce processus a été entrepris pour s'assurer que les recommandations et les renseignements de base pour chaque sujet étaient valides et pertinents pour les patients canadiens et pour notre système de santé. Enfin, les cinq recommandations ont été adoptées avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2012 American Geriatrics Society.

Sources

- 1** Abrutyn E, et coll. Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? *Ann Intern Med.* Le 15 mai 1994; 120(10):827-33. [PMID : 7818631](#).
Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. *Infecta Dis Clin North Am.* Septembre 1997; 11(3):647-62. [PMID : 9378928](#).
Nicolle LE, et coll. Infectious diseases society of america guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis.* Le 1er mars 2005; 40(5):643-54. [PMID : 15714408](#).
Nordenstam GR, et coll. Bacteriuria and mortality in an elderly population. *N Engl J Med.* Le 1er mai 1986; 314(18):1152-6. [PMID : 3960089](#).
- 2** Allain H, et coll. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: A comparative review. *Drugs Aging.* 2005;22(9):749-65. [PMID : 16156679](#).
American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* Avril 2012; 60(4):616-31. [PMID : 22376048](#).
Finkle WD, et coll. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc.* Octobre 2011; 59(10):1883-90. [PMID : 22091502](#).
McMillan JM, et coll. Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients. *CMAJ.* Le 19 novembre 2013; 185(17):1499-505. [PMID : 24062170](#).
- 3** Allen VJ, et coll. Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: Systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. *Clin Nutr.* Décembre 2013; 32(6):950-7. [PMID : 23591150](#).
Finucane TE, et coll. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. *JAMA.* Le 13 octobre 1999; 282(14):1365-70. [PMID : 10527184](#).
Gabriel SE, et coll. Getting the methods right--the foundation of patient-centered outcomes research. *N Engl J Med.* Le 30 août 2012; 367(9):787-90. [PMID : 22830434](#).
Hanson LC, et coll. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* Novembre 2011; 59(11):2009-16. [PMID : 22091750](#).
Palecek EJ, et coll. Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.* Mars 2010; 58(3):580-4. [PMID : 20398123](#).
Teno JM, et coll. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: A five-state study. *J Am Geriatr Soc.* Mai 2011; 59(5):881-6. [PMID : 21539524](#).
- 4** Brodaty H, et coll. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* Septembre 2012; 169(9):946-53. [PMID : 22952073](#).
Gill SS, et coll. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med.* Le 5 juin 2007; 146(11):775-86. [PMID : 17548409](#).
Gill SS, et coll. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: Population based retrospective cohort study. *BMJ.* Le 26 février 2005; 330(7489):445. [PMID : 15668211](#).
JJoller P, et coll. Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician.* Mars 2013; 59(3):255-60. [PMID : 23486794](#).
Lee PE, et coll. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: Systematic review. *BMJ.* Le 10 juillet 2004; 329(7457):75. [PMID : 15194601](#).
Rochon PA, et coll. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med.* Le 26 mai 2008; 168(10):1090-6. [PMID : 18504337](#).
Schneider LS, et coll. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: Meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* Mars 2006; 14(3):191-210. [PMID : 16505124](#).
Seitz DP, et coll. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* Juillet 2012; 13(6):503,506.e2. [PMID : 22342481](#).
- 5** ACCORD Study Group, et coll. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med.* Le 3 mars 2011; 364(9):818-28. [PMID : 21366473](#).
Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, et coll. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* Le 12 juin 2008; 358(24):2545-59. [PMID : 18539917](#).
ADVANCE Collaborative Group, et coll. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* Le 12 juin 2008; 358(24):2560-72. [PMID : 18539916](#).
Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes.* Décembre 2013; 37:S599-S672-Supplément 6.
Duckworth W, et coll. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* Le 8 janvier 2009; 360(2):129-39. [PMID : 19092145](#).
Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *UK prospective diabetes study (UKPDS) group.* *Lancet.* 1998 Sep 12;352(9131):854-65. [PMID : 9742977](#).
Finucane TE. "Tight control" in geriatrics: The emperor wears a thong. *J Am Geriatr Soc.* Août 2012; 60(8):1571-5. [PMID : 22881447](#).
Kirkman MS, et coll. Diabetes in older adults: A consensus report. *J Am Geriatr Soc.* Décembre 2012; 60(12):2342-56. [PMID : 23106132](#).
Montori VM, et coll. Glycemic control in type 2 diabetes: Time for an evidence-based about-face? *Ann Intern Med.* Le 2 juin 2009; 150(11):803-8. [PMID : 19380837](#).

À propos de la Société canadienne de gériatrie

La Société canadienne de gériatrie (SCG) est une fière partenaire de Choisir avec soin. La SCG compte 375 membres qui ont un intérêt pour les soins de santé destinés aux personnes âgées. On trouve parmi eux des spécialistes en gériatrie et en soins aux aînés, des médecins de famille et des professionnels paramédicaux. Les objectifs de la SCG consistent à favoriser l'excellence dans les soins médicaux prodigués aux aînés canadiens, à promouvoir un niveau de recherche élevé dans le domaine de la gériatrie/gérontologie et à améliorer l'éducation dispensée aux médecins canadiens sur le vieillissement et ses défis cliniques.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Hematology

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

par

La Société canadienne d'hématologie

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Éviter la perfusion d'IgG en traitement de première intention chez les patients présentant une thrombocytopénie auto-immune (TAI).

Il est recommandé de traiter une TAI lorsque le nombre de plaquettes est inférieur à $30 \times 10^9/L$. On considère que le traitement de première intention est la prise d'un corticostéroïde avec l'ajout d'une perfusion d'IgG en cas de TAI sévère et de saignements abondants si une augmentation rapide du nombre de plaquettes s'impose ou qu'un traitement par un corticostéroïde est contre-indiqué. Il n'existe aucune preuve du bienfait d'une perfusion d'IgG associée à un corticostéroïde en intervention de première intention pour une TAI asymptomatique. Les perfusions intraveineuses d'IgG peuvent avoir de multiples effets défavorables, entre autres des réactions hémolytiques ou anaphylactiques aiguës, des infections, des événements thrombo-emboliques et une méningite aseptique.

2 Durant l'interruption d'un traitement par la warfarine, avant une intervention, éviter l'administration d'un traitement de rechange comme la prise d'une dose complète d'héparine de faible poids moléculaire (HFPM) ou d'une héparine non fractionnée (HNF) à moins d'un risque élevé de thrombose.

Le patient qui prend de la warfarine est peu exposé à des risques d'événements thrombotiques et n'a donc pas besoin d'un traitement anticoagulant de rechange. Lorsque le traitement par la warfarine doit être interrompu, le patient peut cesser de prendre l'anticoagulant 5 jours avant la date prévue de l'intervention et recommencer le traitement lorsqu'on le jugera sans danger par la suite. Il est prouvé que la prise d'une HFPM ou d'une HNF comme traitement de rechange provoque des saignements excessifs par rapport à l'absence de traitement de rechange et risque en bout de ligne de retarder la reprise du traitement par la warfarine. Les patients très vulnérables (comme les porteurs d'une valve mitrale mécanique, ceux qui ont subi une thrombo-embolie veineuse au cours des 3 derniers mois, ou qui ont eu de la fibrillation auriculaire et subi un accident vasculaire cérébral ou un événement ischémique transitoire récemment) sont ceux chez qui un traitement de rechange devrait être envisagé si le risque de thrombose est plus élevé que le risque de saignement péri-opératoire.

3 Éviter d'ordonner un dépistage de la thrombophilie chez la femme ayant eu une fausse couche précoce.

La fausse couche est fréquente chez la femme en bonne santé. Selon les lignes directrices actuellement en vigueur, le dépistage de routine de la thrombophilie héréditaire n'est pas recommandé chez la femme ayant eu une fausse couche. De plus, il existe des recommandations qui déconseillent l'amorce d'une thromboprophylaxie chez la femme atteinte de thrombophilie héréditaire et qui souhaite mener à terme sa grossesse. Le dépistage de la thrombophilie héréditaire expose inutilement la patiente aux effets indésirables d'une thromboprophylaxie, sans compter qu'on risque de lui attribuer faussement une maladie, ce qui pourrait résulter en changements inutiles d'un projet de voyage, de grossesse ou d'intervention chirurgicale si une thrombophilie « asymptomatique » est décelée. De plus, la patiente serait réconfortée à tort si les résultats des tests de dépistage étaient négatifs.

4 Éviter d'ordonner une biopsie à l'aiguille fine (BAF) si l'on soupçonne un lymphome.

Pour diagnostiquer un lymphome, il est impératif de prélever des échantillons de ganglions dans une architecture cellulaire saine pour permettre une classification histopathologique et l'immunophénotypage des cellules tumorales. La BAF est un test peu sensible dont les résultats risquent de retarder le diagnostic d'un lymphome. La biopsie excisionnelle constitue le meilleur test diagnostique du lymphome. Cependant, selon l'emplacement du ganglion lymphatique, la biopsie excisionnelle peut être associée à certaines complications et nécessiter une anesthésie générale. Il faudrait au moins envisager une biopsie guidée par imagerie pour accélérer le diagnostic et en accroître la précision.

5 Éviter l'administration de transfusions en ne s'appuyant que sur un seuil d'hémoglobine établi de façon arbitraire.

La décision d'ordonner une transfusion devrait s'appuyer sur l'évaluation de l'état du patient et l'examen des causes profondes de l'anémie. On dispose de données très probantes montrant que la transfusion ne présente aucun avantage et que dans certains cas, elle risque d'avoir des effets nocifs lorsqu'on vise l'atteinte d'une cible transfusionnelle établie de façon arbitraire. Si une transfusion se révèle nécessaire, il ne faut administrer que le nombre d'unités requises, plutôt qu'une quantité généreuse d'unités. Parmi les risques associés à la transfusion de globules rouges, mentionnons des réactions allergiques, la fièvre, des infections, une surcharge volumique et une hémolyse.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, on a demandé à tous les membres de la Société canadienne d'hématologie (SCH) de soumettre des suggestions pour qu'on puisse établir une liste de recommandations. On a créé un comité directeur composé de 8 membres de la SCH ayant eux-mêmes soumis leur candidature. En s'appuyant sur les principes de la campagne Choosing Wisely de l'American Society of Hematology et ceux de Choisir avec soin, les membres de ce comité ont cerné des points pouvant faire partie de liste finale de recommandations. Selon ces principes, les recommandations devaient viser la réduction des effets nuisibles, être appuyées par des données, être axées sur une atténuation de la pression sur le système des soins de santé, viser surtout les tests, interventions et traitements courants relevant du domaine d'expertise clinique des membres de la SCH. Les points jugés importants par au moins 5 des 7 membres du comité (le dernier étant le président qui devait rester impartial) ont été revus à la lumière de preuves. On a donné aux membres la possibilité de s'abstenir de voter sur un point en particulier lorsqu'ils estimaient qu'il ne faisait pas partie de leur champ d'exercice. Trente-huit recommandations ont été proposées par l'ensemble des membres et 12 ont été retenues pour la revue des preuves. Qualité des services de santé Ontario et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé ont effectué les recherches documentaires. On a décidé que les recommandations des experts devaient être soutenues par un ensemble de preuves suffisantes si d'autres principes étaient retenus. Chaque fois qu'une ligne directrice de pratique clinique pertinente a été retenue, on l'a revue pour en assurer la compatibilité avec les recommandations finales. En cas de désaccord, on a sollicité l'opinion d'experts canadiens du domaine. Les agences qui se sont occupées de l'étude documentaire ont présenté des résumés de preuves pour chaque suggestion proposée pour la liste. À la lumière des résumés et des lignes directrices et principes de la SCH, on a réduit la liste des 12 points à une liste finale de 5 en tenant compte des cotes attribuées par le comité.

Sources

- 1 Qualité des services de santé Ontario. [Intravenous immune globulin for primary immune thrombocytopenia](#). Examen rapide [en ligne]. 2014 [consulté le 21 août 2014].
Neunert C, et coll. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*, le 21 avril 2011; 117(16):4190-4207. PMID : 21325604.
Neunert CE. Current management of immune thrombocytopenia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2013;2013:276-82. PMID : 24319191.
Provan D, et coll. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*, le 14 janvier 2010; 115(2):168-86. PMID : 19846889.
- 2 Douketis JD, et coll. Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, février 2012; 141(2 Suppl):e326S-350S. PMID : 22315266.
Qualité des services de santé Ontario. [Heparin bridging therapy during warfarin interruption for surgical and invasive interventional procedures: a rapid review of primary studies](#) [en ligne]. 2014 [consulté le 21 août 2014].
Siegal D, et coll. Periprocedural heparin bridging in patients receiving vitamin K antagonists: systematic review and meta-analysis of bleeding and thromboembolic rates. *Circulation*, le 25 septembre 2012; 126(13):1630-9. PMID : 22912386.
Spyropoulos AC, et coll. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. *Blood*, le 11 octobre 2012; 120(15):2954-62. PMID : 22932800.
- 3 Bates SM, et coll. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, février 2012; 141(2 Suppl):e691S-736S. PMID : 22315276.
Chan WS, et coll. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, juin 2014; 36(6):527-53. PMID : 24927193.
- 4 de Kerviler E, et coll. Image-guided core-needle biopsy of peripheral lymph nodes allows the diagnosis of lymphomas. *Eur Radiol*, mars 2007; 17(3):843-9. PMID : 17021708.
Demharter J, et coll. Percutaneous core-needle biopsy of enlarged lymph nodes in the diagnosis and subclassification of malignant lymphomas. *Eur Radiol*, 2001; 11(2):276-83. PMID : 11218028.
Qualité des services de santé Ontario. [The Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration Cytology in the Diagnosis of Lymphoma: A Rapid Review](#) [en ligne]. 2014 (consulté le 21 juillet 2014).
Swerdlow SH. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 4e éd. Organisation mondiale de la santé; 2008. PMID : 22683202.
- 5 Callum J, et coll. *Bloody easy 3, blood transfusions, blood alternatives and transfusion reactions, a guide to transfusion medicine*. 3e éd. Toronto (Ont.) : Centre des sciences de la santé Sunnybrook and Women's College; 2011. PMID : 22751760.
Choisir avec soin. [La Société canadienne de médecine interne : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Choisir avec soin [en ligne]. 2014 [consulté le 26 août 2014].
Carson JL, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB*. *Ann Intern Med*, le 3 juillet 2012; 157(1):49-58. PMID : 22751760.
Hebert PC, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med*, le 11 février 1999; 340(6):409-17. PMID : 9971864.
Hicks LK, et coll. The ASH Choosing Wisely(R) campaign: five hematologic tests and treatments to question. *Blood*, le 5 décembre 2013; 122(24):3879-83. PMID : 24307720.

À propos de La Société canadienne d'hématologie

La Société canadienne d'hématologie (SCH) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCH est une association professionnelle qui a été fondée en 1971 et qui regroupe la plupart des hématologues du Canada. Les objectifs principaux de la SCH sont de maintenir l'intégrité et la vitalité de la spécialité de l'hématologie en participant, avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, à la conception de programmes de formation de notre relève, en encourageant et en récompensant la recherche scientifique et en fournissant un forum de communication et de soutien mutuel pour tous nos collègues, tant du milieu communautaire qu'universitaire.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Hépatologie

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

par

L'Association canadienne pour l'étude du foie

Dernière mise à jour : juillet 2017



1 Ne demandez pas un taux d'ammoniaque sérique pour le diagnostic ou la prise en charge de l'encéphalopathie hépatique (EH).

Les taux élevés d'ammoniaque sanguin seuls n'ajoutent rien au diagnostic, à la stadification ni au pronostic en présence d'EH chez des patients qui ont une maladie hépatique chronique connue.

2 N'administrez pas d'emblée du plasma frais congelé, de la vitamine K ou des plaquettes pour corriger des résultats anormaux aux tests de coagulation chez les patients cirrhotiques avant une paracentèse abdominale, une ligature endoscopique par bandes pour des varices ou toute autre intervention effractive mineure.

Les tests de coagulation de routine ne donnent pas une idée juste du risque hémorragique chez les patients cirrhotiques et les complications hémorragiques de ces interventions sont rares.

3 Ne demandez pas le génotypage du gène HFE sur la base des taux de ferritine sérique seuls pour diagnostiquer une hémochromatose héréditaire.

Les taux de ferritine sériques correspondent à une augmentation du contenu ferrique du foie et s'accompagnent de taux significatifs de résultats faux positifs en raison des élévations causées par l'inflammation. Ainsi, chez les patients qui présentent des signes de maladie hépatique, le génotypage pour l'hémochromatose ne devrait être effectué que chez ceux qui ont un taux de ferritine élevé et une saturation de la transferrine (TSat) à jeun > 45 % ou des antécédents familiaux connus d'hémochromatose liée à la protéine HFE.

4 Ne demandez pas de tomodensitométrie (TDM) ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) d'emblée pour surveiller des lésions hépatiques focales bénignes (hyperplasie nodale focale, hémangiome).

Les patients qui présentent des lésions hépatiques focales bénignes, qui ne souffrent pas de maladie hépatique sous-jacente et dont l'état est stable cliniquement (asymptomatiques) et radiologiquement n'ont pas besoin que l'on reprenne les épreuves d'imagerie puisque la probabilité d'évolution vers des lésions néoplasiques est très faible. En revanche, les patients qui ont des signes radiologiques d'adénome hépatocellulaire pourraient être exposés à un risque plus grand de complications ou de néoplasie, ce qui justifie une observation plus étroite.

5 Ne répétez pas le dosage de la charge virale chez un patient atteint d'une hépatite C chronique avérée, à moins qu'il ne soit sous traitement antiviral.

Les dosages hautement sensibles de l'ARN du virus de l'hépatite C sont appropriés au moment du diagnostic (pour confirmer l'infection) et dans le cadre d'un traitement antiviral, typiquement au début et à la fin du traitement pour confirmer la réponse virologique soutenue à la semaine 12 (RVS 12). Dans d'autres circonstances, les résultats des tests virologiques n'ont pas d'impact sur la prise en charge clinique ou sur les résultats.

Comment la liste a été créée

L'Association canadienne pour l'étude du foie (ACEF) a formé un groupe de travail Choisir avec soin en novembre 2015 pour dresser sa liste de recommandations relatives aux objectifs de la campagne Choisir avec soin. Ce groupe est formé de membres du comité d'éducation de l'ACEF et se veut largement représentatif de la diversité des milieux de pratique et des expertises en subsécialité dans le domaine de l'hépatologie. Des hépatologues ayant une expérience méthodologique de la médecine fondée sur des données probantes y ont aussi été inclus. Le groupe de travail a invité les membres de l'ACEF à proposer des recommandations pour la liste « Cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger ». Quinze recommandations ont alors été évaluées selon des critères relatifs aux effets nocifs, aux effets bénéfiques et à la surutilisation des ressources. Après le vote du groupe de travail et un survol de la documentation, en tout, huit suggestions ont été retenues, après quoi les membres de l'ACEF ont voté pour les cinq recommandations à retenir. Ces recommandations ont été soumises et approuvées par le conseil de direction de l'ACEF et Choisir avec soin.

Sources

- 1 Lockwood AH. Blood ammonia levels and hepatic encephalopathy. *Metab Brain Dis.* Déc. 2004; vol. 19, nos 3-4 : p. 345-349. [PMID : 15554426](#).
Vilstrup H, et coll. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology.* Août 2014; vol. 60, no 2 : p. 715-735. [PMID : 25042402](#).
- 2 Northup PG, et coll. Coagulation in liver disease: a guide for the clinician. *Clin Gastroenterol Hepatol.* Sept. 2013; vol. 11, no 9 : p. 1064-1074. [PMID : 23506859](#).
Triposi A, et coll. The coagulopathy of chronic liver disease. *N Engl J Med.* Le 14 juill. 2011; vol. 365, no 2 : p. 147-156. [PMID : 21751907](#).
Yates SG, et coll. How do we transfuse blood components in cirrhotic patients undergoing gastrointestinal procedures? *Transfusion.* Avr. 2016; vol. 56, no 4 : p. 791-798. [PMID : 26876945](#).
- 3 Adams PC, et coll. Hemochromatosis and iron-overload screening in a racially diverse population. *N Engl J Med.* Le 28 avr. 2005; vol. 352, no 17 : p. 1769-1778. [PMID : 15858186](#).
Bacon BR, et coll. Diagnosis and management of hemochromatosis: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* Juill. 2011; vol. 54, no 1 : p. 328-343. [PMID : 21452290](#).
- 4 European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. *J Hepatol.* Août 2016; vol. 65, no 2 : p. 386-398. [PMID : 27085809](#).
Marrero JA, et coll. ACG clinical guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions. *Am J Gastroenterol.* Sept. 2014; vol. 109, no 9 : p. 1328-1347; quiz 1348. [PMID : 25135008](#).
- 5 American Association for the Study of the Liver, Infectious Diseases Society of America. [HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. Juin 2016.](#) [En ligne]. (consulté le 15 mars 2017).

À propos de l'Association canadienne pour l'étude du foie

L'Association canadienne pour l'étude du foie (ACEF) est fière de s'associer à la campagne Choisir avec soin. L'ACEF est un organisme à but non lucratif qui s'est donné pour mission d'éradiquer les maladies du foie grâce à la recherche, à l'éducation et à la défense des intérêts. Ses membres incluent des hépatologues, des gastroentérologues, des anatomopathologistes, des pédiatres, des radiologistes, des chercheurs, des chirurgiens, des médecins résidents et d'autres personnes que ces questions intéressent.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Infectiologie

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

par

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Éviter de prescrire d'emblée des formes intraveineuses d'antibiotiques hautement biodisponibles à des patients qui peuvent prendre et absorber sans problème des médicaments par voie orale.

Les antibiotiques tels que les fluoroquinolones, le triméthoprimé-sulfaméthoxazole, la clindamycine, le linézolide, le métronidazole et le fluconazole ont une excellente biodisponibilité et ne devraient que rarement être administrés par voie intraveineuse. L'utilisation des préparations orales de ces médicaments élimine le recours aux accès veineux et leur entretien, ainsi que les complications qui y sont associées.

2 Éviter de prescrire des antibiotiques de deuxième intention aux patients qui signalent des réactions bénignes à la pénicilline lorsque les bêtalactamines sont le traitement de première intention recommandé.

Les rapports de réactions à la pénicilline entraînent souvent l'utilisation d'agents de deuxième intention qui sont parfois cliniquement moins efficaces, en plus d'exposer les patients à des risques accrus susceptibles d'entraîner des séjours plus longs et des coûts de soins de santé plus élevés. Ces autres agents à large spectre peuvent aussi occasionner un plus grand nombre d'effets indésirables et être propices au développement d'une résistance aux antibiotiques. C'est pourquoi il est important d'obtenir une anamnèse détaillée chez un patient qui aurait déjà présenté une réaction à la pénicilline afin de déterminer si une bêtalactamine peut lui être administrée sans danger.

3 Éviter de répéter d'emblée un décompte des lymphocytes CD4 chez les patients séropositifs qui présentent une suppression de l'ARN du VIH 1 depuis > 2 ans et des numérations de CD4 > 500/μL, à moins d'un échec virologique ou d'une infection opportuniste intercurrente.

Les recommandations de 2014 du comité américain de l'International Antiviral Society stipulent que le décompte des CD4 est optionnel chez les patients qui présentent une suppression de leur charge virale depuis > 2 ans et des numérations de CD4 > 500/μL. Le dosage des CD4 chez ces patients est peu utile et pourrait les inquiéter inutilement en cas de variation normale de la numération. Lors d'études prospectives chez des patients qui ont répondu au traitement antirétroviral par une suppression de l'ARN de leur VIH 1 et une augmentation de leur numération de lymphocytes CD4 > 200 cellules/μL, on a noté qu'il était peu avantageux de continuer les contrôles périodiques des CD4.

4 Éviter de répéter d'emblée l'imagerie radiologique chez les patients souffrant d'ostéomyélite qui présentent une amélioration clinique après une antibiothérapie adéquate.

Il y a peu de corrélation entre la réponse clinique et la résolution des observations à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), à la tomographie par densitométrie (TDM) et aux examens de médecine nucléaire chez les patients atteints d'ostéomyélite. Étant donné que la résolution radiologique peut être plus lente que l'amélioration clinique, la reprise des épreuves d'imagerie pourrait entraîner une prolongation induite de l'antibiothérapie. Les contrôles d'imagerie sont indiqués dans les cas où la réponse clinique laisse à désirer, si on observe une progression des signes cliniques ou en présence d'un abcès non drainé à l'imagerie initiale.

5 Éviter de prescrire des aminosides en association synergique chez les patients qui présentent une bactériémie ou une endocardite infectieuse à staphylocoque doré affectant une valvule naturelle.

L'ajout d'un aminoside comme la gentamicine à une bêtalactamine ou à la vancomycine pour le traitement d'une bactériémie ou d'une endocardite infectieuse à staphylocoque doré affectant une valvule naturelle n'améliore pas les issues cliniques. Cette pratique pourrait entraîner des effets indésirables, y compris l'insuffisance rénale aiguë et l'ototoxicité. L'ajout de la gentamicine demeure recommandé dans les cas d'endocardite à staphylocoque doré affectant une prothèse valvulaire.

Comment la liste a été établie

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (AMMI) Canada a établi sa liste de « Cinq choses que les médecins et patients devraient remettre en question » pour la campagne Choisir avec soin en constituant un groupe de travail de 14 membres représentant les microbiologistes-infectiologues d'horizons géographiques, de pratiques et d'établissements divers, exerçant depuis plus ou moins longtemps. Après avoir consulté les membres d'AMMI Canada pour recenser les pratiques jugées peu utiles en infectiologie, le groupe de travail a dressé une liste de 23 énoncés. Dans le cadre d'un processus itératif, les membres du groupe de travail ont été invités à classer et à commenter toutes les recommandations en ligne. Les pratiques qui répondaient aux quatre critères suivants ont reçu le classement le plus élevé : (i) relevant de l'infectiologie; (ii) rencontrées fréquemment dans la pratique; (iii) ayant un important potentiel d'adoption par d'autres médecins et sociétés et (iv) susceptibles d'avoir un impact global significatif sur la valeur des soins offerts par les membres de notre profession. La liste des cinq principales recommandations a été partagée avec les membres d'AMMI Canada par voie électronique et lors d'un forum national ouvert tenu en marge du Congrès annuel d'AMMI Canada, qui se tenait le 18 avril 2015 à Charlottetown (Î. P. É.), pour recueillir les commentaires. Après quelques ajustements, le conseil d'administration d'AMMI Canada et le comité pour les lignes directrices a donné son plein appui à la liste finale.

Sources

- Centers for Disease Control and Prevention. Core elements of antimicrobial stewardship programs [Internet]. Atlanta (GA) : US Department of Health and Human Resources, CDA; 2014 [consulté le 10 juillet 2015].
Dellit TH, et coll. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. Le 15 janvier 2007; 44(2):159-77. [PMID : 17173212](#).
- Blumenthal KG, et coll. Improving Clinical Outcomes in Patients With Methicillin-Sensitive Staphylococcus aureus Bacteremia and Reported Penicillin Allergy. *Clin Infect Dis*. Le 19 mai 2015; pii: civ394. [PMID : 25991471](#).
Charneski L, et coll. Impact of an antimicrobial allergy label in the medical record on clinical outcomes in hospitalized patients. *Pharmacotherapy*. Août 2011; 31(8):742-7. [PMID : 21923600](#).
Picard M, et coll. Treatment of patients with a history of penicillin allergy in a large tertiary-care academic hospital. *J Allergy Clin Immunol Pract*. Mai-juin 2013; 1(3):252-7. [PMID : 24565481](#).
Yates AB. Management of patients with a history of allergy to beta-lactam antibiotics. *Am J Med*. Juillet 2008; 121(7):572-6. [PMID : 18589051](#).
- Gale HB, et coll. Is frequent CD4+ T-lymphocyte count monitoring necessary for persons with counts ≥ 300 cells/ μ L and HIV-1 suppression? *Clin Infect Dis*. Mai 2013; 56(9):1340-3. [PMID : 23315315](#).
Günthard HF, et coll. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2014 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*. 23-30 juillet 2014; 312(4):410-25. [PMID : 25038359](#).
Sax PE. Editorial commentary: can we break the habit of routine CD4 monitoring in HIV care? *Clin Infect Dis*. Mai 2013; 56(9):1344-6. [PMID : 23315314](#).
- Euba G, et coll. Long-term clinical and radiological magnetic resonance imaging outcome of abscess-associated spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis under conservative management. *Semin Arthritis Rheum*. Août 2008; 38(1):28-40. [PMID : 18055000](#).
Zarrouk V, et coll. Imaging does not predict the clinical outcome of bacterial vertebral osteomyelitis. *Rheumatology (Oxford)*. Février 2007; 46(2):292-5. [PMID : 16877464](#).
Zimmerli W. Clinical practice. Vertebral osteomyelitis. *N Engl J Med*. Le 18 mars 2010; 362(11):1022-9. [PMID : 20237348](#).
- Cosgrove SE, et coll. Initial low-dose gentamicin for Staphylococcus aureus bacteremia and endocarditis is nephrotoxic. *Clin Infect Dis*. Le 15 mars 2009; 48(6):713-21. [PMID : 19207079](#).
Fowler VG Jr, et coll. Daptomycin versus standard therapy for bacteremia and endocarditis caused by Staphylococcus aureus. *N Engl J Med*. Le 17 août 2006; 355(7):653-65. [PMID : 16914701](#).

À propos de L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'AMMI Canada est l'association nationale qui représente les médecins, les microbiologistes cliniques et les chercheurs spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses. Grâce à la promotion du diagnostic, la prévention et le traitement des maladies infectieuses humaines et au moyen de la recherche, la formation, la pratique clinique et la sensibilisation, l'AMMI Canada s'emploie à protéger et à informer le public et également à améliorer les perspectives de carrières de ses membres par le développement professionnel et les initiatives de sensibilisation.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Maladies inflammatoires de l'intestin

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

par

Réseau canadien MII pour la recherche et l'amélioration de la qualité

Crohn et Colite Canada

Association canadienne de gastroentérologie

Dernière mise à jour : juin 2018



1 N'utilisez pas de corticostéroïdes (p. ex., prednisone) pour le traitement d'entretien des maladies inflammatoires de l'intestin (MII).

Les corticostéroïdes par voie systémique (p. ex., prednisone) induisent efficacement la rémission des symptômes de MII, mais ils sont inefficaces en traitement d'entretien, en plus d'être associés à de graves effets indésirables à court et à long terme. Par conséquent, si le sevrage initial des corticostéroïdes échoue ou s'il faut administrer plus de deux cycles de corticothérapie à l'intérieur d'une année, les professionnels de la santé devraient envisager l'ajout d'un agent d'épargne des corticostéroïdes dont l'efficacité et l'innocuité en traitement d'entretien ont été démontrées chez les patients atteints de MII.

2 N'utilisez pas d'opioïdes pour la prise en charge à long terme de la douleur abdominale qui accompagne les maladies inflammatoires de l'intestin (MII).

Les opioïdes peuvent être utilisés pour la prise en charge de la douleur abdominale dans certains cas de MII aiguës, mais leur utilisation prolongée peut masquer les symptômes d'une MII évolutive ou de ses complications (p. ex., perforation intestinale ou mégacôlon toxique). L'utilisation prolongée d'opioïdes s'est révélée inefficace contre la douleur chronique d'origine non néoplasique et elle est associée à une mortalité accrue. De plus, en raison du risque potentiel de dépendance à l'endroit des opioïdes, leur utilisation à long terme pour la prise en charge de la douleur abdominale causée par les MII est à éviter, particulièrement compte tenu de la crise actuelle soulevée par les opioïdes en Amérique du Nord.

3 Ne prolongez pas indûment l'utilisation de la corticothérapie intraveineuse chez les patients qui présentent un épisode aigu et grave de colite ulcéreuse (CU) en l'absence de réponse clinique.

On peut prédire l'absence de réponse à la corticothérapie intraveineuse lors d'un épisode aigu et grave de CU après les 72 premières heures de traitement. Or, environ le tiers des non-répondeurs reçoivent néanmoins des corticostéroïdes par voie systémique en monothérapie pendant plus de 7 jours. Ce recours inefficace à la corticothérapie prolongée par voie systémique peut prolonger inutilement l'hospitalisation et accroître le risque de complications postopératoires chez des sujets qui éventuellement auront besoin d'une colectomie.

4 Pour les maladies inflammatoires de l'intestin (MII), n'instaurer pas de traitements médicaux à long terme et ne les intensifiez pas en fonction des symptômes seulement.

En présence de maladies inflammatoires de l'intestin (MII), les symptômes cliniques mènent souvent à l'instauration de traitements médicaux ou à leur intensification. Or, des troubles intestinaux fonctionnels (p. ex., syndrome du côlon irritable) coexistent chez 20 % des patients atteints de MII et leurs symptômes peuvent être similaires. En fait, les symptômes cliniques ne sont pas en bonne corrélation avec l'activité des MII. Par conséquent, se fier uniquement aux symptômes cliniques sans confirmer l'activité de la maladie pourrait soumettre les patients à des traitements prolongés qui risquent de causer des effets indésirables significatifs et occasionner un gaspillage des ressources.

5 N'utilisez pas la tomodensitométrie (TDM) abdominale pour l'évaluation des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) en phase aiguë, à moins de soupçonner une complication (obstruction, perforation, abcès) ou une étiologie des symptômes abdominaux non liée aux MII.

La TDM abdominale est utile pour le diagnostic urgent des complications des MII, comme l'obstruction ou la perforation, ou pour trouver la cause d'une douleur abdominale lorsqu'on la soupçonne de ne pas être liée aux MII. La dose efficace de radiation ionisante d'une seule TDM abdominale classique (10-20 mSv) se situe à l'intérieur des limites de sécurité acceptables (< 50 mSv). Toutefois, réduire l'utilisation inappropriée de la TDM est une priorité parce que l'exposition répétée aux radiations ionisantes au cours de la vie, particulièrement chez les jeunes patients atteints de MII, peut accroître le risque de cancer. Dans un contexte de maladie aiguë (p. ex., au service des urgences), la TDM abdominale ne devrait être utilisée que lorsque l'on soupçonne une complication des MII et ne devrait pas servir pour l'évaluation de l'activité de la maladie.

Comment la liste a été établie

La liste de recommandations a été préparée par le réseau CINERGI (Canadian IBD Network for Research and Growth in Quality Improvement) en collaboration avec Crohn et Colite Canada (CCC) et l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG). Le groupe CINERGI est formé de 14 gastroentérologues spécialistes des maladies inflammatoires de l'intestin qui représentent 12 centres hospitaliers universitaires au Canada. Un sondage préliminaire a été envoyé au groupe de travail CINERGI pour produire une première liste de recommandations potentielles. Les 10 premières recommandations ont été choisies par les membres du groupe de travail au moyen d'une plateforme de vote en ligne. Pendant la réunion consensuelle tenue en personne à Toronto le 4 novembre 2016, qui a réuni les membres du groupe de travail de CINERGI, 2 radiologistes, des représentants de CCC et de l'ACG et 2 représentants des patients, une méthode Delphi modifiée a été utilisée pour dégager les 5 plus importantes recommandations. Cette liste a été soumise au Comité d'assurance de la qualité de l'ACG, à son conseil d'administration et à ses membres pour commentaires et approbation.

Sources

- 1 Bressler B, et coll. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. *Gastroenterology*. Mai 2015; 148(5):1035-58.e3. [PMID : 25747596](#).
Gomollón F, et coll. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis*. Janv. 2017; 11(1):3-25. [PMID : 27660341](#).
Harbord M, et coll. 3rd European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis*. 2017, p. 1–24.
Terdiman JP, et coll. American Gastroenterological Association Institute guideline on the use of thiopurines, methotrexate, and anti-TNF- biological drugs for the induction and maintenance of remission in inflammatory Crohn's disease. *Gastroenterology*. Déc. 2013; 145(6):1459-63. [PMID : 24267474](#).
- 2 Targownik LE, et coll. The prevalence and predictors of opioid use in inflammatory bowel disease: a population-based analysis. *Am J Gastroenterol*. Oct. 2014; 109(10):1613-20. [PMID : 25178702](#).
- 3 Bitton A, et coll. Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements. *Am J Gastroenterol*. Fév. 2012; 107(2):179-94. [PMID : 22108451](#).
Kaplan GG, et coll. Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis. *Gastroenterology*. Mars 2008; 134(3):680-7. [PMID : 18242604](#).
Nguyen GC, et coll. Quality of Care and Outcomes Among Hospitalized Inflammatory Bowel Disease Patients: A Multicenter Retrospective Study. *Inflamm Bowel Dis*. Mai 2017; 23(5):695-701. [PMID : 28426451](#).
Randall J, et coll. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg*. Mars 2010; 97(3):404-9. [PMID : 20101648](#).
- 4 Abdalla MI, et coll. Prevalence and Impact of Inflammatory Bowel Disease-Irritable Bowel Syndrome on Patient-reported Outcomes in CCFPA Partners. *Inflamm Bowel Dis*. Fév. 2017; 23(2):325-31. [PMID : 28092305](#).
Colombel JF, et coll. Management Strategies to Improve Outcomes of Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. Fév. 2017; 152(2):351-61.e5. [PMID : 27720840](#).
- 5 Kim DH. ACR Appropriateness Criteria Crohn Disease. *J Am Coll Radiol*. Oct. 2015; 12(10):1048-57.e4. [PMID : 26435118](#).
Smith-Bindman R, et coll. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med*. Le 14 déc. 2009; 169(22):2078-86. [PMID : 20008690](#).

À propos du Réseau canadien MII pour la recherche et l'amélioration de la qualité

Le Réseau canadien MII pour la recherche et l'amélioration de la qualité (Canadian IBD Network for Research and Growth in Quality Improvement — CINERGI) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. CINERGI est un réseau de recherche qui réunit 14 spécialistes des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) représentant 12 établissements universitaires canadiens de 7 provinces du pays. Ensemble, nous avons de l'expérience dans les domaines de la recherche en épidémiologie, des essais cliniques, de la recherche sur les services de santé, de l'analyse économique et de l'amélioration de la qualité. Nous sommes déterminés à travailler sur un éventail varié d'initiatives visant à améliorer la prestation des soins aux patients atteints de MII.

À propos de Crohn et Colite Canada

Crohn et Colite Canada est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Crohn et Colite Canada est le seul organisme de bienfaisance national composé de bénévoles qui s'est donné pour mission de trouver des traitements curatifs contre la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse et d'améliorer la vie des enfants et des adultes atteints de ces maladies. Notre rôle consiste à transformer la vie des personnes touchées par la maladie de Crohn et la colite (les deux principales formes de maladies inflammatoires de l'intestin) par la recherche, les programmes à l'intention des patients, la défense des droits et la sensibilisation.

À propos de L'Association canadienne de gastroentérologie

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACG représente plus de 1100 membres de partout au Canada, y compris des médecins, des spécialistes des sciences fondamentales et des fournisseurs de soins de santé affiliés qui travaillent dans le domaine de la gastroentérologie. L'ACG est une organisation axée sur les membres dont la mission est de soutenir et d'entreprendre l'étude des organes du tube digestif sains et malades, et de promouvoir et de faire progresser la gastroentérologie en faisant preuve de leadership dans les soins aux patients, la recherche, l'enseignement et le développement professionnel continu.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Médecine d'urgence

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

par

L'Association canadienne des médecins d'urgence

Dernière mise à jour : juillet 2018



1 Ne prescrivez pas de tomodensitométrie de la tête pour les adultes ou les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur (à moins que l'intervention soit prescrite par une règle de décision clinique appropriée).

Il arrive souvent que des enfants et des adultes se présentent au service des urgences pour un traumatisme crânien mineur. On parle de traumatisme crânien mineur en présence des critères suivants : score de Glasgow de 13 à 15, associée à une perte de conscience observée, à une amnésie manifeste, ou à une désorientation constatée. La plupart des adultes et des enfants atteints d'un traumatisme crânien mineur n'ont pas subi de lésion cérébrale grave nécessitant qu'ils soient hospitalisés ou opérés. En faisant passer une tomodensitométrie (TDM) de la tête aux patients qui ne présentent pas de signes ou symptômes de blessures importantes, vous les exposez inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître leur risque de développer un cancer au cours de leur vie. Cette pratique augmente également la durée des séjours hospitaliers et le risque de mauvais diagnostic. Il existe plusieurs études qui indiquent que les médecins ne devraient pas demander de tomodensitométrie de la tête pour les patients ayant subi un traumatisme crânien mineur, à moins que des règles de décision clinique validées soient utilisées pour prendre des décisions en matière d'imagerie (règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête [Canadian CT Head Rule] pour les adultes, règle CATCH ou règle PECARN pour les enfants). Malgré leur validité, ces règles ne sont jamais sensibles à 100 % et visent à appuyer et non à remplacer le jugement clinique.

2 Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes atteints de bronchite ou d'asthme ou aux enfants atteints de bronchiolite.

On voit souvent au service des urgences des patients en détresse respiratoire présentant des bronchospasmes ou des râles sibilants, à la fois chez les enfants (bronchiolite) et chez les adultes (bronchite ou asthme). La plupart des patients présentant ces symptômes n'ont pas d'infection bactérienne, de sorte qu'une antibiothérapie ne permettrait pas de traiter le problème ou d'influencer l'évolution clinique (ex. : hospitalisation). L'administration inappropriée d'antibiotiques peut exposer les patients à des risques inutiles (allergies, éruptions cutanées, diarrhée et autres effets secondaires) et augmenter le risque de diarrhée induite par des antibiotiques, y compris des infections à *C. difficile*. Ces prescriptions contribuent également au problème global de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques dans la communauté. Des preuves solides issues de la recherche appliquée recommandent aux médecins d'éviter de prescrire des antibiotiques aux enfants (bronchiolite) et aux adultes (bronchite ou asthme) qui présentent un râle sibilant.

3 Ne demandez pas une imagerie radiologique de la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale (bas du dos) pour les patients atteints d'une lombalgie non traumatique qui ne présentent aucun signe d'alerte ou indicateur pathologique.

Il arrive souvent que des adultes se présentent au service des urgences pour des douleurs non spécifiques dans la région lombo-sacrée de la colonne (bas du dos) sans lien avec un trauma important (accident de voiture, charge axiale aiguë, hyperflexion aiguë, etc.). L'évaluation de ces patients doit comprendre une vérification ciblée et exhaustive des antécédents ainsi qu'un examen physique complet visant à repérer les « signes d'alerte » qui pourraient indiquer une pathologie importante. Ces signes peuvent inclure, notamment : caractéristiques du syndrome de la queue de cheval; perte de poids; antécédents de cancer; fièvre; sueurs nocturnes; utilisation chronique de corticoïdes généraux; utilisation chronique de drogues illicites par voie intraveineuse; premier épisode de lombalgie chez un patient de plus de 50 ans, et plus particulièrement de plus de 65 ans; réflexes anormaux; perte de force motrice et perte de sensation dans les jambes. En l'absence de signes d'alerte, les médecins ne devraient pas demander une imagerie radiologique pour les patients se présentant en raison d'une lombalgie non spécifique. L'imagerie de la colonne pour une lombalgie symptomatique n'offre aucun avantage : elle expose inutilement les patients aux rayonnements ionisants, contribue à l'engorgement des hôpitaux et ne permet pas d'améliorer les résultats cliniques.

4 Ne demandez pas de radiographie du cou pour les patients dont le résultat de la règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale est négatif.

Les douleurs cervicales résultant d'un trauma (comme une chute ou un accident de voiture) sont un motif courant de visite au service des urgences. Très peu de patients qui se présentent pour cette raison ont toutefois des lésions pouvant être détectées par radiographie (rayons X). La vérification des antécédents, la réalisation d'un examen physique et l'utilisation de règles de décision clinique (règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale, ou Canadian C-Spine Rule) peuvent permettre de reconnaître les patients alertes et dans un état stable qui ne présentent pas de lésions médullaires cervicales et qui n'ont donc pas besoin de radiographie. La règle canadienne a été validée et mise en œuvre de façon concluante dans divers centres canadiens. Les médecins ne devraient pas faire passer de radiographie, à moins que la règle recommande le contraire. En faisant passer ce test inutilement, vous retardez les soins, risquez d'accroître les douleurs et les résultats indésirables (en raison de l'immobilisation prolongée sur une planche dorsale), et exposez les patients aux rayonnements ionisants sans qu'ils puissent en tirer un quelconque avantage. La stratégie recommandée réduira la proportion de patients alertes devant passer une radiographie.

5 Ne prescrivez pas d'antibiotiques après avoir drainé un abcès cutané non compliqué, sauf en présence de cellulite étendue.

Un abcès est un amas de pus accumulé dans une cavité de tissu mou, le plus souvent causé par la bactérie *Staphylococcus aureus* (sensible ou résistante à la méthicilline). La plupart des abcès non compliqués devraient être débridés dans un contexte de soins de courte durée, comme un service d'urgence, sous analgésie locale ou sédation consciente, puis être drainés complètement et faire l'objet d'un suivi approprié. Les antibiotiques peuvent être envisagés lorsque les patients sont immunodéprimés, atteints d'une maladie systémique ou présentent une cellulite ou une lymphangite importante. Certaines recherches indiquent que les antibiotiques, en plus de l'incision et du drainage des abcès non compliqués, peuvent conférer certains avantages à un petit nombre de patients. Cependant, nous encourageons les médecins à discuter de l'utilisation d'antibiotiques pour les abcès sans complications chez les patients, car les avantages conférés par les antibiotiques peuvent ne pas l'emporter sur les risques associés à leur utilisation (nausées, diarrhée et réactions allergiques).

6 En l'absence de prédicteurs de risque élevé, ne demandez pas de tomodensitométrie (TDM) de la tête pour l'évaluation d'une syncope simple chez le patient adulte.

Les gens se présentent souvent au service des urgences après un épisode de syncope. Une syncope est une perte de connaissance transitoire suivie d'un retour spontané de la fonction neurologique normale sans avoir besoin de réanimation. L'évaluation de la syncope devrait inclure la collecte des antécédents et un examen physique complet afin de déterminer les prédicteurs cliniques de risque élevé d'anomalies de la tête. Ces prédicteurs de risque élevé comprennent notamment un trauma au-dessus des clavicules; des maux de tête; un déficit neurologique persistant; l'âge de 65 ans et plus; la prise d'anticoagulants et les malignités connues. Beaucoup de patients passent une TDM de la tête après un épisode de syncope. Toutefois, en l'absence de ces prédicteurs, il est peu probable que la TDM de la tête soit utile pour la prise en charge de ces patients. En faisant passer une TDM aux patients, ils sont inutilement exposés à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître leur risque de développer un cancer au cours de leur vie. Les tests d'imagerie inutiles augmentent également la durée des séjours hospitaliers et le risque de mauvais diagnostic.

7 Lorsque vous soupçonnez une embolie pulmonaire, ne demandez pas d'angiographie tomographique pulmonaire (CTPA) ni de scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion avant de faire une stratification du risque avec règle de décision clinique et d'obtenir les résultats de la concentration des D-dimères en tant que biomarqueurs.

Beaucoup d'adultes se présentent au service des urgences en raison d'une douleur thoracique ou d'un essoufflement. La majorité des patients adultes qui manifestent ces symptômes ne présentent pas d'embolie pulmonaire nécessitant la réalisation d'une angiographie tomographique pulmonaire ou une scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion pulmonaire. En faisant passer ces examens aux patients, vous les exposez inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître leur risque de développer un cancer au cours de leur vie. L'angiographie pulmonaire comporte également un risque de réaction allergique et d'insuffisance rénale aiguë lié au produit de contraste intraveineux utilisé pour la TDM. Les tests d'imagerie inutiles augmentent également la durée des séjours hospitaliers et peuvent contribuer à l'établissement d'un mauvais diagnostic. Aux fins de diagnostic d'embolie pulmonaire, les recherches démontrent que les médecins devraient d'abord appliquer une stratification du risque avec règle de décision clinique (score de Wells, règle PERC) et obtenir les résultats de la concentration des D-dimères, au besoin, avant de demander une angiographie pulmonaire ou une scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion. Les médecins devraient faire preuve de jugement clinique auprès des populations à risque élevé pour lesquelles les règles de décision clinique n'ont pas été validées (grossesse, hypercoagulabilité).

8 Ne prescrivez pas d'emblée un antibiotique aux adultes et aux enfants atteints de maux de gorge sans complication.

Beaucoup d'adultes et d'enfants se présentent au service des urgences en raison de maux de gorge (pharyngite). La grande majorité des pharyngites sont causées par des infections virales spontanément résolutive qui ne réagissent pas aux antibiotiques. Dans les cas d'infection bactérienne (essentiellement à streptocoque du groupe A [SGA]), qui comptent pour environ 10 % des cas chez les adultes (et 25 % chez les enfants), l'antibiothérapie a des bienfaits au mieux modestes, même si on l'associe à des complications moindres et à une guérison légèrement plus rapide. L'administration inappropriée d'antibiotiques peut exposer les patients à des risques inutiles (allergies, éruption cutanée et diarrhée) et augmenter la résistance globale aux antibiotiques dans la collectivité. La recherche semble indiquer que le recours à l'antibiothérapie devrait être réservé aux cas dont le score de prédiction clinique est intermédiaire ou élevé pour le SGA (score CENTOR ou FeverPAIN) ET pour lesquels un test confirme l'infection à SGA (par culture de gorge ou détection rapide), surtout chez les enfants.

9 Ne demandez pas de radiographie du pied ou de la cheville pour les patients dont le résultat des règles d'Ottawa pour la cheville était négatif.

Après avoir eu une blessure du pied ou de la cheville, les enfants et les adultes se présentent souvent au service des urgences. Les règles d'Ottawa pour la cheville ont été validées pour les enfants de plus de 2 ans et les adultes. Il a été démontré qu'elles réduisent le nombre de radiographies sans compromettre les soins aux patients. Les patients alertes, coopératifs et capables de percevoir les stimulations sensorielles qui ont subi une blessure contondante au pied ou à la cheville au cours des dix derniers jours et qui ne présentent pas d'autres blessures devraient passer une radiographie du pied ou de la cheville seulement s'ils remplissent les critères des règles d'Ottawa pour la cheville. Chez les patients qui ne remplissent pas ces critères, les radiographies n'améliorent pas les résultats, les exposent aux rayonnements ionisants nuisibles et occasionnent des délais sans apporter de valeur supplémentaire à l'examen.

10 Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux adultes et aux enfants atteints d'otite moyenne aiguë sans complication.

Les adultes et les enfants se présentent souvent au service des urgences en raison de symptômes d'infection de l'oreille moyenne ou d'otite moyenne aiguë (OMA). Les symptômes d'OMA comprennent la fièvre, une douleur, un écoulement de l'oreille ou une audition réduite. Les preuves suggèrent que les adultes et les enfants atteints d'OMA sans complication n'ont pas besoin d'antibiotiques. Le recours aux antibiotiques devrait se limiter aux cas graves ou avec complications, et le traitement devrait plutôt être axé sur l'analgésie. Chez l'enfant de plus de 6 mois en santé qui ne paraît pas malade, fait l'objet d'un suivi médical fiable et ne présente pas d'anomalies craniofaciales ou qui est légèrement malade (légère otalgie, température inférieure à 39 °C sans antipyrétiques), une approche d'attente vigilante (analgésie et observation pendant 48 à 72 heures) et un suivi médical fiable devraient être privilégiés. Les antibiotiques sont à considérer si l'état de l'enfant ne s'améliore pas pendant la période d'observation et chez les enfants âgés de moins de 2 ans qui présentent une infection dans les deux oreilles ou qui présentent une OMA et un écoulement des oreilles. On devrait également éviter le recours aux antibiotiques comme traitement de première intention de l'OMA sans complication chez l'adulte. Les mesures visant à retarder les antibiotiques sont une solution efficace aux antibiotiques immédiats pour réduire le recours à l'antibiothérapie. L'administration inappropriée d'antibiotiques peut exposer les patients à des risques inutiles (allergies, éruption cutanée et diarrhée) et augmenter la résistance globale aux antibiotiques dans la collectivité.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a créé un groupe d'experts et lui a confié la création d'une liste préliminaire de tests, d'interventions et de traitements potentiellement surutilisés en médecine d'urgence et qui n'améliorent pas les soins. La liste a été soumise aux présidents des sous-comités de l'ACMU, qui ont été invités à formuler des commentaires. Elle a ensuite été envoyée à plus de 100 urgentologues sélectionnés auxquels on a demandé de voter sur les différents éléments en fonction des critères suivants : applicabilité (utilité) pour les urgentologues, efficacité, sécurité, fardeau économique et fréquence d'utilisation. Le groupe d'experts de l'ACMU s'est ensuite penché sur les éléments ayant obtenu le plus grand nombre de votes et s'est entendu sur les dix recommandations (phase 1 et phase 2) à formuler dans le cadre de la campagne « Choisir avec soin ». Les cinq recommandations ci-dessus correspondent à la phase 2 de cet effort et font suite aux cinq recommandations de la phase 1 publiées en juin 2015.

Sources

- 1** Babl FE, et coll. Accuracy of PECARN, CATCH, and CHALICE head injury decision rules in children: a prospective cohort study. *Lancet*. 2017; vol. 389, n° 10087 : p. 2393-2402. PMID : 28410792.
Easter JS, et coll. Comparison of PECARN, CATCH, and CHALICE rules for children with minor head injury: a prospective cohort study. *Ann Emerg Med*. 2014; vol. 64, n° 2 : p. 145-152 et 152.e1-5. PMID : 24635987.
Osmond MH, et coll. CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *JAMC*. 2010; vol. 182, n° 4 : p. 341-348. PMID : 20142371.
Stiell IG, et coll. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet*. 2001; vol. 357, n° 9266 : p. 1391-1396. PMID : 11356436.
- 2** Farley R, et coll. Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2014; vol. 10 : p. CD005189. PMID : 25300167.
Graham V, et coll. Antibiotics for Acute Asthma. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2001; n° 3 : p. CD002741. PMID : 11687022.
Smith SM, et coll. Antibiotics for Acute Bronchitis. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2014; vol. 3 : p. CD000245. PMID : 24585130.
- 3** Chou R, et coll. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009; vol. 373, n° 9662 : p. 463-472. PMID : 19200918.
Chou R, et coll. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007; vol. 147, n° 7 : p. 478-491. PMID : 17909209.
Toward Optimized Practice. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain, 2^e édition. Edmonton (Alb.) : Toward Optimized Practice; 2011.
- 4** Michaleff ZA, et coll. Accuracy of the Canadian C-spine rule and NEXUS to screen for clinically important cervical spine injury in patients following blunt trauma: a systematic review. *JAMC*. 2012; vol. 184, n° 16 : p. E867-E876. PMID : 23048086.
Stiell IG, et coll. Implementation of the Canadian C-Spine Rule: prospective 12 centre cluster randomized trial. *BMJ*. 2009; vol. 339 : p. b4146. PMID : 19875425.
Stiell IG, et coll. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *N Engl J Med*. 2003; vol. 349, n° 26 : p. 2510-2518. PMID : 14695411.
- 5** Daum RS, et coll. A placebo-controlled trial of antibiotics for smaller skin abscesses. *N Engl J of Med*. 2017; vol. 376, n° 26 : p. 2545-2555. PMID : 28657870.
Duong M, et coll. Randomized, controlled trial of antibiotics in the management of community-acquired skin abscesses in the pediatric patient. *Ann Emerg Med*. 2010; vol. 55, n° 5 : p. 401-407. PMID : 19409657.
Fridkin SK, et coll. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* disease in three communities. *N Engl J Med*. 2005; vol. 352, n° 14 : p. 1436-1444. PMID : 15814879.
Llera JL, et coll. Treatment of cutaneous abscess: a double-blind clinical study. *Ann Emerg Med*. 1985; vol. 14, n° 1 : p. 15-19. PMID : 3880635.
Stevens DL, et coll. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2014; vol. 59, n° 2 : p. 147-159. PMID : 24947530.
Talan DA, et coll. Trimethoprim-Sulfamethoxazole versus placebo for uncomplicated skin abscess. *N Engl J Med*. 2016; vol. 374, n° 9 : p. 823-832. PMID : 26962903.
Vermandere, M, et coll. Antibiotics after incision and drainage for uncomplicated skin abscesses: a clinical practice guideline. *BMJ*. 2018; vol. 360 : p. k243. PMID : 29437651.
- 6** Goyal N, et coll. The utility of head computed tomography in the emergency department evaluation of syncope. *Intern Emerg Med*. 2006; vol. 1, n° 2 : p. 148-150. PMID : 17111790.
Grossman SA, et coll. The yield of head CT in syncope: a pilot study. *Intern Emerg Med*. Mars 2007; vol. 1, n° 2 : p. 46-49. [Diffusion en ligne avant l'impression] Le 31 mars 2007. PMID : 17551685.
Sheldon RS, et coll. Standardized approaches to the investigation of syncope: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Can J Cardiol*. Mars-avril 2011; vol. 27, n° 2 : p. 246-253. PMID : 21459273.
- 7** Kline JA, et coll. Prospective multicenter evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. *J Thromb Haemost*. Mai 2008; vol. 6, n° 5 : p. 772-780. PMID : 18318689.
Singh B, et coll. Diagnostic accuracy of pulmonary embolism rule-out criteria: a systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med*. Juin 2012; vol. 59, n° 6 : p. 517-520. PMID : 22177109.
Wells PS, et coll. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med*. Le 17 juill. 2001; vol. 135, n° 2 : p. 98-107. PMID : 11453709.
- 8** Ebell MH. Diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician*. Le 15 juin 2014; vol. 89, n° 12 : p. 976-977. PMID : 25162166.
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte* [En ligne]. Mise à jour en septembre 2017 [consulté le 14 février 2018].
Shulman ST, et coll. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Le 15 nov. 2012; vol. 55, n° 10 : p. 1279-1282. PMID : 23091044.
Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotiques dans le traitement de l'angine. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 5 nov. 2013; vol. 11 : p. CD000023. PMID : 24190439.

- 9 Plint AC, et coll. Validation of the Ottawa Ankle Rules in children with ankle injuries. Acad Emerg Med. Oct. 1999; vol. 6, n° 10 : p. 1005-1009. [PMID : 10530658](#).
- Stiell IG, et coll. Implementation of the Ottawa ankle rules. JAMA. Le 16 mars 1994; vol. 271, n° 11 : p. 827-832. [PMID : 8114236](#).
- Stiell IG. [Ottawa Ankle Rules by Dr. Ian Stiell](#) [document vidéo]. Le 7 juill. 2015 [consulté le 23 nov. 2015].
- 10 Centre for Clinical Practice at NICE (UK). Respiratory Tract Infections - Antibiotic Prescribing: Prescribing of Antibiotics for Self-Limiting Respiratory Tract Infections in Adults and Children in Primary Care. Londres : National Institute for Health and Clinical Excellence (R.-U.); juill. 2008. [PMID : 21698847](#).
- Spurling GK, et coll. Delayed antibiotics for respiratory infections. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 30 avril 2013; vol. 4: : p. CD004417. [PMID : 23633320](#).
- Venekamp RP, et coll. Antibiotiques pour l'infection de l'oreille moyenne (otite moyenne aiguë) chez l'enfant. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 23 juin 2015; vol. 6: : p. CD000219. [PMID : 26099233](#).

À propos de l'Association canadienne des médecins d'urgence

L'ACMU est le principal organisme médical voué à la représentation, à l'éducation et à la défense des intérêts des urgentologues canadiens et de leurs patients, notamment en ce qui a trait aux enjeux en milieu de travail. L'ACMU représente plus de 2000 urgentologues partout au Canada. Son siège social est situé à Ottawa, et elle fait partie des membres fondateurs de la Fédération internationale de la médecine d'urgence. L'ACMU contribue à l'application des connaissances en publiant le Journal canadien de la médecine d'urgence et en organisant des tournées de formation et d'autres activités d'EMC ainsi que son propre congrès annuel.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Médecine d'hôpital

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

par

La Société canadienne de médecine d'hôpital

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Ne posez pas et ne laissez pas en place une sonde urinaire sans faire une réévaluation.

L'utilisation de sondes urinaires chez les patients hospitalisés est courante. Leur utilisation est associée à des préjudices évitables tels que l'infection du tractus urinaire, la septicémie et le delirium. Les lignes directrices recommandent d'évaluer de façon routinière les indications pour les sondes urinaires et de réduire au minimum leur durée d'utilisation. Les indications appropriées incluent l'obstruction urinaire aiguë, les maladies graves et les soins de fin de vie. Il a été démontré que les stratégies qui réduisent l'utilisation inappropriée de sondes urinaires diminuent le nombre d'infections associées aux soins de santé.

2 Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour une bactériurie asymptomatique sauf aux femmes enceintes.

Le traitement inapproprié de la bactériurie asymptomatique est une des principales utilisations à mauvais escient des antimicrobiens. Les cliniciens doivent éviter le recours aux antibiotiques étant donné qu'il ne présente pas d'avantages et qu'il comporte des risques de préjudices tels que les infections à *Clostridium difficile* et l'apparition d'organismes résistants aux antimicrobiens. La majorité des patients hospitalisés présentant une bactériurie asymptomatique n'ont pas besoin d'antibiotiques sauf les femmes enceintes et les patients qui subissent des interventions chirurgicales urologiques invasives. Dans tous les autres cas, le traitement antimicrobien doit être prescrit aux patients présentant des symptômes d'infections des voies urinaires en présence de bactériurie.

3 Ne prescrivez pas de benzodiazépines ni d'autres sédatifs-hypnotiques aux personnes âgées comme traitement de première intention de l'insomnie, de l'agitation ou du delirium.

L'insomnie, l'agitation et le delirium sont courants chez les patients âgés, et les médecins en milieu hospitalier leur prescrivent souvent des somnifères ou des sédatifs. Cependant, des études menées auprès de personnes âgées ont montré que les benzodiazépines et autres sédatifs-hypnotiques augmentent considérablement le risque de morbidité (tels que les chutes, le delirium et les fractures de la hanche) et de mortalité. Il faut éviter d'utiliser ces médicaments comme traitement de première intention de l'insomnie, de l'agitation ou du delirium. Il faut plutôt envisager d'abord d'autres traitements non pharmacologiques.

4 Ne faites pas systématiquement d'examens de neuro-imagerie (tomodensitométrie, examen d'IRM, Doppler carotidien) pour évaluer une simple syncope chez les patients dont l'examen neurologique est normal.

La syncope est un trouble courant défini comme une perte transitoire de conscience, associée à l'incapacité à maintenir le tonus postural et à un rétablissement immédiat, spontané et complet. Les cas de patients présentant une perte transitoire de conscience associée à des causes neurologiques (telles que les crises convulsives et les accidents vasculaires cérébraux) sont rares et doivent être différenciés de ceux qui font une véritable syncope. Alors que les troubles neurologiques peuvent parfois entraîner une perte transitoire de conscience, les examens de neuro-imagerie offrent peu d'avantages en l'absence de signes ou de symptômes associés à des pathologies neurologiques.

5 Ne prescrivez pas systématiquement de tomodensitométrie de la tête pour les patients hospitalisés délirants, en l'absence de facteurs de risque.

Le delirium est un problème commun des patients hospitalisés. En l'absence de facteurs de risque pour des causes intracrâniennes de delirium (comme un récent traumatisme crânien ou une chute, de nouveaux signes de localisation neurologique et une baisse du niveau de conscience soudaine ou inexpliquée et prolongée), une tomodensitométrie de routine de la tête offre un faible rendement diagnostique. Les lignes directrices suggèrent une approche par étapes pour la prise en charge d'un nouveau delirium chez les patients hospitalisés et recommandent d'envisager la tomodensitométrie de la tête seulement pour les patients présentant certains facteurs de risque.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de médecine hospitalière (SCMH) a formulé ses cinq principales recommandations dans le cadre du programme « Choisir avec soin » en créant un sous-comité du programme au sein de son comité d'amélioration de la qualité (AQ). Les membres du sous-comité représentent un groupe diversifié de médecins hospitaliers de partout au Canada, exerçant dans divers milieux. On a demandé aux membres de la SCMH par courriel et dans le site Web de la Société de suggérer des examens et traitements à revoir, et des suggestions reçues, une liste provisoire de 16 recommandations a été dressée. On a demandé aux membres de considérer leur pertinence pour la médecine hospitalière, leur fréquence et leur potentiel de préjudice. Le comité d'AQ a passé en revue chaque recommandation et effectué une revue de la littérature afin de déterminer la solidité de la preuve à l'appui. Les recommandations n'ayant pas suffisamment de données probantes à l'appui ont été retirées de la liste. Tous les membres de la SCMH ont été invités à classer les 12 recommandations restantes à l'aide d'un outil électronique anonyme de sondage sur le Web. Les neuf recommandations ayant obtenu les plus hautes notes ont été sélectionnées pour un second vote dans lequel les notes du premier tour de scrutin ont été révélées aux participants. Les cinq recommandations affichant le plus haut degré d'accord ont été sélectionnées et soumises au conseil d'administration aux fins d'approbation de la liste définitive.

Sources

- 1 Colli J, et coll. International trends in hospitalization from indwelling urinary catheter complications, 2001-2010. *Int Urol Nephrol*. février 2014;46(2):303-8. [PMID : 23934618](#).
Hooton TM, et coll. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2010;50(5):625-63. [PMID : 20175247](#).
Jain P, et coll. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. 10 juillet 1995;155(13):1425-9. [PMID : 7794092](#).
Landrigan CP, et coll. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 25 novembre 2010;363(22):2124-34. [PMID : 21105794](#).
Lo E, et coll. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. mai 2014;35(5):464-79. [PMID : 24709715](#).
Miller BL, et coll. A multimodal intervention to reduce urinary catheter use and associated infection at a Veterans Affairs Medical Center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. juin 2013;34(6):631-3. [PMID : 23651896](#).
O'Mahony R, et coll. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med*. 7 juin 2011;154(11):746-51. [PMID : 21646557](#).
Ramanathan R, et coll. Urinary tract infections in surgical patients. *Surg Clin North Am*. décembre 2014;94(6):1351-68. [PMID : 25440128](#).
- 2 Gupta K, et coll. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2011;52(5):e103-20. [PMID : 21292654](#).
Lin E, et coll. Overtreatment of enterococcal bacteriuria. *Arch Intern Med*. 9 janvier 2012;172(1):33-8. [PMID : 22232145](#).
Nicolle LE, et coll. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2005;40(5):643-54. [PMID : 15714408](#).
Nicolle LE, et coll. Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med*. juillet 1987;83(1):27-33. [PMID : 3300325](#).
Rotjanapan P, et coll. Potentially inappropriate treatment of urinary tract infections in two Rhode Island nursing homes. *Arch Intern Med*. 14 mars 2011;171(5):438-43. [PMID : 21403040](#).
Trautner BW. Asymptomatic bacteriuria: when the treatment is worse than the disease. *Nat Rev Urol*. 6 décembre 2011;9(2):85-93. [PMID : 22143416](#).
- 3 Allain H, et coll. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging*. 2005;22(9):749-65. [PMID : 16156679](#).
American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. avril 2012;60(4):616-31. [PMID : 22376048](#).
Finkle WD, et coll. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc*. octobre 2011;59(10):1883-90. [PMID : 22091502](#).
Gillis CM, et coll. Inpatient pharmacological sleep aid utilization is common at a tertiary medical center. *J Hosp Med*. octobre 2014;9(10):652-7. [PMID : 25130534](#).
- 4 Alboni P, et coll. Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 1er juin 2001;37(7):1921-8. [PMID : 11401133](#).
Grossman SA, et coll. The yield of head CT in syncope: a pilot study. *Intern Emerg Med*. mars 2007;2(1):46-9. [PMID : 17551685](#).
Mendu ML, et coll. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med*. 27 juillet 2009;169(14):1299-305. [PMID : 19636032](#).
Schnipper JL, et coll. Diagnostic yield and utility of neurovascular ultrasonography in the evaluation of patients with syncope. *Mayo Clin Proc*. avril 2005;80(4):480-8. [PMID : 15819284](#).
Sheldon RS, et coll. Standardized approaches to the investigation of syncope: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Can J Cardiol*. Mars-Avril 2011;27(2):246-53. [PMID : 21459273](#).
Strickberger SA, et coll. AHA/ACCF Scientific Statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation: in collaboration with the Heart Rhythm Society; endorsed by the American Autonomic Society. *Circulation*. 17 janvier 2006;113(2):316-27. [PMID : 16418451](#).
Sun BC, et coll. Priorities for emergency department syncope research. *Ann Emerg Med*. décembre 2014;64(6):649-55.e2. [PMID : 24882667](#).
Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC), et coll. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*. novembre 2009;30(21):2631-71. [PMID : 19713422](#).
- 5 British Geriatrics Society. [Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital](#) [Internet]. Janvier 2006 [Consulté le 9 avril 2015].
Hardy JE, et coll. Computerized tomography of the brain for elderly patients presenting to the emergency department with acute confusion. *Emerg Med Australas*. octobre 2008;20(5):420-4. [PMID : 18973639](#).
Hirano LA, et coll. Clinical yield of computed tomography brain scans in older general medical patients. *J Am Geriatr Soc*. avril 2006;54(4):587-92. [PMID : 16686867](#).
Lai MM, et coll. Intracranial cause of delirium: computed tomography yield and predictive factors. *Intern Med J*. avril 2012;42(4):422-7. [PMID : 21118407](#).

Michaud L, et coll. Delirium: guidelines for general hospitals. J Psychosom Res. mars 2007;62(3):371-83. PMID : 17324689.
Pompei P, et coll. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. J Am Geriatr Soc. août 1994;42(8):809-15. PMID : 8046190.
Theisen-Toupal J, et coll. Diagnostic yield of head computed tomography for the hospitalized medical patient with delirium. J Hosp Med. août 2014;9(8):497-501. PMID : 24733711.
Vijayakrishnan R, et coll. Utility of Head CT Scan for Acute Inpatient Delirium. Hosp Top. Janvier-Mars 2015;93(1):9-12. PMID : 25839350.

À propos de La Société canadienne de médecine d'hôpital

La Société canadienne de médecine d'hôpital (SCMH) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Fondée en 2001, la SCMH est la section canadienne de la Society of Hospital Medicine des États-Unis. La SCMH s'engage à promouvoir la prestation des meilleurs soins possible à tous les patients hospitalisés. Par ses activités de formation, de sensibilisation et de recherche, elle appuie les médecins hospitalistes du Canada.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Médecine du sport et de l'exercice

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

par

L'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice

Dernière mise à jour : septembre 2018



1 Ne demandez pas d'IRM lorsque vos soupçons se portent sur une déchirure méniscale dégénérative ou sur l'arthrose.

Les déchirures méniscales dégénératives et l'arthrose sont extrêmement fréquentes dans la population générale. Les lésions précoces s'observent chez de nombreux sujets de moins de 30 ans. Lorsqu'ils arrivent à la cinquantaine ou à la soixantaine, de 33 à 50 % des individus présentent souvent une déchirure dégénérative complète du ménisque. À moins d'être associées à de l'arthrose, ces déchirures sont le plus souvent asymptomatiques. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas recommandée pour les déchirures dégénératives du ménisque à moins qu'il y ait des symptômes de conflit mécaniques (p. ex., blocage) ou absence d'amélioration avec un traitement conservateur (exercice/physiothérapie, perte de poids, attelle, analgésiques topiques ou oraux, infiltrations). L'IRM n'est pas recommandée pour le diagnostic ou la prise en charge de l'arthrose. Il faudrait plutôt demander des radiographies avec mise en charge.

2 Ne prescrivez pas d'opiacés en traitement de première intention pour les tendinopathies.

La tendinopathie est un terme vaste qui englobe les lésions douloureuses à l'intérieur et autour des tendons en réponse à une surutilisation. Même s'il existe des tendinopathies inflammatoires aiguës (p. ex., tendinite), la plupart des patients vus en médecine de premier recours présentent des symptômes chroniques (tendinose). Des options multimodales (p. ex., repos relatif, modification des activités, physiothérapie ou thérapie sportive) sont à envisager comme traitements de première intention des tendinopathies. Les opiacés ne doivent pas être utilisés à la phase initiale du traitement.

3 Ne prescrivez pas d'orthèses aux enfants qui présentent des pieds plats asymptomatiques.

Les pieds plats sont fréquents chez les enfants. Et même si cela entraîne rarement une incapacité, il arrive souvent que les parents s'en préoccupent et consultent un médecin à ce sujet. La plupart des cas de pieds plats chez les enfants se caractérisent par une arche normale en l'absence de mise en charge et un aplatissement de l'arche à la station debout. Les pieds plats sont souvent indolores, non problématiques et rentrent dans l'ordre à l'adolescence. Selon les preuves actuelles, il est sécuritaire et approprié de simplement observer un enfant s'il a les pieds plats, s'ils sont flexibles et asymptomatiques.

4 Ne demandez pas d'IRM comme épreuve diagnostique initiale si vous soupçonnez une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

La prise en charge initiale de la tendinopathie affectant la coiffe des rotateurs inclut le repos relatif, une modification des activités douloureuses et un programme d'exercices guidé par un physiothérapeute ou un thérapeute du sport afin de récupérer l'amplitude de mouvement et la force. Les infiltrations de cortisone/anesthésique dans l'espace sous-acromial peuvent aussi aider. Si le traitement conservateur ne permet pas de soulager la douleur et de rétablir le fonctionnement de l'épaule, envisagez des radiographies simples pour écarter un diagnostic de pathologie osseuse ou articulaire, et une échographie pour évaluer une éventuelle pathologie de la coiffe des rotateurs ou de la bourse sous-acromiale. L'IRM ou l'ARM (arthrographie par résonance magnétique) peuvent être envisagés si les symptômes ne rentrent pas dans l'ordre à l'aide du traitement conservateur et qu'on s'inquiète d'une possible lésion du bourrelet glénoïdien.

5 N'immobilisez pas les entorses de la cheville causées par un traumatisme en inversion en l'absence de signes d'atteinte osseuse ou syndesmotique.

Les entorses de la cheville sont parmi les blessures les plus souvent vues dans les services d'urgence ou les cliniques. Les entorses à la cheville sont à l'origine d'une forte incidence d'absentéisme dans les activités professionnelles ou sportives et ont de ce fait d'importantes répercussions économiques. Des preuves solides montrent que la pose d'attelles fonctionnelles à la cheville plutôt qu'une immobilisation rigide est associée à une amélioration fonctionnelle plus marquée et plus rapide et à un abrégement global de la période de récupération. Pour les entorses de la cheville en inversion sans lésions osseuses ou syndesmotiques associées, une mobilisation précoce à l'aide d'une attelle de cheville fonctionnelle et la physiothérapie/thérapie du sport devraient être envisagées plutôt qu'une immobilisation rigide.

Comment la liste a été établie

Le Conseil de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice (ACMSE) a approuvé l'élaboration des recommandations de Choisir avec soin. Un petit groupe de travail a été créé pour examiner les recommandations existantes de Choisir avec soin. Le Conseil de l'ACMSE a ensuite établi une liste de recommandations suggérées fondées sur la recherche, l'expérience et les pratiques courantes. Un sondage national a été mené auprès des membres de l'ACMSE, sollicitant leurs commentaires pour chaque recommandation. Les cinq recommandations ayant obtenu un appui quasi unanime ont été choisies pour être incluses dans la liste de Choisir avec soin portant sur les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Chaque recommandation a ensuite été peaufinée par le petit groupe de travail et soumise au comité de publication de l'ACMSE pour examen et rétroaction. Les modifications finales ont été apportées et approuvées pour être soumises à Choisir avec soin par le Conseil de l'ACMSE.

Sources

- 1 Arthritis Alliance of Canada. [The Impact of Arthritis in Canada: Today and Over the Next 30 Years](#) [Internet]. 2011 [cited 2016 Sep 30].
Buchbinder R, Harris IA, Sprowson A. Management of degenerative meniscal tears and the role of surgery. *BMJ*. 2015; 350: h2212. [PMID : 26044448](#).
Englund M. The role of the meniscus in osteoarthritis genesis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2008; 34: 573-9. [PMID : 18687273](#).
Englund M. Meniscal tear -- a common finding with often troublesome consequences. *J Rheumatol*. 2009; 36: 1362-4. [PMID : 19567632](#).
Englund M, Guermazi A, Gale D, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1108-15. [PMID : 18784100](#).
Strobel MJ. *Manual of Arthroscopic Surgery*. Springer: Verlag Berlin Heidelberg; 2002; 1: 99-200.
US Department of Veteran Affairs. [VA/DoD Clinical Practice Guidelines: The Non-Surgical Management of Hip & Knee Osteoarthritis \(OA\)](#) [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 30].
- 2 Andrés BM, Murrell GA. Treatment of tendinopathy: what works, what does not, and what is on the horizon. *Clin Orthop Relat Res*. 2008; 466: 1539-54. [PMID : 18446422](#).
Fanelli G, Tölle TR, DE Andrés J, et al. Opioids for chronic non-cancer pain: a critical view from the other side of the pond. *Minerva Anestesiol*. 2016; 82: 97-102. [PMID : 26173558](#).
Khan KM, Cook JL, Bonar F, et al. Histopathology of common tendinopathies. Update and implications for clinical management. *Sports Med*. 1999; 27: 393-408. [PMID : 10418074](#).
Wilson JJ, Best TM. Common overuse tendon problems: A review and recommendations for treatment. *Am Fam Physician*. 2005; 72: 811-8. [PMID : 16156339](#).
- 3 Carr JB 2nd, Yang S, Lather LA. Pediatric Pes Planus: A State-of-the-Art Review. *Pediatrics*. 2016 Mar; 137(3): e20151230. [PMID : 26908688](#).
Halabchi F, Mazaheri R, Mirshahi M, et al. Pediatric flexible flatfoot; clinical aspects and algorithmic approach. *Iran J Pediatr*. 2013; 23: 247-60. [PMID : 23795246](#).
- 4 Anderson MW, Brennan C, Mittal A. Imaging evaluation of the rotator cuff. *Clin Sports Med*. 2012 ; 31: 605-31. [PMID : 23040549](#).
Harrison AK, Flatow EL. Subacromial impingement syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011; 19: 701-8. [PMID : 22052646](#).
Lewis J, McCreesh K, Roy JS, Ginn K. Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis-Management Conundrum. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015; 45: 923-37. [PMID : 26390274](#).
Roy JS, Braën C, Leblond J, et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography, MRI and MR arthrography in the characterisation of rotator cuff disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2015; 49: 1316-28. [PMID : 25677796](#).
Thomopoulos S, Parks WC, Rifkin DB, et al. Mechanisms of tendon injury and repair. *J Orthop Res*. 2015; 33: 832-9. [PMID : 25641114](#).
Yablon CM, Jacobson JA. Rotator cuff and subacromial pathology. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2015; 19: 231-42. [PMID : 26021584](#).
- 5 Cooke MW, Marsh JL, Clark M, et al. Treatment of severe ankle sprain: a pragmatic randomised controlled trial comparing the clinical effectiveness and cost-effectiveness of three types of mechanical ankle support with tubular bandage. The CAST trial. *Health Technol Assess*. 2009; 13(13): 1-65. [PMID : 19232157](#).
Mizel MS, Hecht PJ, Marymont JV, et al. Evaluation and treatment of chronic ankle pain. *Instr Course Lect*. 2004; 53: 311-21. [PMID : 15116624](#).
Prado MP, Mendes AA, Amodio DT, et al. A comparative, prospective, and randomized study of two conservative treatment protocols for first-episode lateral ankle ligament injuries. *Foot Ankle Int*. 2014; 35: 201-6. [PMID : 24419825](#).

À propos de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice

L'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice (ACMSE) est fière d'être associée à la campagne Choisir avec soin. L'ACMSE est une organisation de médecins voués à l'excellence de la pratique de la médecine appliquée à tous les aspects de l'activité physique. Sa mission est de forger une voix forte et collective pour la médecine du sport et de l'exercice, d'être un chef de file dans la promotion de l'art et la science de la médecine du sport et de l'exercice, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies, au bénéfice de tous les Canadiens.



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://facebook.com/choisiravecsoin)

Médecine du travail

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

par

Les Spécialistes en médecine du travail du Canada

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Éviter d'approuver une absence du travail non justifiée sur le plan clinique.

On dispose de nombreuses preuves de l'existence d'un lien positif entre travail et santé (physique, mentale et sociale). L'emploi et le revenu sont tous deux des déterminants de la santé et servent d'indicateurs de l'état de santé. L'absence du travail contribue au déclin de l'état de santé, à un accroissement du délai de récupération et au prolongement de la maladie. L'une des principales fonctions des services de santé consiste à maintenir et à rétablir la capacité de travailler, ce qui permet d'améliorer le fonctionnement et peut influencer sur la récupération et le pronostic. En sanctionnant une limitation d'activités non justifiée ou encore une invalidité totale (absence du travail), on crée une incapacité qui, en retour, a un effet néfaste sur la santé. Lorsqu'il s'agit de fournir à un employeur ou à un assureur une opinion sur les capacités fonctionnelles d'une personne, on devrait mettre l'accent sur ses capacités; les limitations devraient être évaluées objectivement et avec précision, et ne devraient être indiquées qu'en cas d'absolue nécessité sur le plan médical.

2 Éviter de prescrire des opiacés pour le traitement de la douleur aiguë ou chronique non cancéreuse sans d'abord évaluer les effets secondaires, la situation d'emploi et la capacité de conduire un véhicule automobile.

L'augmentation du nombre d'ordonnances d'opioïdes s'accompagne d'une hausse simultanée des abus, des accidents graves et des décès causés par surdose. Par rapport à celles qui ne prennent pas d'opiacés ou qui en prennent à plus faibles doses, les personnes à qui l'on prescrit de fortes doses d'opiacés sont exposées à un risque accru d'invalidité et de maladie de longue durée. L'utilisation des opiacés peut causer de l'euphorie, de la somnolence ou des difficultés de concentration. Les facultés cognitives et les capacités psychomotrices sont des fonctions essentielles pour la conduite d'un véhicule à moteur et l'accomplissement d'autres tâches de travail complexes. Les prescripteurs d'opiacés pourraient être tenus de signaler qu'un patient est inapte à conduire en toute sécurité.

3 Éviter d'ordonner des examens radiographiques pour cause de lombalgie en l'absence de signaux d'alarme.

La lombalgie aiguë est un trouble fréquent; de 50 et 90 % de la population en souffre à un moment ou à un autre de leur vie. Les troubles potentiellement graves nécessitant une intervention chirurgicale ou des soins médicaux représentent moins de 2 % des cas. Parmi les signaux d'alarme justifiant des examens plus poussés, citons des antécédents de traumatisme grave, le syndrome de la queue de cheval, des symptômes évoquant une tumeur ou une infection (fièvre, perte de poids, antécédents de cancer), l'usage de corticostéroïdes, etc. Dans la plupart des cas cependant, la lombalgie aiguë est bénigne et disparaît d'elle-même sans nécessiter d'examen par imagerie. Les examens par imagerie superflus peuvent être néfastes parce qu'ils exposent les patients à des rayonnements et que les symptômes risquent d'être attribués à des constatations incidentes sans lien avec la lombalgie, prolongeant ainsi la durée de l'invalidité.

4 Éviter d'ordonner un dosage du mercure sanguin à moins que les antécédents alimentaires semblent indiquer un risque, et s'il s'agit d'une patiente enceinte ou qui envisage de le devenir et d'un patient exposé à des composés organomercurels dans son milieu de travail.

Il existe encore au Canada des niveaux d'exposition significatifs sur le plan clinique, mais moins de 1 % des Canadiens adultes ont des concentrations de mercure dans leur sang supérieures aux valeurs-guides établies par Santé Canada. Ainsi, la grande majorité des personnes qui s'inquiètent des risques de toxicité attribuables à des métaux ne présentent pas en réalité de valeurs de niveau toxique, et les tests produisent de faux positifs (valeurs supérieures aux valeurs de référence mais non comprises dans la plage des doses toxiques). Les travailleurs exposés en milieu de travail et les femmes enceintes constituent des sous-groupes vulnérables; par conséquent, le dosage est justifié dans ces populations lorsque l'historique environnemental et professionnel semble indiquer un niveau d'exposition élevé. En l'absence de signes cliniques et d'antécédents indiquant un risque de toxicité, on ne devrait pas avoir recours au dosage parce que les résultats risquent d'être mal interprétés et que l'inquiétude et les interventions superflues (restrictions alimentaires, chélation) peuvent nuire.

5 Éviter de répéter les radiographies pulmonaires durant le dépistage chez des travailleurs exposés à l'amiantose, sauf en présence d'indications cliniques.

L'amiantose se manifeste habituellement de 15 à 20 ans après le début de l'exposition. La tomodensitométrie en haute résolution (TDM-HR) est plus sensible que la radiographie pulmonaire et que la tomodensitométrie classique pour le dépistage de la fibrose parenchymateuse (amiantose), mais un résultat normal à la TDM-HR ne permet pas d'écarter totalement une amiantose. Comme la période de latence est longue dans le cas de l'amiantose et qu'il n'existe aucun traitement efficace pour améliorer l'issue de la maladie, il est peu probable que le dépistage précoce de l'amiantose permette de prendre une mesure corrective en milieu de travail et soit bénéfique pour la santé des personnes exposées à l'amiantose. Des examens par imagerie à répétition exposent le patient à des rayonnements, ce qui n'est pas sans risques. Par conséquent, bien qu'il soit indiqué d'ordonner une radiographie de départ au moment de la première évaluation, aux fins de dépistage, le risque associé aux rayonnements l'emporte sur les avantages des radiographies pulmonaires fréquentes. L'exposition aux rayonnements serait aussi préoccupante en cas de tomodensitométries à répétition.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*, les spécialistes en médecine du travail du Canada (SMTC) a établi une liste de 5 principales recommandations après avoir obtenu l'accord de ses membres et passé en revue la littérature médicale. La première étape a consisté à examiner la liste de recommandations et des références qui lui avaient été fournies par l'American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM). Cette liste a servi de point de départ à une vaste consultation par sondage auprès des membres de l'OMSOC et de ceux de l'Association canadienne de la médecine du travail et de l'environnement (ACMTE). Ce sondage lui a permis de recueillir l'opinion d'un grand nombre de fournisseurs de soins de santé œuvrant dans le domaine de la médecine du travail, y compris celle de spécialistes de la médecine du travail et de médecins de famille s'intéressant particulièrement au domaine. Les commentaires et les suggestions de sujets découlant de cette consultation ont été répartis par catégorie de qualité par un membre de l'OMSOC compétent dans le domaine de la recherche qualitative. Au début, les répondants ont exprimé leur accord de façon très marquée; les sujets privilégiés ont ensuite été répartis en 6 catégories dont 5 sont représentées sur la liste. On a exclu de la liste un point relié à la gestion, qui cadrerait moins avec une campagne visant à aider les médecins et les patients à engager un dialogue au sujet de la surutilisation des examens et des interventions. Avec le concours de Qualité des services de santé Ontario, un petit comité a revu la documentation, examiné des dossiers de lignes directrices de pratique clinique et des énoncés d'organismes et du gouvernement afin de trouver des références de soutien. Une ébauche de liste, des justifications et des références ont été envoyées aux membres de l'OMSOC et à ceux de l'ACMTE aux fins de commentaires. De légères modifications à la formulation de certaines recommandations se sont révélées nécessaires, mais aucun sujet n'a été changé. Le conseil d'administration de l'OMSOC a revu et approuvé la liste des recommandations devant servir à la campagne *Choisir avec soin*.

Sources

- 1 ACOEM. [Summary Proceedings: Inaugural Meeting of IOMSC](#) [Internet]. Mai 2013 [consulté le 19 septembre 2014].

Black C. [Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population](#) [Internet]. London (UK): TSO (The Stationary Office); le 17 mars 2008 [consulté le 19 septembre 2014].

Politique de l'AMC. [Le rôle du médecin traitant dans le retour au travail de patients après une maladie ou une blessure](#) (mise à jour de 2013) [Internet]. 2013 [consulté le 19 septembre 2014].

Commission de la santé mentale du Canada. [Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail - Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes](#) [Internet]. 2013 [consulté le 19 septembre 2014].

Agence de la santé publique du Canada. [Qu'est-ce qui détermine la santé?](#) [Internet]. Le 21 octobre 2011 [consulté le 19 septembre 2014].

Stay-at-Work and Return-to-Work Process Improvement Committee. Preventing needless work disability by helping people stay employed. *J Occup Environ Med*. septembre 2006;48(9):972-987. PMID : 16966965.

Organisation mondiale de la santé. Relier santé et travail. [Rapprocher médecine du travail et soins primaires pour améliorer la santé des travailleurs](#). Résumé d'orientation. Conférence mondiale de l'OMS, du 29 novembre au 1er décembre 2011 [Internet]. La Haye (Pays-Bas). 2012 [consulté le 23 septembre 2014].
- 2 Association médicale canadienne. *Évaluation médicale de l'aptitude à conduire – Guide du médecin*. 8e édition. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne, 2012.

Franklin GM, et coll. Early opioid prescription and subsequent disability among workers with back injuries: the Disability Risk Identification Study Cohort. *Spine (Phila Pa 1976)*. Le 15 janvier 2008; 33(2):199-204. PMID : 18197107.

Kuehn BM. Opioid prescriptions soar: increase in legitimate use as well as abuse. *JAMA*, le 17 janvier 2007; 297(3):249-51. PMID : 17227967.

Groupe national de travail sur l'utilisation des opioïdes. [Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse](#) [Internet]. 2010 [consulté le 23 septembre 2014].

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; 32(19):2127-32. PMID : 17762815.

Weiss MS, Bowden K, Branco F, et al. Opioids Guideline [Internet]. Dans : Hegmann K, s.l.d. *ACOEM's Occupational Medicine Practice Guidelines*. 3e édition révisée. Westminster (CO) : Reed Group Ltd; 2014.
- 3 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*, le 1er février 2011; 154(3):181-9. PMID : 21282698.

Davis PC, et coll. Expert Panel on Neurologic Imaging. [ACR Appropriateness Criteria@ low back pain](#) [Internet]. Reston (VA) : American College of Radiology (ACR); 2011 [consulté le 19 septembre 2014].

Henschke N, et coll. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum*, octobre 2009; 60(10):3072-80. PMID : 19790051.

Linnet MS, et coll. Cancer risks associated with external radiation from diagnostic imaging procedures. *CA Cancer J Clin*, le 3 février 2012. PMID : 22307864.

Talmage J, Belcourt R, Galper J, et coll. Low back disorders. Dans : Hegmann K, s.l.d. *Occupational Medicine Practice Guidelines*, 3e édition. Elk Grove Village (IL) : American College of Occupational and Environmental Medicine; 2011.

Toward Optimized Practice. [Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain](#). 2e édition [Internet]. Edmonton (Alb.) : Toward Optimized Practice Program; 2011 [consulté le 23 septembre 2014].
- 4 Brodtkin E, et coll. Lead and mercury exposures: interpretation and action. *CMAJ*. Le 2 janvier 2007; 176(1):59-63. PMID : 17200393.

Kales SN, et al. Mercury exposure: current concepts, controversies, and a clinic's experience. *J Occup Environ Med*, février 2002; 44(2):143-54. PMID : 11851215.

Lambrinos A. [Testing for Blood Mercury Levels in the General Population: a rapid review](#) [Internet]. Toronto (Ont.) : Qualité des services de santé Ontario; août 2014 [consulté le 19 septembre 2014].

Myers GJ, et coll. Twenty-seven years studying the human neurotoxicity of methylmercury exposure. *Environ Res*, juillet 2000; 83(3):275-85. PMID : 10944071.

Wong SL, et coll. Lead, mercury and cadmium levels in Canadians. *Health Rep*. décembre 2008; 19(4):31-6. PMID : 19226925.
- 5 American Thoracic Society. Diagnosis and initial management of nonmalignant diseases related to asbestos. *Am J Respir Crit Care Med*, le 15 septembre 2004; 170(6):691-715. PMID : 15355871.

Linnet MS, et coll. Cancer risks associated with external radiation from diagnostic imaging procedures. *CA Cancer J Clin*, le 3 février 2012. PMID : 22307864.

McCunney RJ. Should we screen for occupational lung cancer with low-dose computed tomography? *J Occup Environ Med*, décembre 2006; 48(12):1328-33. PMID : 17159649.

Roberts HC, Patsios DA, Paul NS, et coll. Screening for malignant pleural mesothelioma and lung cancer in individuals with a history of asbestos exposure. *J Thorac Oncol*, mai 2009; 4(5):620-8. PMID : 19357540.

Vierikko T, et coll. Psychological impact of computed tomography screening for lung cancer and occupational pulmonary disease among asbestos-exposed workers. *Eur J Cancer Prev*, juin 2009; 18(3):203-6. PMID : 19728402.

À propos de Les spécialistes en médecine du travail du Canada

Les spécialistes en médecine du travail du Canada (SMTC) sont de fiers partenaires de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'organisation est composée de médecins du travail certifiés en tant que spécialistes par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou par le Collège des médecins du Québec ainsi que de spécialistes d'autres spécialités médicales ou chirurgicales qui s'intéressent à la médecine du travail. Les SMTC fournissent un forum pour l'avancement de la pratique de la médecine du travail en facilitant le dialogue parmi les médecins spécialistes et entre les praticiens de médecine du travail et des membres de domaines connexes, notamment du gouvernement, de l'industrie, de la gestion et du droit.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Médecine familiale

Treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger par
Le Collège des médecins de famille du Canada
Dernière mise à jour : janvier 2018



1 Ne recourez pas à des examens d'imagerie pour des douleurs au bas du dos à moins d'être en présence de signaux d'alarme.

Les signaux d'alarme comprennent, entre autres, les déficits neurologiques graves ou progressifs ou des conditions sous-jacentes graves, comme l'ostéomyélite, lorsque leur présence est soupçonnée. Un examen d'imagerie de la colonne vertébrale avant six semaines n'améliore pas les résultats.

2 N'utilisez pas d'antibiotiques pour traiter une infection des voies respiratoires supérieures vraisemblablement d'origine virale, comme une maladie s'apparentant à la grippe, ou spontanément résolutive, comme une infection des sinus qui dure depuis moins de sept jours.

Lorsqu'elles se produisent, les infections bactériennes des voies respiratoires sont généralement un problème secondaire causé par une complication d'une infection virale comme la grippe. Bien qu'il soit parfois difficile de distinguer une sinusite virale d'une sinusite bactérienne, presque tous les cas sont d'origine virale. Même si des cas de sinusite bactérienne peuvent profiter des bienfaits des antibiotiques, les preuves de tels cas ne se manifestent généralement pas avant au moins sept jours en présence de la maladie. Non seulement les antibiotiques sont rarement indiqués pour traiter une infection des voies respiratoires supérieures, mais certains patients éprouvent des effets indésirables de ces médicaments.

3 Ne prescrivez pas de radiographies pulmonaires et d'électrocardiogrammes de dépistage aux patients asymptomatiques ou à faible risque.

Rares sont les preuves que la détection d'une sténose de l'artère coronaire chez les patients asymptomatiques à faible risque de maladie coronarienne améliore la santé. Des résultats faussement positifs peuvent s'avérer préjudiciables au patient en raison des procédures invasives inutiles, des traitements excessifs et des erreurs de diagnostic qu'ils entraînent. Les radiographies pulmonaires chez les patients asymptomatiques et sans indications spécifiques pour l'imagerie ont un rendement diagnostique insignifiant, mais produisent un nombre important de rapports faussement positifs. Les éventuels inconvénients d'un tel dépistage systématique dépassent les bénéfices potentiels.

4 Ne soumettez pas les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans aux examens de dépistage par frottis cervico-vaginal (test Pap).

- Ne procédez pas à des examens de dépistage à l'aide des frottis de Pap tous les ans chez les femmes dont les examens antérieurs se sont avérés normaux.
- Ne faites pas de frottis vaginaux chez les femmes qui ont subi une hystérectomie pour une maladie non maligne.

Les préjudices potentiels du dépistage chez les femmes de moins de 21 ans l'emportent sur les avantages, et rares sont les éléments qui prouvent la nécessité de procéder à ce test chaque année lorsque les résultats des tests antérieurs étaient normaux. Les femmes qui ont subi une hystérectomie complète pour des troubles bénins n'ont plus besoin de ce dépistage. Le dépistage doit s'arrêter à 70 ans si les résultats des trois derniers tests étaient normaux.

5 Ne demandez pas d'analyses sanguines de dépistage chaque année, sauf si le profil de risque du patient l'exige.

Peu de preuves existent sur la valeur des analyses sanguines de routine chez les patients asymptomatiques. Au contraire, cette pratique est susceptible de produire un plus grand nombre de résultats faussement positifs qui peuvent conduire à des examens supplémentaires inutiles. La décision d'effectuer des tests de dépistage et la sélection des tests à effectuer doit faire l'objet d'un examen approfondi en fonction de l'âge du patient, de son sexe et de ses possibles facteurs de risque.

6 Éviter de prescrire systématiquement un dosage de la vitamine D chez les adultes à faible risque.

Puisque le Canada est situé au nord du 35e parallèle, la plupart des gens ont une exposition solaire insuffisante pour maintenir une concentration adéquate de vitamine D, particulièrement durant les mois d'hiver. La mesure du taux sérique de 25-hydroxyvitamine D est superflue, puisque la prise de suppléments de vitamine D est appropriée pour la population générale. Le dosage de la vitamine D n'est indiqué que chez les patients atteints de maladies rénales ou métaboliques graves.

7 Évitez d'effectuer de routine la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans qui présentent un degré de risque moyen. Pour chaque patiente, l'évaluation des préférences et des risques doit guider la discussion et la décision au sujet de la mammographie de dépistage dans ce groupe d'âge.

Si, après avoir effectué cette évaluation attentive et avoir eu cette discussion avec la patiente, il se trouve que son risque de cancer du sein n'est pas élevé, les données probantes actuelles indiquent que les avantages de la mammographie de dépistage sont faibles. En outre, dans ce groupe d'âge, le risque que le dépistage produise des résultats faussement positifs est plus élevé et, par conséquent, celui aussi de subir des interventions inutiles ou préjudiciables. Comme toujours, les professionnels de la santé doivent être conscients de l'évolution du poids respectif des risques et des avantages et aider les femmes à comprendre ces données probantes. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs offre des documents de grande qualité pour faciliter ces discussions.

8 Éviter de pratiquer l'examen physique annuel chez les adultes asymptomatiques ne présentant aucun facteur de risque particulier.

L'examen physique périodique est bénéfique puisqu'il permet au médecin de vérifier l'état de santé de son patient alors qu'il se porte encore bien. Cependant, une remise en question de la périodicité est indiquée. Plusieurs maladies chroniques pour lesquelles le dépistage précoce est utile, mettent plus d'un an à se développer. Les examens médicaux préventifs devraient plutôt être pratiqués aux intervalles recommandés dans les lignes directrices, notamment celles formulées par le Groupe d'étude Canadienne sur les soins de santé préventifs pour l'examen médical périodique.

9 Éviter de prescrire la mesure de l'ostéodensitométrie par absorptiométrie biénergétique à rayons X (DEXA) pour le dépistage de l'ostéoporose chez les patients à faible risque.

Même s'il est important d'évaluer les facteurs de risque d'ostéoporose chez tous les patients de 50 ans et plus à l'aide de moyens de dépistage tels que l'outil d'auto-évaluation des risques d'ostéoporose (OST), l'ostéodensitométrie par DEXA n'est pas justifiée chez les femmes de moins de 65 ans ou chez les hommes de moins de 70 ans à faible risque.

10 Éviter de conseiller une routine d'autosurveillance régulière des glycémies capillaires chez les diabétiques qui n'utilisent pas l'insuline.

L'autosurveillance glycémique (ASG) est recommandée à certains patients atteints de diabète pour les aider à normaliser leur glycémie. Toutefois, pour la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 et ne prenant pas d'insuline, de nombreuses études montrent que l'ASG de routine est peu utile pour l'atteinte soutenue des cibles glycémiques dans le temps.

11 Éviter de prescrire des tests de fonction thyroïdienne chez les patients asymptomatiques.

Afin de justifier un dépistage chez les patients asymptomatiques, on doit pouvoir démontrer que le traitement qui en découle permet d'améliorer l'état de santé des personnes dépistées par rapport aux patients qui ne sont pas soumis au dépistage. Or, les données actuelles ne permettent pas d'affirmer que le dépistage des maladies thyroïdiennes donne de tels résultats.

12 Ne continuez pas l'analgésie par opioïdes au-delà de la période postopératoire immédiate ou de l'épisode de douleur aiguë et intense.

La durée de la période postopératoire immédiate ou de l'épisode de douleur aiguë et intense est généralement de trois jours ou moins et dépasse rarement sept jours. Prescrivez la plus faible dose efficace et le plus petit nombre de doses requises pour soulager la douleur prévisible. Cette recommandation ne s'applique pas aux patients qui prennent déjà un traitement prolongé par opioïdes ou agonistes des opioïdes.

13 N'instaurez pas de traitement analgésique prolongé par opioïdes pour la douleur chronique avant d'avoir essayé les modalités non pharmacologiques et d'avoir procédé à un essai suffisant des agents non opioïdes.

Selon le mécanisme de la douleur et les comorbidités du patient, cela pourrait inclure l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), les tricycliques et les gabapentinoïdes. Les autres modalités non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur aiguë, subaiguë et chronique incluent : exercice, perte de poids, thérapie cognitivo-comportementale, massothérapie, physiothérapie et manipulation vertébrale. L'essai des opioïdes doit se faire selon des critères clairement établis pour en vérifier l'efficacité et un plan doit être en place pour les arrêter si ces critères ne sont pas satisfaits.

Comment la liste a été établie

Recommandations 1 à 5

Le forum sur les enjeux de la pratique générale et familiale (forum des OP) de l'Association médicale canadienne (AMC) est un collectif regroupant les dirigeants des sections de médecine générale des associations médicales provinciales et territoriales. Pour établir la liste de ses cinq recommandations Choisir avec soin, chaque membre du forum des OP a consulté les membres de sa propre section des OP en vue de contribuer aux recommandations contenues dans les listes proposées. Les recommandations provenant de la liste Choosing Wisely® de l'American Academy of Family Physicians figuraient parmi les listes proposées. Toutes les recommandations figurant sur les listes proposées ont été rassemblées et une recherche documentaire a été effectuée afin de confirmer que ces recommandations étaient soutenues par des données probantes. Les membres du forum des OP ont discuté des treize recommandations proposées parmi lesquelles certaines devaient être retenues. Un consensus s'est établi sur huit d'entre elles. Les médecins de famille, membres du forum électronique de l'AMC, ont voté pour sélectionner cinq des huit recommandations. Celles-ci ont ensuite été approuvées par les sections provinciales et territoriales du forum des OP. Le Collège des médecins de famille du Canada est un membre observateur du forum des OP et a participé au processus de création de la liste. Les quatre premières recommandations de cette liste ont été adaptées avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question. © 2012 American Academy of Family Physicians.

Recommandations 6 à 11

La liste des items 6 à 11 a été établie à partir de dix recommandations proposées à l'origine pour les items 1 à 5. Les membres du Forum des OP ont examiné ces recommandations et, d'un commun accord, en ont retenues huit. Comme ils l'ont fait pour la première vague, les médecins de famille membres du Forum électronique de l'AMC ont choisi par scrutin cinq des huit recommandations. À la suite d'autres discussions, les membres du Forum des OP ont décidé d'en retenir six. On a ensuite sollicité l'opinion des sections provinciales et territoriales de médecine générale concernant ces six recommandations des sections de médecine générale provinciales et territoriales. Le Collège des médecins de famille du Canada est membre observateur du Forum des OP et a participé au processus de création de la liste.

Recommandations 12 et 13

À la fin de 2016, les partenaires de Choisir avec soin, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne, ont mis sur pied la Collaboration pancanadienne relative à l'éducation pour la prescription améliorée des opioïdes afin de prévenir les préjudices associés à la prise d'opioïdes, réduire l'écart entre les différentes façons de les prescrire et améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients. L'organisme a officiellement fait appel à Choisir avec soin au début de 2017 et lui a demandé de s'impliquer en invoquant son rôle important dans la mise à contribution des sociétés professionnelles représentant diverses spécialités cliniques pour s'attaquer aux soins inutiles. Le résultat est le lancement en mars 2018 de « Prescrire des opioïdes avec soin » et l'ajout des points 12 et 13 à la liste préexistante des 11 pratiques sur lesquelles les patients et les médecins devraient s'interroger.

Sources

- 1 Association canadienne des radiologistes. [Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR 2012](#) [Site Web]. 2012. (Consulté le 9 mai 2017).
Chou R, et coll. Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 7 février 2009; 373(9662):463-72. PMID : 19200918.
Ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. [L'excellence des soins pour tous – Stratégie en matière de lombalgie](#). [Site Web]. 2013. (Consulté le 9 mai 2017).
Physicians of Ontario Collaborating for Knowledge Exchange and Transfer (POCKET). [Red and yellow flag indicator cards](#) [Site Web]. 2005. (Consulté le 9 mai 2017).
Williams CM, et coll. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med*. 8 février 2010; 170(3):271-7. PMID : 20142573.
- 2 American Academy of Allergy Asthma and Immunology. [Sinus infections account for more antibiotic prescriptions than any other diagnosis](#) [Site Web]. 2013. (Consulté le 9 mai 2017).
Desrosiers M, et coll. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. [Lignes directrices canadiennes sur la rhinosinusite chronique]. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 10 février 2011; 7(1):2, 1492-7-2. PMID : 21310056.
Hirschmann JV. Antibiotics for common respiratory tract infections in adults. *Arch Intern Med*. 11 février 2002; 162(3):256-64. PMID : 11822917.
Low D. Reducing antibiotic use in influenza: Challenges and rewards. *Clin Microbiol Infect*. 14 avril 2008; 14(4):298-306. PMID : 18093237.
Meltzer EO, et coll. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: A synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clin Proc*. Mai 2011; 86(5):427-43. PMID : 21490181.
Schumann SA, et coll. Patients insist on antibiotics for sinusitis? Here is a good reason to say "no". *J Fam Pract*. Juillet 2008; 57(7):464-8. PMID : 18625169.
Smith SR, et coll. Treatment of mild to moderate sinusitis. *Arch Intern Med*. 26 mars 2012; 172(6):510-3. PMID : 22450938.
- 3 Association canadienne des radiologistes. [Guide d'introduction à l'imagerie médicale : utilisation et sûreté des rayons X](#). [Site Web]. (Consulté le 9 mai 2017).
Association canadienne des radiologistes. [Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR 2012](#). Section E: Système cardiovasculaire. [Site Web]. 2012 (Consulté le 15 février 2014).
Tigges S, et coll. Routine chest radiography in a primary care setting. *Radiology*. Novembre 2004; 233(2):575-8. PMID : 15516621.
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). [Screening for coronary heart disease with electrocardiography](#) [Site Web]. Juillet 2012. (Consulté le 9 mai 2017).
- 4 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 8 janvier 2013; 185(1):35-45. PMID : 23297138.
Partenariat canadien contre le cancer. [Cervical cancer screening guidelines: Environmental scan](#) [Site Web]. Septembre 2013. (Consulté le 9 mai 2017).
National Institute for Health and Care Excellence. [Cervical screening](#) [Site Web]. 2010. (Consulté le 9 mai 2017).
- 5 Boland BJ, et coll. Yield of laboratory tests for case-finding in the ambulatory general medical examination. *Am J Med*. Août 1996;101(2):142-52. PMID : 8757353.
U.S. Preventive Services Task Force. [Guide to clinical preventive services: An assessment of the effectiveness of 169 interventions](#) [Site Web]. 1989. (Consulté le 15 février 2014).
Wiens FH. Clinical laboratory tests: Which, why, and what do the results mean? *Lab Med*. 2009; 40:105-13.
- 6 British Columbia Guidelines and Protocol Advisory Committee. [Vitamin D testing protocol](#) [en ligne]. Le 1er juin 2013 [consulté le 25 septembre 2014].
Hanley DA, et coll. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *CMAJ*. Le 7 septembre 2010; 182(12):E610-618. PMID : 20624868.
Ontario Association of Medical Laboratories. [Guideline for the Appropriate Ordering of Serum Tests for 25-hydroxy Vitamin D and 1,25-dihydroxy Vitamin D](#) [en ligne]. Juin 2010 [consulté le 25 septembre 2014].
Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Vitamin D. [Guideline for Vitamin D Testing and Supplementation in Adults](#) [en ligne]. Edmonton (Alb.) : Toward Optimized Practice; le 31 octobre 2012 [consulté le 25 septembre 2014].

- 7** Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Dépistage du cancer du sein](#) (2011) – Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables des politiques [en ligne]. Le 22 novembre 2011 [consulté le 25 septembre 2014].
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Dépistage du cancer du sein](#). Affiche « risques et avantages pour les femmes de 40 à 49 ans » [en ligne]. 2014 [consulté le 25 septembre 2014].
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et coll. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. CMAJ. Le 22 novembre 2011; 183(17):1991-2001. PMID : 22106103.
Ringash J, et coll. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. CMAJ. Le 20 février 2001; 164(4):469-476. PMID : 11233866.
US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med, le 17 novembre 2009; 151(10):716-726, w-236. PMID : 19920272.
- 8** Blais J, et coll. [L'évaluation médicale périodique](#) – 2014. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec [en ligne]. 2014 [consulté le 25 août 2014].
Boulware LE, et coll. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Ann Intern Med, le 20 février 2007; 146(4):289-300. PMID : 17310053.
Krogsboll LT, et coll. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ, 2012; 345:e7191. PMID : 23169868.
Si S, et coll. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract, janvier 2014; 64(618):e47-53. PMID : 24567582.
The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ, le 3 novembre 1979; 121(9):1193-1254. PMID : 115569.
US Preventive Services Task Force Guides to Clinical Preventive Services. The Guide to Clinical Preventive Services 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis); 2012.
- 9** Lim LS, et coll. Screening for osteoporosis in the adult U.S. population: ACPM position statement on preventive practice. Am J Prev Med, avril 2009; 36(4):366-375. PMID : 19285200.
Papaioannou A, et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. JAMC, le 2 août 2011. PMID : 20940232.
Powell H, et coll. Adherence to the U.S. Preventive Services Task Force 2002 osteoporosis screening guidelines in academic primary care settings. J Womens Health (Larchmt), janvier 2012; 21(1):50-53. PMID : 22150154.
The International Society for Clinical Densitometry. [2013 ISCD Official Positions – Adult](#) [en ligne], 2013 [consulté le 26 août 2014].
- 10** Brownlee C. [For Diabetics Not on Insulin, Self-Monitoring Blood Sugar Has No Benefit](#). The Cochrane Library [en ligne]. Le 19 janvier 2012 [consulté le 25 septembre 2014].
Cameron C, et coll. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. CMAJ, le 12 janvier 2010; 182(1):28-34. PMID : 20026626.
Gomes T, et coll. Blood glucose test strips: options to reduce usage. CMAJ, le 12 janvier 2010; 182(1):35-38. PMID : 20026624.
O'Kane MJ, et coll. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. BMJ, le 24 mai 2008; 336(7654):1174-1177. PMID : 18420662.
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Optimal therapy recommendations for the prescribing and use of blood glucose test strips. CADTH Technol Overv, 2010; 1(2):e0109. PMID : 22977401.
- 11** Best Practice Advocacy Centre New Zealand. [Management of thyroid dysfunction in adults](#) [en ligne]. Décembre 2010; (22):22-33. [consulté le 25 septembre 2014].
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. [Screening for thyroid disorders and thyroid cancer in asymptomatic adults](#). Guide canadien de médecine clinique préventive [en ligne]. 1994;612-18 [consulté le 25 septembre 2014].
Surks MI, et coll. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA, le 14 janvier 2004; 291(2):228-238. PMID : 14722150.
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid disease: recommendation statement. Ann Intern Med, le 20 janvier 2004; 140(2):125-127. PMID : 14734336.
- 12** Centers for Disease Control and Prevention. [CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain](#). Le 29 août 2017. [En ligne]. [consulté le 6 octobre 2017].
Scully RE et coll. Defining Optimal Length of Opioid Pain Medication Prescription After Common Surgical Procedures. JAMA Surg. Le 27 septembre 2017. PMID : 28973092.
Shah, C. et coll. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use – United States, 2006-2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Le 17 mars 2017; vol. 66, n° 10 : p. 265-269. PMID : 28301454. [En ligne].
- 13** Busse JW et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. JAMC. Le 8 mai 2017; vol. 189, no 18 : p. E659-E666. PMID : 28483845. [En ligne].
Rapports d'examen rapide de l'ACMTS. [La thérapie manuelle dans la prise en charge de douleurs lombaires non spécifiques d'apparition récente ou persistantes : efficacité clinique et lignes directrices](#). [En ligne] 2017 août 2 [consulté 2017 décembre 11].
Fritz JM, et coll. Early Physical Therapy vs Usual Care in Patients With Recent-Onset Low Back Pain A Randomized Clinical Trial.. JAMA. 2015; vol. 314, no 14 : p. 1459–1467. PMID : 26461996.
Qaseem A, et coll. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017; vol. 166 : p. 514-530. PMID: 28192789.

À propos du Collège des médecins de famille du Canada

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est un fier partenaire de *Choisir avec soin*. Représentant plus de 30 000 membres d'un bout à l'autre du pays, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est l'organisme professionnel responsable de l'établissement des normes de formation, de certification et d'apprentissage continu des médecins de famille. Il est le défenseur de la médecine familiale en tant que spécialité, des médecins de famille et de leurs patients. Le CMFC procède à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale offerts dans les dix-sept facultés de médecine du Canada.



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.

Médecine interne

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

par

La Société canadienne de médecine interne

Dernière mise à jour : septembre 2018



1 Ne recourez pas systématiquement aux études de neuro-imagerie (TDM, IRM ou Doppler carotidien) pour l'évaluation d'une simple syncope chez les patients dont l'examen neurologique est normal.

Bien qu'il s'agisse d'une cause rare de syncope, les médecins doivent considérer une source neurologique pour chaque patient présentant une perte de conscience transitoire. En l'absence de signes ou de symptômes associés à des causes neurologiques de syncope (par exemple, mais sans s'y limiter, à des déficits neurologiques focalisés), l'utilité des études de neuro-imagerie présente un intérêt limité. Malgré l'absence de preuve de l'utilité diagnostique de la neuro-imagerie chez les patients présentant une véritable syncope, les professionnels de la santé continuent d'effectuer des tomodensitométries (TDM) du cerveau. Ainsi, l'utilisation inappropriée de cette modalité d'imagerie diagnostique entraîne des coûts élevés et soumet les patients à des risques d'exposition au rayonnement.

2 N'installez pas ou ne laissez pas en place des sondes urinaires sans avoir une indication acceptable (comme une maladie grave, une obstruction ou des soins palliatifs).

L'utilisation de sondes ou de cathéters urinaires sans avoir une indication acceptable augmente la probabilité de développer une infection qui entraîne une hausse du taux de morbidité et des coûts de soins de santé. La bactériurie associée au cathéter conduit souvent au mauvais usage d'antimicrobiens et à des complications secondaires, notamment l'émergence d'organismes résistants aux antimicrobiens et d'infections au *Clostridium difficile*. Une étude antérieure a montré que les médecins ignorent souvent l'usage d'une sonde urinaire chez leurs patients. L'utilisation de cathéters urinaires a été jugée inappropriée dans 50 % des cas, l'incontinence urinaire étant répertoriée comme la raison la plus commune justifiant l'installation inappropriée et continue d'un cathéter urinaire. Les lignes directrices de pratique clinique appuient le retrait ou l'évitement des cathéters urinaires inutiles pour réduire le risque d'infections urinaires associées aux sondes.

3 Ne transfusez pas de globules rouges pour des seuils d'hémoglobine ou d'hématocrite arbitraires en l'absence de symptômes d'une maladie coronarienne active, d'insuffisance cardiaque ou d'un AVC.

Les indications pour une transfusion sanguine dépendent de l'évaluation clinique et sont également guidées par l'étiologie de l'anémie. Aucune mesure de laboratoire et aucun paramètre physiologique unique ne peuvent prédire la nécessité d'une transfusion sanguine. Les transfusions sont associées à une morbidité et à une mortalité accrue chez les patients à haut risque qui sont hospitalisés. Les effets indésirables varient de légers à graves et comprennent des réactions allergiques, des réactions hémolytiques aiguës, l'anaphylaxie, des lésions pulmonaires aiguës post-transfusionnelles, une surcharge circulatoire associée à la transfusion et une septicémie. Des études de stratégies de transfusion, qui ont été menées auprès de plusieurs populations de patients, suggèrent qu'une approche restrictive est associée à de meilleurs résultats.

4 En milieu hospitalier, ne commandez pas de tests VTC et d'analyses chimiques de façon répétée au détriment de la stabilité clinique et laboratoire.

Les analyses sanguines répétées fréquemment sont associées à des conséquences néfastes pour le patient hospitalisé, comme l'anémie iatrogène et la douleur. Une étude canadienne a montré d'importantes réductions de l'hémoglobine à la suite de la phlébotomie. Comme l'anémie chez les patients hospitalisés est associée à la prolongation du séjour et à la hausse des taux de réadmission et des exigences de transfusion, réduire les examens inutiles peut améliorer les résultats. Des études confirment que la réduction sécuritaire de tests de laboratoire répétitifs n'a pas d'effets négatifs sur les événements indésirables, les taux de réadmission, l'utilisation de soins intensifs ou la mortalité. Des interventions de laboratoire réduites ont également permis d'importantes économies.

5 N'effectuez pas systématiquement d'examens préopératoires (comme une radiographie des poumons, une échocardiographie ou un test cardiaque à l'effort) chez les patients subissant des chirurgies à faible risque.

Les examens préopératoires courants pour des chirurgies à faible risque sont la source de délais inutiles, d'une détresse possible chez les patients et de coûts importants pour le système de soins de santé. De nombreuses études et lignes directrices soulignent le manque de bénéfices prouvés des examens préopératoires courants (par exemple, une radiographie des poumons, une échocardiographie, etc.) chez les patients devant subir une chirurgie à faible risque. Les analyses économiques suggèrent d'importantes économies possibles découlant de la mise en œuvre de lignes directrices.

6 N'instaurer pas un traitement par opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse avant d'avoir d'abord optimisé les traitements pharmacologiques non opioïdes et autres modalités non pharmacologiques.

Plusieurs traitements non opioïdes (dont leurs solutions de rechange médicamenteuses et non médicamenteuses) peuvent procurer un même degré de soulagement de la douleur et d'amélioration des capacités fonctionnelles, et ce, de manière plus sécuritaire, sans les effets indésirables potentiellement graves des opioïdes (p. ex., préjudices découlant de la dépendance et du surdosage).

7 Ne faites pas de test d'hypercoagulabilité chez les patients présentant un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) dans le contexte d'un facteur déclenchant connu.

Le test de dépistage de la thrombophilie est coûteux et peut entraîner des effets négatifs pour le patient si la durée d'anticoagulothérapie est prolongée de façon inappropriée ou si le patient est identifié à tort comme étant thrombophilique. Le test de dépistage de la thrombophilie ne modifie pas la prise en charge de la thromboembolie veineuse (TEV) qui survient dans le contexte de facteurs de risque transitoires majeurs de TEV. Lorsque la TEV se présente dans le contexte d'une grossesse, d'un traitement hormonal ou chez un patient qui a des antécédents familiaux importants plus un facteur de risque transitoire majeur, le rôle du test de dépistage de la thrombophilie est complexe. On conseille alors aux patients et aux professionnels de la santé d'obtenir l'avis d'un expert en TEV.

8 Ne prolongez pas les interventions de maintien de la vie ou n'augmentez pas le niveau de soins à celui des soins intensifs sans d'abord établir le pronostic, les préférences et les objectifs des soins.

En fin de vie, les patients et les familles préfèrent souvent que l'on évite les interventions cliniques invasives ou extrêmes. Or, de nombreux patients mourants subissent des interventions de maintien de la vie non bénéfiques en partie parce que les médecins négligent de s'informer des préférences de leurs patients, de formuler des recommandations appropriées et de participer à une prise de décision partagée.

9 Ne demandez pas d'intervention coronarienne percutanée (ICP) pour le patient dont la maladie coronarienne est stable et ne présente pas de caractéristique à risque élevé, si le patient est asymptomatique ou n'a pas subi un traitement optimal.

Les interventions coronariennes percutanées (ICP) pratiquées en l'absence d'une indication claire sont coûteuses et exposent le patient à des risques liés aux soins, au rayonnement, aux produits de contraste et aux complications éventuelles liées aux endoprothèses. Les patients avec symptômes contrôlés par un traitement médical optimal et dont les examens non invasifs (épreuve d'effort sur tapis roulant, imagerie de perfusion myocardique, échocardiographie à l'effort, angiographie par tomographie par émission de positons, etc.) n'ont pas révélé de risques élevés* ne devraient pas être référés en ICP

*Ce [tableau](#) montre les résultats d'examen non invasifs associées à un taux de décès ou d'infarctus du myocarde (IM) annuel > 3 %.

10 Ne demandez pas une surveillance continue par télémétrie hors de l'Unité de soins intensifs sans utiliser un protocole régissant sa cessation.

Les lignes directrices publiées fournissent des indications claires sur l'utilisation de la surveillance télémétrique en fonction de la fréquence, de la gravité et de la durée des symptômes, et des conditions dans lesquelles ces derniers se présentent. L'utilisation inappropriée de la surveillance télémétrique peut augmenter le coût des soins et réduire la mobilité du patient. De plus, les faux positifs sont susceptibles d'accroître la charge de travail et les interruptions pour les professionnels de la santé, en plus d'entraîner une anxiété inutile pour les patients.

11 Ne commencez pas de traitement d'entretien à long terme (p. ex. bronchodilatateurs, corticostéroïdes par inhalation, antagonistes des récepteurs de leucotriènes ou autres) chez les patients adultes atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'asthme présumé, sans d'abord confirmer le diagnostic au moyen de tests objectifs tels que la spirométrie ou le test de provocation à la méthacholine.

Beaucoup de personnes reçoivent un diagnostic erroné de MPOC ou d'asthme sans avoir passé des examens diagnostiques objectifs. On recommande l'utilisation de tests de contrôle pour confirmer le diagnostic d'obstruction des voies respiratoires chez les patients qui présentent des symptômes respiratoires. L'instauration d'un traitement d'entretien à long terme sans d'abord diagnostiquer objectivement la MPOC ou l'asthme expose ces patients à des traitements inutiles s'ils ne sont pas réellement atteints de la maladie. En plus des effets secondaires potentiels et du coût des médicaments, cela pourrait retarder l'établissement d'un diagnostic précis.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de médecine interne (SCMI) a établi sa liste de cinq recommandations principales dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, en formant un comité de 20 membres qui représentent un groupe diversifié d'internistes généraux de partout au Canada, reflétant un vaste éventail de régions, de milieux de pratique, de types d'établissement et d'expérience. Le comité a choisi d'adopter les recommandations déjà mises de l'avant à la suite d'un rigoureux processus d'examen des preuves dans les documents Five Things Physicians and Patients Should Question (© 2013 American College of Physicians; © 2012 Society of Hospital Medicine; © 2013 Society of General Internal Medicine), High-Value, Cost-Conscious Care Recommendations de l'American College of Physicians, et les recommandations de « do not do » [choses à ne pas faire] du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni. De plus, les membres ont formulé des recommandations fondées sur l'expérience et la pertinence pour la pratique. Chaque membre du comité a été invité à classer de manière anonyme toutes les recommandations. Le comité a discuté des recommandations qui se sont le mieux classées et ont établi par voie de consensus une liste des cinq principaux éléments. La liste des recommandations a été présentée à l'occasion d'un débat ouvert de la SCMI ainsi qu'à son conseil exécutif lors de l'assemblée générale annuelle 2013 de la SCMI à Toronto, au Canada. Les membres de la SCMI qui ont assisté à la réunion du conseil et à la séance d'information de Choisir avec soin ont également eu l'occasion de réagir. Des modifications mineures ont été apportées à la liste qui a par la suite été approuvée par le comité. En 2018, les recommandations 6 à 11 ont été ajoutées, selon le même processus. Le conseil d'administration de la SCMI confirme sa pleine approbation et son appui à la liste définitive des recommandations Choisir avec soin de la SCMI.

Sources

- 1** Alboni P, et coll. Diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol*. Le 1^{er} juin 2001; 37(7):1921-8. [PMID : 11401133](#).
Grossman SA, et coll. The yield of head CT in syncope: A pilot study. *Intern Emerg Med*. Mars 2007; 2(1):46-9. [PMID : 17551685](#).
Mendu ML, et coll. Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients. *Arch Intern Med*. Le 27 juillet 2009; 169(14):1299-305. [PMID : 19636031](#).
Strickberger SA, et coll. AHA/ACCF scientific statement on the evaluation of syncope: From the American Heart Association councils on clinical cardiology, cardiovascular nursing, cardiovascular disease in the young, and stroke, and the quality of care and outcomes research interdisciplinary working group; and the American College of Cardiology Foundation: In collaboration with the Heart Rhythm Society: Endorsed by the American Autonomic Society. *Circulation*. Le 17 janvier 2006; 113(2):316-27. [PMID : 16418451](#).
Sheldon RS, et coll. Standardized approaches to the investigation of syncope: Canadian cardiovascular society position paper. *Can J Cardiol*. Mars-avril 2011; 27(2):246-53. [PMID : 21459273](#).
Schnipper JL, et coll. Diagnostic yield and utility of neurovascular ultrasonography in the evaluation of patients with syncope. *Mayo Clin Proc*. Avril 2005; 80(4):480-8. [PMID : 15819284](#).
Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope, European Society of Cardiology (ESC), et coll. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. Novembre 2009; 30(21):2631-71. [PMID : 19713422](#).
- 2** Bartlett JG. A call to arms: The imperative for antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. Août 2011; 53 Suppl 1:S4-7. [PMID : 21795727](#).
Gardam MA, et coll. Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections. *Clin Perform Qual Health Care*. Juillet-septembre 1998; 6(3):99-102. [PMID : 10182561](#).
Hooton TM, et coll. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Le 1^{er} mars 2010; 50(5):625-63. [PMID : 20175247](#).
Jain P, et coll. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. Le 10 juillet 1995; 155(13):1425-9. [PMID : 7794092](#).
Peleg AY, et coll. Hospital-acquired infections due to gram-negative bacteria. *N Engl J Med*. Le 13 mai 2010; 362(19):1804-13. [PMID : 20463340](#).
Saint S, et coll. Are physicians aware of which of their patients have indwelling urinary catheters? *Am J Med*. Le 15 octobre 2000; 109(6):476-80. [PMID : 11042237](#).
- 3** Bracey AW, et coll. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: Effect on patient outcome. *Transfusion*. Octobre 1999; 39(10):1070-7. [PMID : 10532600](#).
Carson JL, et coll. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev*. Le 18 avril 2012; 4:CD002042. [PMID : 22513904](#).
Hebert PC, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion requirements in critical care investigators, Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med*. Le 11 février 1999; 340(6):409-17. [PMID : 10318985](#).
Marik PE, et coll. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: A systematic review of the literature. *Crit Care Med*. Septembre 2008; 36(9):2667-744. [PMID : 18679112](#).
Villanueva C, et coll. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. Le 3 janvier 2013; 368(1):11-21. [PMID : 26013300](#).
- 4** Attali M, et coll. A cost-effective method for reducing the volume of laboratory tests in a university-associated teaching hospital. *Mt Sinai J Med*. Septembre 2006; 73(5):787-94. [PMID : 17008940](#).
Lin RJ, et coll. Anemia in general medical inpatients prolongs length of stay and increases 30-day unplanned readmission rate. *South Med J*. Mai 2013; 106(5):316-20. [PMID : 23644640](#).
Smoller BR, et coll. Phlebotomy for diagnostic laboratory tests in adults. Pattern of use and effect on transfusion requirements. *N Engl J Med*. Le 8 mai 1986; 314(19):1233-5. [PMID : 3702919](#).
Thavendiranathan P, et coll. Do blood tests cause anemia in hospitalized patients? The effect of diagnostic phlebotomy on hemoglobin and hematocrit levels. *J Gen Intern Med*. Juin 2005; 20(6):520. [PMID : 15987327](#).

- 5 Benarroch-Gampel J, et coll. Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery. *Ann Surg*. Septembre 2012; 256(3):518-28. PMID : 22868362.
- Chee YL, et coll. Guidelines on the assessment of bleeding risk prior to surgery or invasive procedures. *British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol*. Mars 2008; 140(5):496-504. PMID : 18275427.
- Chung F, et coll. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg*. Février 2009; 108(2):467-75. PMID : 19151274.
- Fleisher LA, et coll. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery. *J Am Coll Cardiol*. Le 23 octobre 2007; 50(17):e159-241. PMID : 19713422.
- Fritsch G, et coll. Abnormal pre-operative tests, pathologic findings of medical history, and their predictive value for perioperative complications. *Acta Anaesthesiol Scand*. Mars 2012; 56(3):339-50. PMID : 22188223.
- Institute of Health Economics. *Routine preoperative tests - are they necessary?* [Internet]. Mai 2007 [consulté le 10 février 2014].
- May TA, et coll. Reducing unnecessary inpatient laboratory testing in a teaching hospital. *Am J Clin Pathol*. Août 2006; 126(2):200-6. PMID : 16891194.
- National Institute for Clinical Excellence. *Preoperative tests: The use of routine preoperative tests for elective surgery* [Internet]. Juin 2003 [consulté le 10 février 2014].
- 6 Busse JW et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *JAMC*. Le 8 mai 2017; vol. 189, n° 18 : p. E659-E666. PMID : 28483845. [En ligne].
- 7 Gupta A, et coll. Thrombophilia Testing in Provoked Venous Thromboembolism: A Teachable Moment. *JAMA Intern Med*. Le 1^{er} août 2017; vol. 177, n° 8 : p. 1195-1196. PMID : 28586816.
- Chong LY, et coll. Management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing: summary of NICE guidance. *BMJ*. Le 27 juin 2012; vol. 344 : p. e3979. PMID : 22740565.
- 8 Cardona-Morrell M, et coll. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Healthcare*. Sept. 2016; vol. 28, n° 4 : p. 456-469. PMID : 27353273.
- Downar J, et coll. Nonbeneficial treatment Canada: definitions, causes, and potential solutions from the perspective of healthcare practitioners. *Crit Care Med*. Févr. 2015; vol. 43, n° 2 : p. 270-281. PMID : 25377017.
- 9 Mancini GB, et coll. Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Management of Stable Ischemic Heart Disease. *Can J Cardiol*. Août 2014; vol. 30, n° 8 : p. 837-849. PMID : 25064578.
- Boden WE, et coll. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med*. Le 12 avril 2007; vol. 356, n° 15 : p. 1503-1516. PMID : 17387127.
- Al-Lamee R et coll. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. Le 6 janv. 2018; vol. 391, n° 10115 : p. 31-40. PMID : 29103656.
- 10 Benjamin EM, et coll. Impact of cardiac telemetry on patient safety and cost. *Am J Manag Care*. Le 1^{er} juin 2013; vol. 19, n° 6 : p. e225-232. PMID : 23844751.
- Kansara P, et coll. Potential of missing life-threatening arrhythmias after limiting the use of cardiac telemetry. *JAMA Intern Med*. Août 2015; vol. 175, n° 8 : p. 1416-1418. PMID : 26076004.
- Sandau KE, et coll. Update to Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring in Hospital Settings: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. Le 7 nov. 2017; vol. 136, n° 19 : p. e273-e344. PMID : 28974521.
- 11 Lougheed MD, et coll. Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults: Executive summary. *Can Respir J*. Nov.-déc. 2012; vol. 19, n° 6 : p. e81-88. PMID : 23248807.
- Qaseem A, et coll. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med*. Le 2 août 2011; vol. 155, n° 3 : p. 179-191. PMID : 21810710.
- Collins BF, et coll. Factors predictive of airflow obstruction among veterans with presumed empirical diagnosis and treatment of COPD. *Chest*. Févr. 2015; vol. 147, n° 2 : p. 369-376. PMID : 25079684.
- Aaron SD, et coll. Overdiagnosis of asthma in obese and nonobese adults. *CMAJ*. Le 18 nov. 2008; vol. 179, n° 11 : p. 1121-1131. PMID : 19015563.
- Aaron SD, et coll. Reevaluation of Diagnosis in Adults With Physician-Diagnosed Asthma. *JAMA*. Le 17 janv. 2017; vol. 317, n° 3 : p. 269-279. PMID : 28114551.
- Gershon A, et coll. Cardiovascular safety of inhaled long-acting bronchodilators in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA Intern Med*. Le 8 juill. 2013; vol. 173, n° 13 : p. 1175-1185. PMID : 23689820.
- Joo MJ, et coll. Inhaled corticosteroids and risk of pneumonia in newly diagnosed COPD. *Respir Med*. Févr. 2010; vol. 104, n° 2 : p. 246-252. PMID : 19879745.

À propos de la Société canadienne de médecine interne

La SCMI est une société médicale nationale regroupant des médecins spécialistes oeuvrant dans la vaste discipline de la médecine générale interne. Les membres de la SCMI prodiguent des soins médicaux spécialisés aux adultes atteints de maladies complexes et multisystémiques dans des hôpitaux communautaires et universitaires, et ce, partout au Canada. Les membres de la SCMI sont des enseignants en médecine et des résidents. Ils sont des chefs de file dans la recherche en santé et l'amélioration de la qualité des soins. La SCMI compte plus de 1 100 membres et associés.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Médecine nucléaire

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

par

L'Association canadienne de médecine nucléaire

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Évitez l'imagerie cardiaque à l'effort ou la coronographie pour les patients qui ne présentent pas de symptômes cardiaques, sauf en présence de marqueurs de haut risque.

Les patients asymptomatiques à faible risque subissent jusqu'à 45 % des épreuves à l'effort inappropriées. Chez ces patients asymptomatiques, il faut procéder à des examens seulement en présence des éléments suivants : diabète chez les patients de plus de 40 ans, maladie artérielle périphérique ou taux annuel d'événements coronariens supérieur à 2 %.

2 Évitez le recours à la scintigraphie thyroïdienne en médecine nucléaire pour évaluer des nodules thyroïdiens chez les patients qui présentent une fonction thyroïdienne normale.

La scintigraphie thyroïdienne en médecine nucléaire ne permet pas de déterminer de façon concluante si des nodules thyroïdiens sont cancéreux ou non, et même les nodules froids à la scintigraphie nécessiteraient une biopsie. La scintigraphie thyroïdienne en médecine nucléaire est utile pour évaluer le fonctionnement des nodules thyroïdiens pour les patients qui présentent une hyperthyroïdie.

3 Évitez l'angiographie par tomodensitométrie pour diagnostiquer une embolie pulmonaire chez les jeunes patients, en particulier les femmes, qui présentent une radiographie pulmonaire normale. Envisagez plutôt la scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion (V/Q).

Lorsque la question clinique est de savoir si une embolie pulmonaire est présente ou non, une scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion (V/Q) peut fournir la réponse avec une dose globale de rayonnement plus faible que l'angiographie pulmonaire par tomodensitométrie. La dose de rayonnement de la scintigraphie pulmonaire en médecine nucléaire, reçue au niveau du sein chez la femme, est beaucoup plus faible que la dose émise par tomodensitométrie avec utilisation de boucliers de protection des seins. L'imagerie peut ne pas être nécessaire pour les patients pour qui la probabilité clinique d'embolie pulmonaire est faible et dont le dosage des D-dimères à haute sensibilité est négatif.

4 Évitez les scintigraphies osseuses de routine pour les hommes qui présentent un cancer de la prostate à faible risque.

Les patients à faible risque de maladie métastatique, d'après des critères fondés sur le taux d'antigène prostatique spécifique et le score de Gleason, n'ont pas besoin d'une scintigraphie osseuse pour la stadification du cancer. Les scintigraphies osseuses peuvent être utiles si les antécédents du patient ou le résultat de l'examen physique peuvent faire soupçonner une atteinte des os.

5 Évitez de répéter les examens d'ostéodensitométrie par DEXA plus d'une fois aux deux ans en l'absence de facteurs de risques élevés ou de nouveaux facteurs de risque.

L'utilité de répéter l'examen DEXA plus d'une fois aux deux ans, particulièrement pour les patients stables, est limitée par plusieurs facteurs, notamment le taux anticipé de perte osseuse qui n'est pas susceptible d'être détecté à intervalles plus courts et les erreurs de mesure qui peuvent rendre les examens répétés non fiables. Ces facteurs peuvent être exacerbés si l'on n'utilise pas les mêmes appareils DEXA pour les examens. Pour les patients stables, l'intervalle entre les ostéodensitométries peut être prolongé, et une répétition pourrait ne pas être nécessaire.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN) a formulé ses cinq principales recommandations dans le contexte du programme « Choisir avec soin » en demandant d'abord à son groupe de travail nouvellement formé pour le programme de revoir les listes « Choosing Wisely » de la Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI) et de l'American Society of Nuclear Cardiology (ASNC). Comme les listes américaines reflétaient les mêmes enjeux que ceux rencontrés au Canada, le groupe de travail de l'ACMN a donné son accord de principe à ces listes, a sélectionné les procédures les plus susceptibles de remise en question et a ajouté deux de ses propres recommandations. La liste a ensuite été distribuée au conseil d'administration de l'ACMN et à l'ensemble des membres pour commentaires. Le premier élément a été adopté avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, ©2012 American Society of Nuclear Cardiology. Les éléments 2 et 4 ont été adoptés avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, ©2013 Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging.

Sources

- Hendel RC, et coll. The role of radionuclide myocardial perfusion imaging for asymptomatic individuals. *J Nucl Cardiol*. Février 2011; 18(1):3-15. [PMID : 21181519](#).
Hendel RC, et coll. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 Appropriate Use Criteria for Cardiac Radionuclide Imaging. *J Am Coll Cardiol*. Le 9 juin 2009; 9:53(23):2201-29. [PMID : 19497454](#).
- American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, et coll. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. Novembre 2009; 19(11):1167-214. [PMID : 19860577](#).
Lee JC, et coll. Thyroid scans. *Aust Fam Physician*. Août 2012; 41(8):584-86. [PMID : 23145398](#).
Welker MJ, et coll. Thyroid nodules. *Am Fam Physician*. Le 1er février 2003; 67(3):559-66. [PMID : 12588078](#).
- Brenner DJ, et coll. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. Le 29 novembre 2007; 357(22):2277-84. [PMID : 18046031](#).
Burns SK, et coll. Diagnostic imaging and risk stratification of patients with acute pulmonary embolism. *Cardiol Rev*. Janvier-février 2012; 20(1):15-24. [PMID : 22143281](#).
Fesmire FM, et coll. Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with suspected pulmonary embolism. *Ann Emerg Med*. Juin 2011; 57(6):628-652.e75. [PMID : 21621092](#).
Freeman LM, et coll. V/Q scintigraphy: alive, well and equal to the challenge of CT angiography. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. Mars 2009; 36(3):499-504. [PMID : 19183996](#).
Freeman LM, et coll. The current and continuing important role of ventilation-perfusion scintigraphy in evaluating patients with suspected pulmonary embolism. *Semin Nucl Med*. Novembre 2008; 38(6):432-40. [PMID : 19331837](#).
Hurwitz LM, et coll. Radiation dose savings for adult pulmonary embolus 64-MDCT using bismuth breast shields, lower peak kilovoltage, and automatic tube current modulation. *AJR Am J Roentgenol*. Janvier 2009; 192(1):244-53. [PMID : 19098206](#).
McCullough CH, et coll. Strategies for reducing radiation dose in CT. *Radiol Clin North Am*. Janvier 2009; 47(1):27-40. [PMID : 19195532](#).
Niemann T, et coll. Imaging for suspected pulmonary embolism in pregnancy-what about the fetal dose? A comprehensive review of the literature. *Insights Imaging*. Novembre 2010; 1(5-6):361-372. [PMID : 22347929](#).
Parker MS, et coll. Female breast radiation exposure during CT pulmonary angiography. *AJR Am J Roentgenol*. Novembre 2005; 185(5):1228-33. [PMID : 16247139](#).
Radiation dose to patients from radiopharmaceuticals (addendum 2 to ICRP publication 53). *Ann ICRP*. 1998;28(3):1-126. [PMID : 10840563](#).
Stein EG, et coll. Success of a safe and simple algorithm to reduce use of CT pulmonary angiography in the emergency department. *AJR Am J Roentgenol*. Février 2010; 194(2):392-7. [PMID : 20093601](#).
- Abuzalouf S, et coll. Baseline staging of newly diagnosed prostate cancer: a summary of the literature. *J Urol*. Juin 2004; 171(6 Pt 1):2122-7. [PMID : 15126770](#).
Choosing Wisely. *American Urological Association : Five Things Physicians and Patients Should Question* [Internet]. Février 2013 [cité le 16 mars 2015].
Eberhardt SC, et coll. ACR Appropriateness Criteria prostate cancer--pretreatment detection, staging, and surveillance. *J Am Coll Radiol*. Février 2013; 10(2):83-92. [PMID : 23374687](#).
Heidenreich A, et coll. EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. *Eur Urol*. Janvier 2014; 65(1):124-37. [PMID : 24207135](#).
Kim L, et coll. Are staging investigations being overused in patients with low and intermediate risk prostate cancer? *J Med Imaging Radiat Oncol*. Février 2015; 59(1):77-81. [PMID : 25186469](#).
Makarov DV, et coll. The population level prevalence and correlates of appropriate and inappropriate imaging to stage incident prostate cancer in the medicare population. *J Urol*. Janvier 2012; 187(1):97-102. [PMID : 22088337](#).
Wollin DA, et coll. Guideline of Guidelines: Prostate Cancer Imaging. *BJU Int*. Le 26 février 2015. [PMID : 25715887](#).
- Brown JP, et coll. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ*. Le 12 novembre 2002; 167(10 Suppl):S1-34. [PMID : 12427685](#).
Committee on Practice Bulletins-Gynecology, The American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin N. 129. Osteoporosis*. *Obstet Gynecol*. Septembre 2012; 120(3):718-34. [PMID : 22914492](#).
Cosman F, et coll. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*. Octobre 2014; 25(10):2359-81. [PMID : 25182228](#).
Lim LS, et coll. Screening for osteoporosis in the adult U.S. population: ACPM position statement on preventive practice. *Am J Prev Med*. Avril 2009; 36(4):366-75. [PMID : 19285200](#).
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 1er mars 2011; 154(5):356-64. [PMID : 21242341](#).

À propos de L'Association canadienne de médecine nucléaire

L'Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'ACMN vise l'excellence dans l'exercice de la médecine nucléaire diagnostique et thérapeutique en veillant au maintien des compétences des spécialistes en médecine nucléaire, en établissant des lignes directrices cliniques et en favorisant la recherche biomédicale. Nous collaborons avec tous les professionnels de la médecine nucléaire afin de veiller à ce que les Canadiens aient accès aux meilleurs services possibles en médecine nucléaire.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Médecine physique et de réadaptation

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

par

L'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Ne traitez pas les infections des voies urinaires asymptomatiques des patients cathétérisés.

L'infection des voies urinaires chez un patient cathétérisé est considérée comme une « infection urinaire compliquée ». Cette classification peut toutefois être trompeuse et inciter les professionnels de la santé à traiter excessivement les infections des patients cathétérisés. Il est généralement recommandé de ne traiter les blessés médullaires qui présentent une bactériurie qu'en présence de symptômes. Plus précisément, selon le Consortium de 2006 pour l'élaboration de lignes directrices en médecine médullaire à l'intention des professionnels de la santé, le diagnostic d'infection urinaire du patient blessé médullaire doit satisfaire à trois critères : 1) bactériurie importante, 2) pyurie et 3) signes et symptômes d'infection urinaire.

2 Ne prescrivez pas d'emblée le repos au lit et l'inactivité à la suite d'une blessure ou d'une maladie à moins de preuves scientifiques que l'activité causera un préjudice.

La prescription du repos au lit est courante pour une panoplie d'états médicaux. L'alitement prolongé entraîne des changements cardiovasculaires, respiratoires, musculosquelettiques et neuropsychologiques importants. Les effets négatifs comprennent la thromboembolie, la pneumonie, l'atrophie musculaire et le déconditionnement physique. Beaucoup de ces effets commencent dans les jours qui suivent l'alitement, mais les conséquences peuvent être plus durables. Par exemple, pour ce qui est des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires aiguës, le repos au lit n'a aucun effet sur le risque de nouvelle embolie pulmonaire. Par ailleurs, on sait également que recommander de rester actif plutôt que de se reposer au lit en cas de lombalgie aiguë entraîne des améliorations fonctionnelles en plus de réduire la douleur. Il est donc important de limiter le repos au lit autant que possible.

3 Ne prescrivez pas d'analgésiques pour la douleur sans tenir compte de l'amélioration fonctionnelle.

Les analgésiques d'ordonnance se sont révélés capables de soulager efficacement la douleur. Mais, on a également identifié un certain nombre d'événements indésirables découlant de ces médicaments. Bien que la réduction de la douleur soit un indicateur important des résultats pour les patients, ces derniers accordent aussi beaucoup de valeur à l'amélioration de leur état fonctionnel et de leur qualité de vie. L'ajout d'analgésiques d'ordonnance n'améliore pas toujours l'état fonctionnel voire le contrôle de la douleur. Il y a également un risque important d'accoutumance à long terme. Le professionnel de la santé doit absolument travailler avec le patient afin de fixer des objectifs de traitement, réévaluer régulièrement la douleur et l'état fonctionnel ainsi que réduire progressivement ou arrêter le médicament si possible ou en présence d'effets indésirables.

4 Évitez les tomodensitométries pour une lombalgie, sauf en présence de signaux d'alarme.

La lombalgie compte parmi les principales causes d'incapacité avec une prévalence à vie de 40 %. L'imagerie de routine pour une lombalgie en l'absence de symptômes de signaux d'alarme ne change pas les résultats cliniques, y compris la douleur, l'état fonctionnel, la qualité de vie et la santé mentale. Les signaux d'alarme comprennent, notamment les déficits neurologiques graves ou progressifs et les situations où l'on soupçonne la présence d'états sous-jacents graves comme l'ostéomyélite. Il n'y a pas de différence au niveau du plan de traitement global entre les groupes lorsque l'on compare l'imagerie précoce et l'imagerie tardive pour une lombalgie non spécifique. L'imagerie peut entraîner « l'étiquetage » des patients, l'exposition au rayonnement et des interventions effractives inutiles.

5 Ne prescrivez pas de benzodiazépines pour le traitement de l'agitation à la phase aiguë d'une lésion cérébrale traumatique après la stabilisation initiale.

Après la stabilisation initiale et le contrôle de la pression intracrânienne, le recours aux benzodiazépines à la phase aiguë de la lésion cérébrale traumatique doit se limiter à des indications médicales précises telles que le sevrage de l'alcool. Dans des modèles animaux de lésions cérébrales traumatiques aiguës, les benzodiazépines ont été associées au ralentissement ou à l'arrêt du rétablissement. De plus, les benzodiazépines entraînent des effets indésirables sur la cognition et peuvent causer une dépression respiratoire, une agitation paradoxale et une amnésie antérograde. Les interventions non pharmacologiques sont un élément essentiel de la prise en charge de l'agitation après une lésion cérébrale traumatique. Les bêtabloquants, tels que le propranolol, sont les agents pharmacothérapeutiques de première intention et les anticonvulsivants peuvent également être utilisés pour réduire les comportements d'agitation.

6 Ne recommandez pas le dégagement du canal carpien sans études électrodiagnostiques pour confirmer le diagnostic et la gravité de la compression des nerfs.

Le dégagement du canal carpien est un traitement très efficace du syndrome du canal carpien. Les professionnels de la santé qui envisagent de diriger leur patient en chirurgie devraient savoir qu'un bon résultat chirurgical est avant tout associé à des résultats positifs à la fois aux tests cliniques et aux études électrodiagnostiques. En effet, les études électrodiagnostiques et les tests cliniques combinés sont un meilleur prédicteur du résultat chirurgical que l'un ou l'autre pris isolément. Les examens préopératoires pour déterminer la gravité du problème de conduction nerveuse sont également plus efficaces pour prédire le temps requis pour la résolution du problème et le degré de résolution des symptômes.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation a établi la liste de ses six recommandations pour le programme Choisir avec soin dans le cadre d'une démarche sur une période d'un an. L'Association a invité des groupes d'intérêts spéciaux à lui proposer des questions pertinentes pour la campagne Choisir avec soin. À la suite d'un premier tri, l'Association a choisi 23 questions, puis a invité l'ensemble de ses 385 membres à les classer par ordre d'importance. Le comité de direction de l'Association a ensuite choisi la liste finale des six questions parmi celles mieux classées au sondage national. À son congrès annuel en mai 2016, l'Association a présenté les six questions et l'explication sommaire ainsi qu'une revue des écrits aux membres avant de procéder à l'approbation de la liste.

Sources

- 1 Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder management for adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. *J Spinal Cord Med*. 2006; 29(5): 527-573. [PMID : 17274492](#).
Hsieh J, McIntyre A, Iruthayarajah J, et al. *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence: Bladder Management Following Spinal Cord Injury*, version 5.0 [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 26].
Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 2005 Mar 1;40(5):643-54. [PMID : 15714408](#).
- 2 Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2012 Mar;23(1):5-13. [PMID : 22807649](#).
Aissaoui N, Martins E, Mouly S, et al. A meta-analysis of bed rest versus early ambulation in the management of pulmonary embolism, deep vein thrombosis, or both. *Int J Cardiol*. 2009 Sep 11;137(1):37-41. [PMID : 18691773](#).
Castelino T, Fiore JF Jr, Niculiseanu P, et al. The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. *Surgery*. 2016 Apr;159(4):991-1003. [PMID : 26804821](#).
Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, et al. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jun 16;(6):CD007612. [PMID : 20556780](#).
Stuempfle K, Drury D. The physiological consequences of bed rest. *Journal of Exercise Physiology*. 2007;10(3):32-41.
- 3 Chapman JR, Norvell DC, Hermsmeyer JT, et al. Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Oct 1;36(21 Suppl):S54-68. [PMID : 21952190](#).
Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):505-14. [PMID : 17909211](#).
Friedman BW, Dym AA, Davitt M, et al. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1572-80. [PMID : 26501533](#).
Harned M, Sloan P. Safety concerns with long-term opioid use. *Expert Opin Drug Saf*. 2016 Jul;15(7):955-62. [PMID : 27070052](#).
Houry D, Baldwin G. Announcing the CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain. *J Safety Res*. 2016 Jun;57:83-4. [PMID : 27178083](#).
- 4 Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009 Feb 7;373(9662):463-72. [PMID : 19200918](#).
Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, et al. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome--multicenter randomized trial. *Radiology*. 2004 May;231(2):343-51. [PMID : 15031430](#).
Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA, et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *JAMA*. 2015 Mar 17;313(11):1143-53. [PMID : 25781443](#).
Srinivas SV, Deyo RA, Berger ZD. Application of "less is more" to low back pain. *Arch Intern Med*. 2012 Jul 9;172(13):1016-20. [PMID : 22664775](#).
- 5 Goldstein LB. Prescribing of potentially harmful drugs to patients admitted to hospital after head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995 Jun;58(6):753-5. [PMID : 7608684](#).
Lombard LA, Zafonte RD. Agitation after traumatic brain injury: considerations and treatment options. *Am J Phys Med Rehabil*. 2005 Oct;84(10):797-812. [PMID : 16205436](#).
Rao V, Rosenberg P, Bertrand M, et al. Aggression after traumatic brain injury: prevalence and correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009 Fall;21(4):420-9. [PMID : 19996251](#).
Schallert T, Hernandez TD, Barth TM. Recovery of function after brain damage: severe and chronic disruption by diazepam. *Brain Res*. 1986 Jul 30;379(1):104-11. [PMID : 3742206](#).
Zafonte RD. Treatment of agitation in the acute care setting. *J Head Trauma Rehab*. 1997;12(2):78-81.
- 6 Basiri K, Katirji B. Practical approach to electrodiagnosis of the carpal tunnel syndrome: A review. *Adv Biomed Res*. 2015 Feb 17;4:50. [PMID : 25802819](#).
Bland JD. Do nerve conduction studies predict the outcome of carpal tunnel decompression? *Muscle Nerve*. 2001 Jul;24(7):935-40. [PMID : 11410921](#).
Fowler JR, Munsch M, Huang Y, et al. Pre-operative electrodiagnostic testing predicts time to resolution of symptoms after carpal tunnel release. *J Hand Surg Eur Vol*. 2016 Feb;41(2):137-42. [PMID : 25770901](#).
Keith MW, Masear V, Chung K, et al. Diagnosis of carpal tunnel syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*. 2009 Jun;17(6):389-96. [PMID : 19474448](#).
Ono S, Clapham PJ, Chung KC. Optimal management of carpal tunnel syndrome. *Int J Gen Med*. 2010 Aug 30;3:255-61. [PMID : 20830201](#).

À propos de l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation

L'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation (CAPM&R) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La CAPM&R est une organisation de services aux membres qui représente les physiatres du Canada et préconise la poursuite de l'excellence dans le domaine de la médecine physique et de la réadaptation. La CAPM&R a été fondée en 1952 et compte aujourd'hui plus de 380 membres.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Médecine respiratoire

Six interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne de thoracologie

Dernière mise à jour : juin 2017



1 **Ne commencez pas de traitement d'entretien à long terme par inhalateurs chez des patients cliniquement stables souffrant d'une MPOC présumée tant que l'obstruction respiratoire post-bronchodilatateur n'a pas été confirmée avec la spirométrie.**

Il faut envisager un diagnostic de MPOC chez tout patient dyspnéique qui présente une toux chronique et/ou des expectorations, en plus d'antécédents pertinents d'exposition à des substances nocives. Toutefois, tous les patients qui présentent de tels symptômes ne souffrent pas nécessairement de MPOC et une spirométrie attestant d'une proportion VEMS/CVF (volume expiratoire maximal forcé en une seconde/capacité vitale forcée) post-bronchodilatateur < 70 % (ou moins que la limite inférieure de la normale, si disponible) est nécessaire pour confirmer le diagnostic. L'initiation d'un traitement d'entretien par inhalateurs sans avoir d'abord objectivé la MPOC expose ces patients à des traitements inutiles s'ils ne sont pas réellement atteints de la maladie; en plus des effets secondaires potentiels et du coût des médicaments, cela pourrait retarder l'établissement du diagnostic actuel.

2 **Ne procédez pas au dépistage du cancer du poumon par TDM chez les patients exposés à un risque faible à l'égard de ce cancer.**

Le dépistage du cancer du poumon par TDM ne s'est pas révélé avantageux chez les patients qui ne sont pas exposés à un risque élevé, indépendamment de l'âge, des antécédents de tabagisme ou d'autres facteurs de risque. Le dépistage par TDM thoracique à faible dose a permis de réduire la mortalité par cancer du poumon dans une population bien définie de patients exposés à un risque élevé à l'égard de ce cancer selon des critères d'âge (55 à 74 ans), d'antécédents de tabagisme (au moins 30 paquets par année) et de consommation de tabac dans les 15 dernières années. Toutefois, ce dépistage comporte aussi des inconvénients, notamment des résultats faux négatifs et faux positifs, des découvertes fortuites, le surdiagnostic (tumeurs indolentes et non cliniquement significatives qui n'auraient pas été détectées au cours de la vie du patient sans l'épreuve en question) et une exposition cumulative aux radiations (cause possible de cancer). Ce dépistage entraîne aussi une anxiété et des interventions effractives inutiles, qui comportent leurs propres complications. C'est pourquoi on ne devrait pas y recourir chez les patients qui ne répondent pas à ces critères précis ni chez les patients qui présentent un problème de santé limitant substantiellement leur espérance de vie ou leur capacité/volonté de recevoir un traitement curatif.

3 **Ne demandez pas d'angiographie par TDM ou de scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion pour évaluer la présence possible d'une embolie pulmonaire chez des patients pour qui la probabilité clinique d'un tel diagnostic est faible et qui ont des résultats négatifs à un test hautement sensible des D-dimères.**

La majorité des adultes qui présentent des douleurs thoraciques et/ou de la dyspnée ne souffrent pas d'embolie pulmonaire (EP). Des preuves solides montrent que chez les patients dont la probabilité pré-test est faible selon une règle de prédiction clinique (p. ex., score de Wells), un résultat négatif à un test hautement sensible des D-dimères permet d'écarter avec certitude le diagnostic d'une EP cliniquement importante. En outre, la tomographie ou la scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion comportent des inconvénients potentiels, notamment l'exposition à des radiations ionisantes, les effets indésirables de l'agent de contraste administré par voie intraveineuse et la reconnaissance d'une EP non cliniquement significative pouvant conduire à un traitement anticoagulant inapproprié. Toutefois, les médecins doivent exercer leur jugement clinique chez les patients pour qui cet algorithme en deux étapes n'a pas été validé (p. ex., patientes enceintes).

4 Ne traitez pas la toux chez l'adulte au moyen d'antibiotiques même si elle dure depuis plus d'une semaine, à moins de soupçonner une pneumonie bactérienne (la durée moyenne d'une toux d'origine virale est de 18 jours).

Chez la majorité des adultes qui présentent depuis peu une toux consécutive à une infection aiguë des voies respiratoires, l'infection est virale et non bactérienne. Les patients sous-estiment souvent la durée typique de la toux causée par une maladie infectieuse, et lorsque la toux ne rentre pas dans l'ordre dans des délais qu'ils jugent normaux, ils peuvent demander des antibiotiques. La durée moyenne de la toux (sans antibiothérapie) est d'environ 18 jours, même si les patients s'attendent à ce qu'elle ne dure que 5 à 7 jours. La prise d'antibiotiques, immédiate ou reportée, ne change pas les résultats cliniques comparativement à l'absence d'antibiothérapie dans de telles situations. D'autre part, les effets négatifs d'une surutilisation des antibiotiques incluent le coût des médicaments, les réactions indésirables et la possibilité d'induire une résistance bactérienne aux antibiotiques. Les médecins doivent éduquer leurs patients au sujet de la durée prévisible de la toux et des conséquences d'une utilisation inappropriée des antibiotiques pour les infections aiguës des voies respiratoires.

5 Ne commencez pas de médicaments pour l'asthme (p. ex., inhalateurs, antagonistes des récepteurs des leucotriènes ou autres) chez les patients ≥ 6 ans, chez qui on n'a pas confirmé d'obstruction respiratoire réversible avec la spirométrie, ou, en l'absence d'une telle confirmation, un résultat positif au test de provocation à la méthacholine ou à l'effort, ou une variabilité suffisante de leur débit expiratoire de pointe.

Même si les lignes directrices internationales sont unanimes à recommander la réalisation de tests objectifs pour confirmer le diagnostic d'asthme, ce dernier est souvent posé sur des bases cliniques, et la prise de médicaments contre l'asthme est souvent initiée sur ces bases. Cependant, les symptômes comme la toux, les sibilances et/ou la dyspnée peuvent être causés par d'autres maladies. Il en résulte que jusqu'à un tiers des patients qui ont reçu un diagnostic d'asthme ne remplissent pas les critères objectifs d'asthme lorsqu'on les soumet à une épreuve de fonction respiratoire. Un faux diagnostic clinique d'asthme peut retarder l'établissement du vrai diagnostic, qui peut inclure de graves maladies cardiorespiratoires. En outre, les patients qui ont un faux diagnostic d'asthme et chez qui on commence des médicaments antiasthmatiques sont indûment exposés aux effets indésirables de ces médicaments et à leur coût. Il faut noter toutefois que cette recommandation pourrait ne pas s'appliquer aux patients qui ne peuvent pas subir de tests objectifs reproductibles pour l'asthme (y compris les enfants de moins de 6 ans) et dans les contextes où ce type de test n'est pas accessible.

6 N'utilisez pas d'antibiotiques pour les crises d'asthme en l'absence de signes clairs d'infection bactérienne.

Les crises d'asthme se caractérisent par une diminution du débit expiratoire et par l'essoufflement, la toux, les sibilances, les serremments à la poitrine ou une combinaison de ces symptômes. Lorsqu'une crise d'asthme est déclenchée par une infection, cette dernière est beaucoup plus susceptible d'être d'origine virale que d'origine bactérienne. Le rôle de l'infection bactérienne est souvent surestimé; les antibiotiques devraient donc être réservés aux cas relativement rares où l'on dispose de preuves solides d'une infection bactérienne, par exemple, une pneumonie ou une sinusite bactérienne. Les inconvénients potentiels de l'utilisation indue des antibiotiques incluent leur coût, leurs effets indésirables (y compris un risque d'allergie) et l'apparition d'une résistance bactérienne.

Comment la liste a été établie

La liste des six principales interventions en pneumologie pour la campagne Choisir avec soin a été préparée par la Société canadienne de thoracologie (SCT) lors d'un processus de consultation itératif avec des experts en contenu et avec les membres de la SCT. Une liste de recommandations potentielles a été dressée comme suit : 1) consultation avec le groupe de travail central de la campagne Choisir avec soin de la SCT (5 membres), tous les rédacteurs de lignes directrices et membres du comité exécutif de la SCT; 2) recensement des recommandations concernant la pneumologie dans listes des campagnes Choisir avec soin américaines et canadiennes; 3) sélection de tous les résumés POEMsMC (Patient-Oriented Evidence that Matters) de l'Association médicale canadienne entre 2012 et 2015 qui ont été jugés utiles pour « éviter les traitements, interventions diagnostiques, interventions préventives ou demandes de consultation inus et inappropriés » par $\geq 10\%$ des lecteurs (par l'outil d'évaluation Information Assessment Method [IAM]). Le groupe de travail de la campagne Choisir avec soin de la SCT (composé du groupe de travail central de la campagne Choisir avec soin de la SCT et du comité pour les lignes directrices canadiennes en pneumologie de la SCT; 19 membres) a ensuite sélectionné et classé par ordre de priorité 20 de ces recommandations sur la base de critères préétablis (processus Delphi électronique). Ces 20 recommandations ont ensuite été distribuées à l'ensemble des membres de la SCT pour sélection et priorisation des 10 principales recommandations, et sollicitation de nouvelles idées. Un second processus Delphi électronique avec le groupe de travail de la campagne Choisir avec soin de la SCT a réduit cette liste aux 10 principales recommandations finales. Le groupe de travail central de la campagne Choisir avec soin de la SCT a alors effectué une interrogation narrative de la littérature appuyant chacune de ces recommandations en s'attardant aux recommandations semblables tirées de la campagne Choisir avec soin, aux recommandations des lignes directrices, aux revues systématiques et aux études individuelles antérieures. Les résultats de cette revue ont été présentés au groupe de travail de la campagne Choisir avec soin de la SCT lors d'un 3e processus Delphi électronique au cours duquel on a demandé aux membres de sélectionner et prioriser les 5 principales recommandations. Comme les scores des 5e et 6e recommandations étaient proches, 6 recommandations ont été adoptées. Ces recommandations ont été approuvées par le comité exécutif de la SCT et seront largement distribuées à nos membres, aux autres groupes professionnels et au grand public.

Sources

- 1 Département des Anciens Combattants et ministère de la Défense des États-Unis. [VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease](#). Déc. 2014. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). [GOLD 2017 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD](#). 2017. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Qaseem A, et coll. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med*. Le 2 août 2011; 155(3):179-91. PMID : 21810710.
- 2 Bach PB, et coll. Benefits and harms of CT screening for lung cancer: a systematic review. *JAMA*. Le 13 juin 2012; 307(22):2418-29. PMID : 22610500.
Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs; et coll. Recommendations on screening for lung cancer. *JAMC*. Le 5 avril 2016; 188(6):425-32. PMID : 26952527.
Moyer VA, et coll. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 4 mars 2014; 160(5):330-8. PMID : 24378917.
National Lung Screening Trial Research Team, et coll. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. Le 4 août 2011; 365(5):395-409. PMID : 21714641.
Patz EF Jr, et coll. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. *JAMA Intern Med*. Le 1er févr. 2014; 174(2):269-74. PMID : 24322569.
- 3 Crawford F, et coll. D-dimer test for excluding the diagnosis of pulmonary embolism. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 5 août 2016; 8:CD010864. PMID : 27494075.
Fesmire FM, et coll. Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with suspected pulmonary embolism. *Ann Emerg Med*. Juin 2011; 57(6):628-52. E75. PMID : 21621092.
Torbicki A, et coll. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. Sept. 2008; 29(18):2276-2315. PMID : 18757870.
Wiener RS, et coll. Time trends in pulmonary embolism in the United States: evidence of overdiagnosis. *Arch Intern Med*. Le 9 mai 2011; 171(9):831-7. PMID : 21555660.
- 4 Ebell MH, et coll. How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. *Ann Fam Med*. Jan.-fév. 2013; 11(1):5-13. PMID : 23319500.
McNulty CA, et coll. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. *Br J Gen Pract*. Juill. 2013; 63(612):e429-36. PMID : 23834879.
Smith SM, et coll. Antibiotics for acute bronchitis. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 1er mars 2014; (3):CD000245. PMID : 24585130.
Snow V, et coll. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. *Ann Intern Med*. Le 20 mars 2001; 134(6):518-20. PMID : 11255531.
Spurling GK, et coll. Delayed antibiotics for respiratory infections. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 30 avril 2013; (4):CD004417. PMID : 23633320.
- 5 Aaron SD, et coll. Reevaluation of Diagnosis in Adults With Physician-Diagnosed Asthma. *JAMA*. Le 17 janv. 2017; 317(3):269-79. PMID : 28114551.
British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [BTS/SIGN British guideline on the management of asthma](#). Avril 2017; [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Global Initiative for Asthma. [2017 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention](#). 2017. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Lougheed MD, et coll. [Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults](#). 2012; [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
- 6 Aldington S, et coll. Asthma exacerbations. 5: assessment and management of severe asthma in adults in hospital. *Thorax*. Mai 2007; 62(5):447-58. PMID : 17468458.
Bousquet J, et coll. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. *J Allergy Clin Immunol*. Nov. 2010; 126(5):926-38. PMID : 20926125.
British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [BTS/SIGN British guideline on the management of asthma](#). Avril 2017. [En ligne]. (consulté le 5 mai 2017).
Chung KF, et coll. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J*. Fév. 2014; 43(2):343-73. PMID : 24337046.
Schatz M, et coll. Joint task force report: supplemental recommendations for the management and follow-up of asthma exacerbations. Introduction. *J Allergy Clin Immunol*. Août 2009; 124(Suppl no 2):S1-4. PMID : 19647130.

À propos de la Société canadienne de thoracologie

La Société canadienne de thoracologie (SCT) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCT est la société nationale de spécialité en pneumologie, au Canada. Elle regroupe plus de 1 000 membres représentant les spécialistes, médecins, chercheurs et professionnels de la santé d'une variété de disciplines qui travaillent dans le domaine de la santé respiratoire.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Médecine transfusionnelle

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

par

La Société canadienne de médecine transfusionnelle

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Éviter de transfuser du sang si des traitements autres que la transfusion ou si la simple observation seraient aussi efficaces.

On ne devrait pas recourir à la transfusion de sang si des alternatives sécuritaires, ne nécessitant pas de transfusion, sont disponibles. Par exemple, les patients présentant une carence en fer sans instabilité hémodynamique devraient être traités par supplémentation de fer.

2 Éviter de transfuser plus d'un culot globulaire à la fois lorsqu'il faut recourir à une transfusion chez un patient stable ne saignant pas.

Les indications pour la transfusion de culots globulaires dépendent de l'état clinique du patient et de la cause de l'anémie. Chez un patient stable, qui ne saigne pas, un seul culot globulaire suffit souvent à soulager les symptômes d'anémie ou à hausser le taux d'hémoglobine à un niveau acceptable. Les transfusions sanguines sont associées à une hausse du taux de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés très vulnérables. La décision de transfuser devrait être dictée par les symptômes et par la concentration d'hémoglobine. La transfusion d'un seul culot globulaire devrait être le traitement standard chez le patient hospitalisé qui ne présente pas de saignements. La transfusion d'unités supplémentaires ne doit être prescrite qu'après une réévaluation de l'état du patient et de son taux d'hémoglobine.

3 Éviter de transfuser du plasma pour corriger un rapport international normalisé (RIN) légèrement élevé (< 1,8) ou un temps de thromboplastine partielle activée (TTPa) légèrement prolongé avant une procédure.

Un RIN légèrement élevé ne prédit pas un risque accru de saignement. Par ailleurs, il n'y a pas d'évidence que la transfusion de plasma cause un changement significatif du RIN lorsqu'il est légèrement élevé (< 1,8).

4 Éviter de recourir systématiquement à la transfusion de plaquettes chez les patients présentant une thrombopénie secondaire à la chimiothérapie si leur décompte plaquettaire est supérieur à $10 \times 10^9/L$ en l'absence de saignements.

Un décompte plaquettaire égal ou supérieur à $10 \times 10^9/L$ assure habituellement une hémostase suffisante. Les transfusions de plaquettes sont associées à des événements défavorables et à des risques. La décision de transfuser des plaquettes doit tenir compte de la cause de la thrombopénie, des affections concomitantes, des symptômes de saignement, des facteurs de risque de saignement et de la nécessité d'une procédure invasive.

5 Éviter d'utiliser systématiquement du plasma ou des concentrés de complexe prothrombinique pour obtenir une inversion non urgente de l'anticoagulation par antagonistes de la vitamine K.

Les patients ayant besoin d'une inversion non urgente de l'anticoagulation par la warfarine peuvent souvent être traités par la vitamine K ou par l'interruption du traitement à la warfarine. Les concentrés de complexe prothrombinique ne devraient servir que chez les patients ayant de graves saignements ou chez ceux devant subir une intervention chirurgicale urgente. Dans un tel contexte, le plasma ne devrait être administré que si l'on ne dispose pas de concentrés de complexe prothrombinique ou que l'utilisation de ceux-ci est contre-indiquée.

6 Éviter le traitement par immunoglobulines pour les infections récurrentes, à moins que l'on ait démontré une production d'anticorps inadéquate en réponse aux vaccins.

La thérapie de remplacement par immunoglobulines (gammaglobulines) n'améliore pas la condition des patients, à moins qu'il y ait une production inadéquate d'anticorps IgG spécifiques en réponse aux vaccinations ou aux infections. En soi, des baisses isolées des taux d'immunoglobulines (isotypes ou sous-classes) ne constituent pas une indication pour la thérapie de remplacement par immunoglobulines. Parmi les exceptions, mentionnons certains troubles immunitaires présumés ou confirmés par analyse génétique. Le dosage des sous-classes d'IgG n'est habituellement pas utile pour déterminer la nécessité d'un traitement par immunoglobulines. Un déficit sélectif en IgA n'est pas une indication pour le traitement par immunoglobulines.

7 Éviter de demander des tests prétransfusionnels inutiles (groupe sanguin et recherche d'anticorps) pour tous les patients en chirurgie.

Les tests prétransfusionnels préopératoires sont superflus pour la grande majorité des patients en chirurgie (p. ex. appendicectomie, cholécystectomie, hystérectomie, réparation d'hernie) puisque ces patients n'ont habituellement pas besoin de transfusion. Demander des analyses prétransfusionnelles pour les patients qui n'auront probablement pas besoin de transfusion implique un prélèvement sanguin inutile chez le patient et l'exécution de tests superflus. Cela peut aussi retarder indûment l'intervention chirurgicale par l'attente des résultats. Pour vous aider à déterminer si des analyses prétransfusionnelles sont nécessaires en vue de certaines interventions chirurgicales, votre hôpital aura peut-être déjà établi une liste d'indications transfusionnelles chirurgicales (Maximum Surgical Blood Order Schedule ou MSBOS) ou des lignes directrices spécifiques pour les analyses prétransfusionnelles selon les pratiques chirurgicales courantes.

8 Éviter le recours systématique aux dons de sang autologues ou dirigés périopératoires.

L'ordonnance systématique de dons autologues ou dirigés en période périopératoire n'est pas indiquée, sauf dans certains cas (par exemple, patients présentant un groupe sanguin rare). On ne dispose d'aucune preuve médicale à l'effet que l'administration de sang autologue (la personne met en réserve son propre sang) ou de sang d'un don dirigé (le sang est donné par un proche/membre de la famille) soit plus sécuritaire que le sang allogénique. En fait, on craint même que les dons dirigés soient plus risqués (taux plus élevés de résultats positifs aux tests de dépistage des maladies infectieuses). La transfusion autologue comporte des risques de contamination bactérienne et d'erreurs administratives (transfusion de la mauvaise unité de sang ou au mauvais patient). En outre, les dons de sang autologues préchirurgicaux peuvent contribuer à l'anémie périopératoire et augmenter ainsi les besoins transfusionnels.

9 Éviter d'administrer du sang O négatif sauf aux patients O négatif et, en cas d'urgence, aux femmes aptes à procréer dont on ignore le groupe sanguin.

Les hommes et les femmes qui ne sont plus aptes à procréer peuvent recevoir des culots globulaires du groupe sanguin O positif. Les réserves de culots globulaires O négatif sont toujours insuffisantes, entre autres en raison de leur surutilisation pour des patients qui ne sont pas O négatif. Pour s'assurer de disposer de culots globulaires O négatif pour les patients qui en ont réellement besoin, leur utilisation devrait se limiter : (1) aux patients O négatif; (2) aux patientes aptes à procréer dont on ignore le groupe sanguin et qui ont besoin d'une transfusion urgente. Dans toute situation d'urgence, il faut administrer les culots globulaires de groupes sanguins spécifiques aux groupes sanguins des receveurs le plus rapidement possible.

10 Éviter d'administrer du plasma de groupe AB à des patients qui ne sont pas de groupe AB, à moins de situations d'urgence où on ignore quel est le groupe sanguin ABO du receveur.

La demande de plasma AB a augmenté. Les personnes AB ne constituent que 3 % des donneurs de sang au Canada. Ces donneurs qui sont de groupe AB sont des donneurs universels de plasma; il s'agit donc du groupe le plus en demande pour les transfusions de plasma. Il faut obtenir le plasma spécifique au groupe sanguin du patient le plus rapidement possible dans les situations d'urgence afin de préserver les réserves de plasma AB pour les patients dont on ignore le groupe sanguin.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, la Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) a établi une liste de recommandations en demandant à ses membres de lui fournir des suggestions, des motifs et des références. Après avoir reçu toutes les suggestions et après la date limite de présentation des suggestions, les membres du Comité de la SCMT ont voté pour la liste cumulative et attribué une cote aux éléments de la liste en fonction de ce que la Société considère le plus important. Au cours d'une conférence téléphonique, les membres du Comité ont discuté de l'issue du vote et travaillé ensemble à revoir la formulation des recommandations et l'ordre de la liste et à trouver des références supplémentaires au besoin.

Sources

- 1 Carson JL, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB*. Ann Intern Med. Le 3 juillet 2012;157(1):49-58. PMID : 22751760. Retter A, et coll. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol. Février 2013;160(4):445-64. PMID : 23278459. Szczepiorkowski ZM, et coll. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-44. PMID : 24319244.
- 2 Bracey AW, et coll. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. Transfusion (Paris). Octobre 1999;39(10):1070-7. PMID : 10532600. Carson JL, et coll. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2012;4:Cd002042. PMID : 22513904. Carson JL, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB*. Ann Intern Med. Le 3 juillet 2012;157(1):49-58. PMID : 22751760. Hebert PC, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med. Le 11 février 1999;340(6):409-17. PMID : 9971864. Marik PE, et coll. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. Crit Care Med. Septembre 2008;36(9):2667-74. PMID : 18679112. Retter A, et coll. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol. Février 2013;160(4):445-64. PMID : 23278459. Szczepiorkowski ZM, et coll. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-44. PMID : 24319244. Villanueva C, et coll. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. Le 3 janvier 2013;368(1):11-21. PMID : 23281973.
- 3 Abdel-Wahab OI, et coll. Effect of fresh-frozen plasma transfusion on prothrombin time and bleeding in patients with mild coagulation abnormalities. Transfusion (Paris). Août 2006;46(8):1279-85. PMID : 16934060. Estcourt L, et coll. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:Cd004269. PMID : 22592695. Szczepiorkowski ZM, et coll. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-44. PMID : 24319244.
- 4 Estcourt L, et coll. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:Cd004269. PMID : 22592695. British Committee for Standards in Haematology, Blood Transfusion Task Force. Guidelines for the use of platelet transfusions. Br J Haematol. Juillet 2003;122(1):10-23. PMID : 12823341. Slichter SJ, et coll. Dose of prophylactic platelet transfusions and prevention of hemorrhage. N Engl J Med. Le 18 février 2010;362(7):600-613. PMID : 20164484. Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-44. PMID : 24319244.
- 5 Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CNN). Groupe de travail du CNN sur les CCP. Recommandations concernant l'utilisation des concentrés de complexe prothrombique au Canada [En ligne] 2014 mai [consulté le 5 mai 2017]. Holbrook A, et coll. Evidence-Based Management of Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9e éd. : American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012; 141(2_suppl):e152S-e184S. PMID : 22315259. Keeling D, et coll. For the British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin, 4e éd. Br J Haematol. 2011; 154:311-24. PMID : 21671894. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sign 129: Antithrombotics: Indications and Management [Internet]. 2013 juin [consulté le 5 mai 2017].
- 6 Rich R, et coll. Clinical Immunology: Principles and Practice, 3e édition. Elsevier; 2008 Bonilla FA, et coll. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. Ann Allergy Asthma Immunol. Mai 2005;94(5 Suppl 1):S1-63. PMID : 15945566. Orange JS, et coll. Use of intravenous immunoglobulin in human disease: a review of evidence by members of the Primary Immunodeficiency Committee of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. J Allergy Clin Immunol. Avril 2006;117(4 Suppl):S525-53. PMID : 16580469. Stiehm ER, et coll. Therapeutic use of immunoglobulins. Adv Pediatr. 2010;57(1):185-218. PMID : 21056739.
- 7 Guidelines for implementation of a maximum surgical blood order schedule. The British Committee for Standards in Haematology Blood Transfusion Task Force. Clin Lab Haematol. 1990;12(3):321-7. PMID : 2272160. Government of Newfoundland and Labrador. Guidelines for Maximum Surgical Blood Ordering Schedule, version 1.0 [En ligne]. 28 décembre 2012 [consulté le 5 mai 2017]. Ontario Regional Blood Coordinating Network (ORBCoN). Maximum Surgical Blood Order Schedule (MSBOS): Development Tool, version 1 [En ligne]. 2014 décembre 5 [consulté le 5 mai 2017]. University of Michigan. Providing Blood Components for Perioperative Patients [En ligne]. 4 janvier 2010 [consulté le 5 mai 2017]
- 8 Engelbrecht S, et coll. Clinical transfusion practice update: haemovigilance, complications, patient blood management and national standards. Med J Aust. 16 septembre 2013;199(6):397-401. PMID : 24033212. King K, et coll. Blood Transfusion Therapy: A Physician's Handbook, 10e édition, Bethesda (MD), AABB, 2011. Clarke G. Preoperative Autologous Donation [Internet]. 2016 juin 2 [consulté le 5 mai 2017]. Wales PW, et coll. Directed blood donation in pediatric general surgery: Is it worth it? J Pediatr Surg. Mai 2001;36(5):722-5. PMID : 11329574.
- 9 British Committee for Standards in Haematology, et coll. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol. Décembre 2006;135(5):634-41. PMID : 17107347. The Chief Medical Officer's National Blood Transfusion Committee (UK). The appropriate use of group O RhD negative red cells. Manchester (UK): National Health Service; 2008. United Blood Services. A New Standard of Transfusion Care: Appropriate use of O-negative red blood cells [En ligne]. [Consulté le 5 mai 2017].
- 10 Société canadienne du sang. Le plasma : ce qu'il faut savoir sur le don de plasma [Internet]. 2015 [consulté le 5 mai 2017]. Société canadienne du sang. Nous avons besoin de votre groupe! 2015 [consulté le 5 mai 2017]. Petraszko T. Transfusion Related Acute Lung Injury (TRALI) [Internet]. [Consulté le 5 mai 2015]. Yazer M, et coll. How we manage AB plasma inventory in the blood center and transfusion service. Transfusion. Août 2013;53(8):1627-33. PMID : 23614505.

À propos de La Société canadienne de médecine transfusionnelle

La Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCMT est une société multidisciplinaire qui promeut et soutient les pratiques exemplaires en médecine transfusionnelle au Canada par le biais de l'éducation, de la communication et des partenariats.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Microbiologie médicale et infectiologie pédiatriques

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

par

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

Dernière mise à jour : janvier 2018



1 Ne prescrivez pas systématiquement des antibiotiques autres que l'amoxicilline pour traiter les enfants chez qui l'on soupçonne une pneumonie extrahospitalière (soins ambulatoires).

Les enfants d'âge préscolaire atteints d'une pneumonie extrahospitalière (PE) n'ont souvent pas besoin d'antibiotiques, étant donné que la plupart des cas sont d'origine virale. Si l'on soupçonne une PE d'origine bactérienne, il faut prescrire de l'amoxicilline aux patients en soins ambulatoires, et de l'ampicilline ou de la pénicilline G aux patients hospitalisés. Ces médicaments ont un spectre suffisant pour lutter efficacement contre les pathogènes bactériens couramment à l'origine des PE sans qu'il soit inutilement large. Les céphalosporines de troisième génération ne devraient être prescrites qu'aux enfants non immunisés ou atteints d'une grave infection, ou lorsqu'on observe un taux de résistance à la pénicilline élevé parmi des isolats de pneumocoques invasives. D'autres médicaments peuvent être indiqués dans les cas où l'on soupçonne une pneumonie staphylococcique, des pathogènes atypiques ou l'influenza.

2 N'utilisez pas de poche collectrice pour recueillir des cultures d'urine afin de diagnostiquer une infection urinaire.

Les cultures bactériennes faites à partir d'échantillons provenant d'une poche collectrice d'urine sont plus susceptibles de donner un faux positif chez les jeunes enfants chez qui l'on soupçonne une infection urinaire, en raison d'une contamination par la flore périnéale. Il ne faut donc pas utiliser de cultures d'urine provenant d'une poche collectrice pour poser un diagnostic d'infection urinaire, car cela pourrait entraîner un surtraitement. Bien qu'une culture négative provenant d'une poche collectrice permette d'exclure un diagnostic d'infection urinaire, une culture positive doit être confirmée par une autre méthode plus spécifique, ce qui entraîne d'importants délais. Les échantillons d'urine obtenus par cathétérisme ou par aspiration sus-pubienne améliorent la spécificité des cultures. Ce sont donc les techniques à privilégier pour recueillir l'urine des enfants qui ne sont pas encore entraînés à la toilette. Chez les enfants qui le sont, la technique standard consiste à effectuer des prélèvements stériles. Cette méthode non effractive est parfois utilisée auprès des nourrissons, mais est toutefois associée à un taux de contamination relativement élevé.

3 Ne procédez pas d'emblée à un prélèvement ou à une analyse pour dépister le Clostridium difficile chez les nourrissons de moins d'un an atteints de diarrhée.

Les nourrissons sont souvent des porteurs asymptomatiques de *C. difficile* (entre 14 et 63 %), mais il est rare que la maladie clinique soit signalée avant l'âge de 12 à 24 mois. Les nourrissons ne disposeraient pas des mécanismes cellulaires nécessaires pour internaliser les toxines de *C. difficile*. Lors de l'examen d'un nourrisson atteint de diarrhée, il faut envisager d'autres diagnostics, et ce, même si un résultat positif est obtenu au test de dépistage du *C. difficile*. On devrait faire passer ce test seulement aux nourrissons immunodéprimés ou atteints d'un trouble intestinal sous-jacent (p. ex. maladie de Hirschsprung, maladie intestinale inflammatoire) après l'élimination des autres étiologies. Il est donc prudent d'éviter de procéder systématiquement au dépistage chez les nourrissons de moins de 12 mois et, chez les enfants entre un et trois ans, de commencer par envisager d'autres causes possibles de la diarrhée, en particulier de nature virale.

4 Ne traitez pas systématiquement l'ostéomyélite hémotogène aiguë sans complication au moyen d'un traitement intraveineux prolongé.

Dans le cadre de grandes études de cohorte rétrospectives menées auprès d'enfants atteints d'une ostéomyélite hémotogène aiguë sans complication, aucune différence n'a été observée entre le taux d'échec associé à un traitement intraveineux prolongé et celui associé à un traitement intraveineux suivi d'une transition rapide vers un traitement oral. Les définitions de traitement « prolongé » étaient variées, passant de sept jours ou plus dans le cas d'une cohorte à la durée complète du traitement chez une autre (soit entre trois et six semaines). Notons que le taux de complications associées aux cathéters centraux insérés par voie périphérique signalé dans les groupes de traitement prolongé était de 3 à 15 %. Un traitement intraveineux prolongé devrait être envisagé en présence de complications (ostéolyse importante; pathogène rare ou résistant; patient immunodéficient; sepsie ou choc infectieux; thrombose veineuse; foyer métastatique ou formation d'un abcès important). En ce qui concerne la transition vers un traitement oral, il faut obtenir une bonne réaction clinique et tenir compte des conditions suivantes : absence de fièvre depuis 48 à 72 heures; normalisation des marqueurs d'inflammation ou diminution de 50 % de la protéine C réactive; absence de complications et de foyers métastatiques; et culture sanguine négative si la culture initiale était positive.

Comment la liste a été établie

Cette liste de recommandations en matière de microbiologie médicale et d'infectiologie a été élaborée par un groupe de travail représentant le comité de pédiatrie de l'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada), en collaboration avec les responsables de Choisir avec soin au sein de l'AMMI Canada. Le groupe de travail a communiqué par voie électronique avec tous les membres de l'AMMI Canada pour leur demander des suggestions et des recommandations potentielles. Les 10 premières recommandations ont été choisies par les membres du groupe de travail lors de diverses téléconférences. Celles-ci ont ensuite été transmises à tous les membres de l'AMMI Canada afin de recueillir leurs commentaires, qui ont ensuite été intégrés par le groupe de travail. Durant une réunion de consensus en personne (qui s'est déroulée le samedi 6 mai 2017 à Toronto, dans le cadre de l'assemblée annuelle de l'AMMI Canada et de l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses), tous les participants ont été invités à discuter et à se prononcer sur les cinq meilleures recommandations. Les cinq recommandations sélectionnées ont finalement été transmises à l'ensemble des membres pour une dernière ronde de rétroaction et de modifications. La liste a ensuite été soumise à Choisir avec soin en décembre 2017. Une fois révisée par tous les organismes participants, une liste comprenant quatre recommandations a été publiée en février 2018.

Sources

- 1** Bradley, J. S. et coll. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Octobre 2011; vol. 53, n° 7 : p. e25-76. PMID : 21880587. [PMID : 21880587](#).
Le Saux, N. et coll. Uncomplicated pneumonia in healthy Canadian children and youth: Practice points for management. *Paediatr Child Health*. Novembre-décembre 2015; vol. 20, n° 8 : p. 441-450. [PMID : 26744558](#).
Jain, S. et coll. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. *N Engl J Med*. 26 février 2015; vol. 372, n° 9 : p. 835-845. [PMID : 25714161](#).
- 2** Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management et coll. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics*. Août 2011; p. 595-610. [PMID : 21873693](#).
Robinson, J. L. et coll. Urinary tract infections in infants and children: Diagnosis and management. *Paediatrics & Child Health*. 2014; vol. 19, n° 6 : p. 315-319. [PMCID : PMC4173959](#).
Labrosse, M. et coll. Evaluation of a New Strategy for Clean-Catch Urine in Infants. *Pediatrics*. Août 2016; p. e20160573. [PMID : 27542848](#).
Tosif, S. et coll. Contamination rates of different urine collection methods for the diagnosis of urinary tract infections in young children: An observational cohort study. *J Paediatr Child Health*. Août 2012; vol. 48, n° 8 : p. 659-664. [PMID : 22537082](#).
- 3** Schutze, G. et coll. Clostridium difficile infection in infants and children. *Pediatrics*. Janvier 2013; vol. 131, n° 1 : p. 196-200. [PMID : 23277317](#).
Allen, U. et coll. Clostridium difficile in paediatric populations. *Paediatr Child Health*. Janvier 2014; vol. 19, n° 1 : p. 43-54. [PMID : 24627655](#).
- 4** Peltola, H. et coll. Simplified treatment of acute staphylococcal osteomyelitis of childhood. The Finnish Study Group. *Pediatrics*. Juin 1997; vol. 99, n° 6 : p. 846-850. [PMID : 9190554](#).
Le Saux, N. et coll. Shorter courses of parenteral antibiotic therapy do not appear to influence response rates for children with acute hematogenous osteomyelitis: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*. 2002; vol. 2 : p. 16. [PMCID : PMC128824](#).
Ruebner, R. et coll. Complications of central venous catheters used for the treatment of acute hematogenous osteomyelitis. *Pediatrics*. Avril 2006; vol. 117, n° 4 : p. 1210-1215. [PMID : 16585317](#).
Zaoutis, T. et coll. Prolonged intravenous therapy versus early transition to oral antimicrobial therapy for acute osteomyelitis in children. *Pediatrics*. Février 2009; vol. 123, n° 2 : p. 636-642. [PMID : 19171632](#).
Keren, R. et coll. Comparative effectiveness of intravenous vs oral antibiotics for postdischarge treatment of acute osteomyelitis in children. *JAMA Pediatr*. Février 2015; vol. 169, n° 2 : p. 120-128. [PMID : 25506733](#).
Saavedra-Lozano, J. et coll. Bone and Joint Infections. *Pediatr Infect Dis J*. Août 2017; vol. 36, n° 8 : p. 788-799. [PMID : 28708801](#).
Krogstad, P. [Hematogenous osteomyelitis in children: Management](#). UpToDate. m-à-j le 20 septembre 2017.

À propos de L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'AMMI Canada est l'association nationale qui représente les médecins, les microbiologistes cliniques et les chercheurs spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses. Grâce à la promotion du diagnostic, la prévention et le traitement des maladies infectieuses humaines et au moyen de la recherche, la formation, la pratique clinique et la sensibilisation, l'AMMI Canada s'emploie à protéger et à informer le public et également à améliorer les perspectives de carrières de ses membres par le développement professionnel et les initiatives de sensibilisation.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Microbiologie médicale

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

par

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Ne demandez pas de cultures urinaires chez des adultes qui ne présentent ni symptôme urinaire ni fièvre, à moins qu'il s'agisse d'une femme enceinte ou d'un patient devant subir une intervention génito-urinaire susceptible de s'accompagner de saignements des muqueuses.

La culture d'urine est l'analyse microbiologique la plus souvent demandée et la majorité des spécimens sont prélevés chez des patients qui ne présentent aucun symptôme. La culture d'urine devrait être demandée uniquement si le patient présente des symptômes urinaires, par exemple dysurie aigüe, miction impérieuse, pollakiurie, douleur supubienne ou douleur au côté et fièvre sans autre étiologie évidente. En l'absence de tels symptômes spécifiques, les cultures positives indiquent une bactériurie asymptomatique et mènent à une antibiothérapie inutile, voire nocive. Des urines brouillées ou malodorantes ne sont pas caractéristiques d'une infection urinaire et ne devraient pas justifier une culture à moins de symptômes aigus des voies urinaires. Le délire ne constitue pas un symptôme de cystite chez les patients non cathétérisés. Chez les patients cathétérisés qui présentent de la fièvre ou du délire, une culture d'urine positive pourrait aussi indiquer une bactériurie asymptomatique, à moins que l'on ait écarté d'autres étiologies. Les laboratoires devraient envisager des stratégies éducatives additionnelles pour réduire le nombre de cultures d'urine chez les patients asymptomatiques, en faisant appel à des outils analytiques permettant de réduire le traitement de spécimens peu pertinents.

2 Ne procédez pas d'emblée à un prélèvement ou à une analyse pour recherche de *Clostridium difficile* dans les selles lorsqu'elles ne sont pas liquides (c.-à-d., lorsqu'elles ne prennent pas la forme du contenant prévu pour le spécimen) ou lorsque le patient a déjà obtenu les résultats d'un test d'amplification des acides nucléiques au cours des 7 derniers jours.

Seuls les spécimens de selles liquides devraient être recueillis ou analysés pour dépistage de *C. difficile*, puisqu'un test positif en l'absence de diarrhée représente probablement une colonisation par *C. difficile*. La valeur ajoutée diagnostique d'une reprise du test d'amplification des acides nucléiques de *C. difficile* dans les 7 jours suivant un test négatif est minime. La reprise du test de dépistage des toxines de *C. difficile* par essai immuno-enzymatique dans les 7 jours suivant un test négatif ajoute également peu au diagnostic, mais pourrait être nécessaire dans certains cas. Un test de contrôle bactériologique chez les patients qui ont récemment souffert d'une infection à *C. difficile* n'est pas non plus recommandé. Des analyses antérieures ont montré que l'utilisation des systèmes d'information hospitaliers pour restreindre les demandes de reprise de tests pour ces raisons a donné lieu à une réduction de 91 % des reprises de test.

3 Ne demandez pas de frottis pour culture des ulcères superficiels puisqu'ils sont plus sujets aux résultats faussement positifs et faussement négatifs en ce qui a trait à la cause de l'infection.

Toutes les plaies sont colonisées par des microorganismes. Des cultures ne devraient pas être effectuées sur des plaies qui ne sont pas cliniquement infectées (c.-à-d., en l'absence de signes classiques d'inflammation, de purulence ou de douleur accrue). En ce qui concerne les plaies cliniquement infectées, les meilleurs spécimens pour culture sont prélevés en profondeur et obtenus par biopsie ou curetage après un nettoyage/débridement de la plaie. Les laboratoires devraient envisager l'application de critères pour rejeter de tels échantillons sans procéder aux cultures. Pour les écouvillons superficiels qui sont analysés/mis en culture, l'interprétation des résultats devrait être mise en corrélation avec la coloration de Gram.

4 Ne demandez pas d'emblée un test d'amplification des acides nucléiques sur le liquide céphalorachidien (p. ex., virus de l'herpès simplex, virus varicelle-zona, entérovirus) chez les patients qui ne présentent pas un syndrome clinique compatible.

Même si le test d'amplification des acides nucléiques est la modalité de choix pour déterminer l'étiologie virale de la méningite/encéphalite, il ne devrait pas être demandé d'emblée sur tous les spécimens de liquide céphalorachidien. L'utilisation de routine de ce test chez des patients qui ne présentent pas de syndromes cliniques compatibles peut mener à un traitement antiviral empirique inutile, à des soins additionnels et à une hospitalisation prolongée pendant l'attente des résultats. De plus, une telle analyse effectuée de routine peut réduire la quantité de liquide céphalorachidien disponible pour d'autres analyses diagnostiques. Dans les cas où le test d'amplification des acides nucléiques était nécessaire chez l'adulte, les laboratoires devraient se doter de politiques décisionnelles pour procéder au test lorsque la numération cellulaire et les protéines du liquide céphalorachidien sont normales.

5**Ne demandez pas d'emblée de spécimens sur écouvillon lors d'interventions chirurgicales si des échantillons liquidiens et(ou) tissulaires sont prélevés.**

Il est généralement possible d'obtenir des spécimens liquidiens et tissulaires dans l'environnement contrôlé du bloc opératoire et ces spécimens sont de meilleure qualité que les écouvillons. Les cultures de spécimens obtenus sur écouvillon superficiel sont associées à davantage de résultats faussement négatifs car ils sont de moindre qualité pour l'isolement de bactéries anaérobies, de mycobactéries ou de champignons et leur volume est insuffisant pour l'ensemble des tests diagnostiques nécessaires. Afin d'encourager le prélèvement d'échantillons liquidiens et(ou) tissulaires, il faudrait envisager d'interdire les spécimens prélevés sur écouvillons au bloc opératoire en l'absence de demande spécifique.

Comment la liste a été établie

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI Canada) a dressé la liste de cinq principales interventions à remettre en question en microbiologie médicale pour la campagne Choisir avec soin, après une vaste consultation menée auprès de ses membres. En effet, à la suite d'un sondage électronique auprès de ses membres afin qu'ils identifient les pratiques peu pertinentes en microbiologie, AMMI Canada a mis sur pied un groupe de travail chargé de rédiger l'ébauche d'une liste de recommandations qui ont fait l'objet de discussions et qui ont été classées par ordre d'importance à l'occasion d'un forum ouvert, à l'aide de la méthode Delphi modifiée. La liste des cinq principales interventions a été révisée à la lumière des commentaires formulés par les membres de l'AMMI lors d'un forum en ligne. Le Conseil et le comité pour les lignes directrices d'AMMI Canada ont appuyé la liste finale qui a été diffusée en ligne.

Sources

- Hartley S, Valley S, Kuhn L et coll. Inappropriate testing for urinary tract infection in hospitalized patients: an opportunity for improvement. [En ligne] Infect Control Hosp Epidemiol. Novembre 2013; vol. 34, no 11 : p. 1204-1207. [PMID : 24113606](#).

Leis JA, Rebick GW, Daneman N et coll. Reducing antimicrobial therapy for asymptomatic bacteriuria among noncatheterized inpatients: a proof-of-concept study. [En ligne] Clin Infect Dis. Avril 2014; vol. 58, no 7 : p. 980-983. [PMID : 24577290](#).

McKenzie R, Stewart MT, Bellantoni MF et coll. Bacteriuria in individuals who become delirious. [En ligne] Am J Med. Avril 2014; vol. 127, no 4 : p. 255-257. [PMID : 24439075](#).

Nicolle LE, Bradley S, Colgan R et coll. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. [En ligne] Clin Infect Dis. 1er mars 2005; vol. 40, no 5 : p. 643-654. [PMID : 15714408](#).
- Aichinger E, Schleck CD, Harmsen WS et coll. Nonutility of repeat laboratory testing for detection of Clostridium difficile by use of PCR or enzyme immunoassay. [En ligne] J Clin Microbiol. Nov. 2008; vol. 46, no 11 : p. 3795-3797. [PMID : 18784320](#).

Luo RF, Banaei N. Is repeat PCR needed for diagnosis of Clostridium difficile infection? [En ligne] J Clin Microbiol. Octobre 2010; vol. 48, no 10 : p. 3738-3741. [PMID : 20686078](#).

Luo RF, Spradley S, Banaei N. Alerting physicians during electronic order entry effectively reduces unnecessary repeat PCR testing for Clostridium difficile. [En ligne] J Clin Microbiol. Nov. 2013; vol. 51, no 11 : p. 3872-3874. [PMID : 23985918](#).
- Chakraborti C, Le C, Yanofsky A. Sensitivity of superficial cultures in lower extremity wounds. [En ligne] J Hosp Med. Septembre 2010; vol. 5, no 7 : p. 415-420. [PMID : 20845440](#).

Gardner SE, Haleem A, Jao YL et coll. Cultures of diabetic foot ulcers without clinical signs of infection do not predict outcomes. [En ligne] Diabetes Care. Octobre 2014; vol. 37, no 10 : p. 2693-2701. [PMID : 25011945](#).

Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB et coll. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. [En ligne] Clin Infect Dis. Juin 2012; vol. 54, no 12 : p. e132-173. [PMID : 22619242](#).

Matkoski C, Sharp SE, Kiska DL. Evaluation of the Q score and Q234 systems for cost-effective and clinically relevant interpretation of wound cultures. [En ligne] J Clin Microbiol. Mai 2006; vol. 44, no 5 : p. 1869-1872. [PMID : 16672426](#).
- Hanson KE, Alexander BD, Woods C et coll. Validation of laboratory screening criteria for herpes simplex virus testing of cerebrospinal fluid. [En ligne] J Clin Microbiol. Mars 2007; vol. 45, no 3 : p. 721-724. [PMID : 17202281](#).

López Roa P, Alonso R, de Egea V et coll. PCR for detection of herpes simplex virus in cerebrospinal fluid: alternative acceptance criteria for diagnostic workup. [En ligne] J Clin Microbiol. Sept. 2013; vol. 51, no 9 : p. 2880-2883. [PMID : 23804382](#).

Saraya AW, Wacharapluesadee S, Petcharat S et coll. Normocellular CSF in herpes simplex encephalitis. [En ligne] BMC Res Notes. Février 2016; vol. 15, no 9 : p. 95. [PMID : 26879928](#).
- Baron EJ, Miller JM, Weinstein MP et coll. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2013 recommendations by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). [En ligne] Clin Infect Dis. Août 2013; vol. 57, no 4 : p. e22-e121. [PMID : 23845951](#).

Koneman EW. Koneman's Color Atlas and Textbook of Diagnostic Microbiology. Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

À propos de L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada

L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'AMMI Canada est l'association nationale qui représente les médecins, les microbiologistes cliniques et les chercheurs spécialisés dans les domaines de la microbiologie médicale et des maladies infectieuses. Grâce à la promotion du diagnostic, la prévention et le traitement des maladies infectieuses humaines et au moyen de la recherche, la formation, la pratique clinique et la sensibilisation, l'AMMI Canada s'emploie à protéger et à informer le public et également à améliorer les perspectives de carrières de ses membres par le développement professionnel et les initiatives de sensibilisation.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Néphrologie

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

par

La Société canadienne de néphrologie

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Il ne faudrait pas amorcer l'administration d'un agent stimulant l'érythropoïèse (ASE) chez les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique (IRC) ayant un taux d'hémoglobine égal ou supérieur à 100 g/L qui ne présentent pas de symptômes d'anémie.

Il n'a pas été démontré que l'administration d'un ASE dans le but de normaliser les taux d'hémoglobine chez les patients atteints d'IRC a des effets bénéfiques, autant pour ce qui est de la survie que de la maladie cardiovasculaire. L'utilisation de cet agent risque même d'être nuisible par rapport à un traitement permettant de retarder l'administration d'un ASE ou d'atteindre des cibles relativement modérées (90–110 g/L).

2 Il ne faudrait pas prescrire d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) aux personnes souffrant d'hypertension, d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance rénale chronique, peu importe la cause, y compris le diabète.

L'administration d'AINS, y compris d'inhibiteurs de la cyclo-oxygénase de type 2 (COX-2) pour le traitement pharmacologique de la douleur musculosquelettique peut provoquer une hausse de tension artérielle, réduire l'efficacité des antihypertenseurs, causer une rétention hydrique et aggraver la maladie rénale chez ces personnes. Il existe d'autres médicaments sur ordonnance pouvant être plus sûrs et aussi efficaces que les AINS.

3 Il ne faudrait pas prescrire d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) en association avec des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) pour traiter l'hypertension artérielle, une néphropathie diabétique ou l'insuffisance cardiaque.

Administrés en association, les inhibiteurs de l'ECA et les ARA II sont liés à un risque accru d'hypotension symptomatique, d'insuffisance rénale aiguë, d'hyperkaliémie; ils risquent en plus d'accroître le taux de mortalité.

4 Il ne faudrait pas amorcer d'hémodialyse chronique sans s'être assuré que le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie ont tous pris part au processus décisionnel.

La décision d'amorcer une hémodialyse chronique devrait être un processus auquel participent le patient, les membres de sa famille et les membres de l'équipe de soins en néphrologie. Ce processus doit permettre au patient d'établir ses objectifs personnels et ses préférences et d'être informé du pronostic, des bienfaits escomptés et des effets néfastes de l'hémodialyse. Selon le peu de données observationnelles dont nous disposons, la survie pourrait ne pas varier de façon significative chez les patients âgés ayant un taux élevé de co-morbidités qui amorcent une hémodialyse chronique et ceux qui suivent un traitement conservateur.

5 Il ne faudrait pas amorcer d'hémodialyse chez les patients externes atteint d'IRC de stade 5 en l'absence d'indications cliniques.

L'amorce d'une hémodialyse chronique avant l'apparition des symptômes d'urémie ou autres indications cliniques est associée à un lourd fardeau et à des désagréments, sans compter que le patient ne bénéficie d'aucun bienfait sur le plan clinique. Dans ses récentes lignes directrices, la Société canadienne de néphrologie recommande au néphrologue de suivre de près le patient dont le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est inférieur à 5 ml/min et de retarder le début de l'hémodialyse jusqu'à ce que les symptômes d'urémie, d'une surcharge volumique, d'une hyperkaliémie ou d'une acidose deviennent problématiques ou que le DFGe devienne inférieur à 6 ml/min.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, la Société canadienne de néphrologie (SCN) a formulé des recommandations avec l'aide du Groupe de travail sur la campagne Choisir avec soin relevant du Comité responsable des lignes directrices de pratique clinique. Le Groupe de travail a mené un sondage pour demander aux membres de la Société de voter pour 5 tests, 5 examens et 5 traitements qui, à leur avis, sont surutilisés, mal utilisés ou encore risquent d'avoir des effets nuisibles. Le sondage a été mené auprès de 400 membres et le taux de réponse s'est élevé à 22 %. Les réponses ont été groupées par thèmes et fréquence d'occurrence. Trois membres du groupe de travail ont chacun révisé cette liste et proposé 10 recommandations principales découlant des réponses au sondage. Les 3 listes ont été révisées par le Groupe de travail, puis une liste provisoire des 10 principales recommandations a été dressée selon les critères suivants : solidité des preuves; risques d'effets nocifs; rentabilité; fréquence dans la pratique clinique et pertinence en néphrologie. La liste provisoire des 10 principales recommandations a été soumise à l'assemblée générale annuelle de la SCN; la Société a demandé à ses membres de signifier leur accord sur chacune des recommandations. En plus de s'occuper du vote des membres de la SCN, le Groupe de travail a examiné la solidité des preuves et le potentiel de chaque recommandation pour un impact clinique significatif, et s'est entendu sur une liste de 5 examens et traitements. Les 1re, 2e et 4e recommandations ont été adaptées avec la permission de l'American Society of Nephrology, à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question © publiée en 2012.

Sources

- 1 Drueke TB, et coll. Normalization of hemoglobin level in patients with chronic kidney disease and anemia. *N Engl J Med*, le 16 novembre 2006; 355(20):2071-84. [PMID : 17108342](#).
Moist LM, et coll. Canadian Society of Nephrology commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD. *Am J Kidney Dis*, novembre 2013; 62(5):860-73. [PMID : 24054466](#).
Pfeffer MA, et coll. A trial of darbepoetin alfa in type 2 diabetes and chronic kidney disease. *N Engl J Med*, le 19 novembre 2009; 361(21):2019-32. [PMID : 19880844](#).
Singh AK, et coll. Correction of anemia with epoetin alfa in chronic kidney disease. *N Engl J Med*, le 16 novembre 2006;355(20):2085-98. [PMID : 17108343](#).
- 2 Gooch K, et coll. NSAID use and progression of chronic kidney disease. *Am J Med*, mars 2007; 120(3):280.e281-7. [PMID : 17349452](#).
National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*, 2002; 39(2 Suppl 1):S1-266. [PMID : 11904577](#).
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (sponsored by NHS Quality Improvement Scotland). [Management of chronic heart failure: A national clinical guideline](#) [Internet]. Édimbourg (Royaume-Uni) : Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); février 2007 [cité en mai 2017].
US Department of Health and Human Services. National Heart, Lung, and Blood Institute. [The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure](#) [Internet]. Août 2004 [cité en septembre 2017].
- 3 Fried LF, et coll. Combined angiotensin inhibition for the treatment of diabetic nephropathy. *N Engl J Med*, le 14 novembre 2013; 369(20):1892-1903. [PMID : 24206457](#).
Heran BS, et coll. Angiotensin receptor blockers for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 4:Cd003040. [PMID : 22513909](#).
Mann JF, et coll. Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*, le 16 août 2008; 372(9638):547-53. [PMID : 18707986](#).
Phillips CO, et coll. Adverse effects of combination angiotensin II receptor blockers plus angiotensin-converting enzyme inhibitors for left ventricular dysfunction: a quantitative review of data from randomized clinical trials. *Arch Intern Med*, le 8 octobre 2007; 167(18):1930-6. [PMID : 17923591](#).
Yusuf S, et coll. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med*, le 10 avril 2008; 358(15):1547-59. [PMID : 18378520](#).
- 4 Chandna SM, et coll. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant*, mai 2011; 26(5):1608-14. [PMID : 21098012](#).
Jassal SV, et coll. Changes in survival among elderly patients initiating dialysis from 1990 to 1999. *CMAJ*, le 23 octobre 2007; 177(9):1033-8. [PMID : 17954892](#).
Kurella M, et coll. Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Ann Intern Med*, le 6 février 2007; 146(3):177-83. [PMID : 17283348](#).
Kurella Tamura M, et coll. Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med*, le 15 octobre 2009; 361(16):1539-47. [PMID : 19828531](#).
Murtagh FE, et coll. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant*, juillet 2007; 22(7):1955-62. [PMID : 17412702](#).
- 5 Cooper BA, et coll. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med*, le 12 août 2010; 363(7):609-19. [PMID : 20581422](#).
Nesrallah GE, et coll. Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis. *CMAJ*, le 4 février 2014; 186(2):112-7. [PMID : 24492525](#).
Susantitaphong P, et coll. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. *Am J Kidney Dis*, juin 2012; 59(6):829-40. [PMID : 22465328](#).

À propos de La Société canadienne de néphrologie

La Société canadienne de néphrologie (SCN) est une fière partenaire de *Choisir avec soin* – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCN regroupe des médecins et des chercheurs spécialisés dans le traitement des personnes atteintes de maladie rénale et dans la recherche associée à ces maladies rénales. La mission de la SCN est de promouvoir les soins de la plus grande qualité pour les patients souffrant de maladie rénale en établissant des normes élevées de formation, d'éducation et de recherche médicale afin d'améliorer les connaissances, les compétences et les attitudes des néphrologues, d'encourager la recherche en sciences biomédicales portant sur les reins, les troubles rénaux et les thérapies de remplacement rénal, d'améliorer la prestation des soins de santé liés à la néphrologie, de promouvoir le développement professionnel continu des néphrologues et d'encourager et de soutenir l'approche scientifique et éthique dans le développement de la spécialité.



Canadian Society of Nephrology/
Société canadienne de néphrologie
CSN/SCN

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Neurochirurgie pédiatrique

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

par

Le Groupe d'étude canadien pour la neurochirurgie pédiatrique

Dernière mise à jour : juin 2018



1

Ne demandez pas de TDM pour le diagnostic initial de macrocéphalie (demandez plutôt une échographie ou une IRM).

On demande souvent une consultation en neurochirurgie pédiatrique pour les jeunes enfants dans les cas d'augmentation rapide du périmètre crânien qui excède les courbes de référence. Le diagnostic différentiel est large et inclut l'expansion bénigne des espaces sous arachnoïdiens, les épanchements sous-duraux, l'hydrocéphalie et les tumeurs. Lorsque la fontanelle est ouverte, l'étiologie peut habituellement être révélée par l'échographie du crâne et cela devrait donc être le test de dépistage initial à privilégier. En l'absence d'une fontanelle ouverte ou en présence d'autres signes et symptômes d'augmentation aiguë de la pression intracrânienne (vomissements, maux de tête, irritabilité, somnolence, fontanelle bombée, yeux en coucher de soleil), l'étiologie devrait être obtenue à l'aide de l'IRM si possible, pour limiter l'exposition aux rayons d'irradiation. Selon les preuves qui s'accumulent, l'exposition aux rayons d'irradiation émis par la TDM augmente le risque que l'enfant souffre de cancer au cours de sa vie, la prudence s'impose donc pour réduire au minimum ce type d'exposition. L'échographie (en présence d'une fontanelle ouverte) ou l'IRM (en présence d'une fontanelle fermée) sont donc les tests de dépistage à privilégier pour explorer une macrocéphalie.

2

Évitez les épreuves d'imagerie pour une fossette sacro-coccygienne chez un nourrisson ou un enfant asymptomatique.

Les fossettes sacro-coccygiennes (aussi appelées fossettes sacrées simples) sont fréquentes chez les nouveau nés, leur prévalence étant d'environ 2 à 5 %. Elles ne sont pas associées à un risque accru de dysraphisme spinal occulte (p. ex., cône médullaire bas, filum épais, lipomyélo-méningocèle, dysraphie, sinus dermique, etc.) comparativement à la population générale des nourrissons indemnes de fossettes sacro-coccygiennes. Il n'y a donc pas lieu de soumettre à l'échographie ou à l'IRM les nourrissons présentant ce type de particularité. Les signaux d'alarme pour lesquels des épreuves seraient indiquées, incluent la présence d'un hirsutisme focal à proximité de la région lombosacrée, d'une fossette sacrée ou d'un sinus au dessus du pli interfessier, d'un hémangiome, d'une annexe dermique ou d'une masse sous cutanée. Le choix idéal pour l'épreuve initiale (échographie ou IRM) dépendra des signes cutanés spécifiques et des symptômes cliniques observés.

3

Ne recourez pas à la TDM comme épreuve d'imagerie de routine chez les enfants porteurs d'une hydrocéphalie. L'IRM à séquence rapide sans sédation ou l'échographie fournissent des renseignements adéquats pour évaluer les patients sans les exposer aux rayons d'irradiation ou à des agents anesthésiques.

Les enfants porteurs d'une hydrocéphalie subissent en moyenne deux épreuves d'imagerie de la tête annuellement jusqu'à l'âge de 20 ans. Le risque de cancer fatal auquel ils sont exposés au cours de leur vie est estimé à un cas excédentaire de cancer fatal par 97 patients lorsqu'on utilise une TDM standardisée de la tête ou à un cas de cancer fatal excédentaire par 230 patients si on utilise une TDM à faible dose. L'échographie de la tête (chez les nourrissons dont les fontanelles sont ouvertes), et l'IRM à séquence rapide (chez tous les autres enfants) ne requièrent pas de radiation ionisante et permettent une visualisation adéquate des changements radiographiques de la taille des ventricules. Une IRM à séquence rapide peut être obtenue sans sédation et en moins de trois minutes. On recommande donc l'utilisation de l'échographie (chez les nourrissons dont la fontanelle est ouverte), ou d'une IRM à séquence rapide (chez tous les autres enfants) pour l'imagerie de contrôle de l'hydrocéphalie au minimum, et idéalement pour les évaluations d'urgence également, selon le cas. Dans une situation d'urgence ou si l'IRM n'est pas disponible, une TDM sans agent de contraste et à faible dose est appropriée.

4

Ne recommandez pas le port d'un casque pour la plagiocéphalie positionnelle de légère à grave.

La plagiocéphalie (aplatissement du crâne) est très courante et affecte jusqu'à 40 % des nourrissons depuis le début de la campagne "Dodo sur le dos", en 1992. On dispose à présent de preuves prospectives tirées d'un essai randomisé selon lequel le port du casque n'est pas plus efficace pour améliorer la forme de la tête en présence de plagiocéphalie que la physiothérapie et les recommandations générales concernant le positionnement, comme la promotion de la position ventrale pendant les heures d'éveil et la réduction du temps passé dans des balançoires et sièges d'auto. De nouvelles lignes directrices du "Congress of Neurological Surgeons", après une revue systématique de la littérature, y compris de l'essai randomisé mentionné plus haut, considèrent le port du casque comme une option pour les cas graves de plagiocéphalie. La prévalence des cas de plagiocéphalie chez les adolescents de la cohorte subséquente à la campagne Dodo sur le dos, mais avant la popularisation du port du casque, était de moins de 2 %, ce qui laisse supposer qu'indépendamment de l'intervention utilisée et de la gravité de l'aplatissement du crâne, la grande majorité des cas de plagiocéphalie reviennent à la normale d'un point de vue esthétique. Les coûts associés au port du casque sont également importants: un casque coûte des milliers de dollars et requiert des ajustements fréquents échelonnés sur plusieurs mois pour s'adapter à la croissance du crâne de l'enfant. Le port du casque s'accompagne aussi de risques, dont des plaies de pression et une entrave à l'attachement parental. Si l'on tient compte du coût élevé du traitement de la plagiocéphalie et des preuves très minces quant à ses bienfaits, on constate qu'il n'y a pas de valeur ajoutée à recommander le port du casque chez les nourrissons qui ont une plagiocéphalie positionnelle de légère à grave, aux recommandations d'usage, notamment la position et la physiothérapie.

5**Ne procédez pas d'emblée à des épreuves d'imagerie de contrôle pour une malformation de Chiari de type I.**

La malformation de Chiari de type I, définie comme un engagement des amygdales cérébelleuses de 5 mm ou plus sous le trou occipital à l'IRM du cerveau, est souvent une découverte fortuite chez les enfants avec une prévalence estimée entre 1 et 3 %. La grande majorité des enfants chez qui on découvre une malformation de Chiari de type I asymptomatique, ne présentent aucune progression clinique significative de la descente des amygdales lors du suivi de routine, et lorsque des symptômes apparaissent au suivi, ils n'ont aucun lien avec les anomalies radiologiques initiales. En l'absence de tout nouveau symptôme, l'imagerie de contrôle est donc superflue.

Comment cette liste a-t-elle été créée?

Les membres du Groupe canadien d'étude sur la neurochirurgie pédiatrique (Canadian Pediatric Neurosurgery Study Group [CPNSG]) sont des neurochirurgiens pédiatriques canadiens en exercice. Leurs coordonnées ont été utilisées pour les inviter à répondre à deux questionnaires anonymes qui leur ont été envoyés par courriel; le premier leur demandait de réfléchir à des recommandations, le deuxième, de les classer par ordre d'importance. Les recommandations ayant reçu un appui général ont été présentées pour discussion lors de l'assemblée annuelle 2016 du CPNSG. De cette liste ont été éliminées les recommandations pour lesquelles le groupe d'étude estimait ne pas disposer de preuves suffisantes et celles qui ne paraissaient pas avoir une incidence significative sur la population des patients de neurochirurgie pédiatrique. Un questionnaire final a ensuite été envoyé aux neurochirurgiens pédiatriques canadiens, demandant à chacun de classer par ordre d'importance les recommandations finales suggérées. Les cinq recommandations suggérées ayant reçu le plus d'appuis ont ensuite été sélectionnées pour faire partie de la liste de recommandations Choisir avec soin pour la neurochirurgie pédiatrique et ont été soumises à Choisir avec soin pour approbation finale.

Sources

- 1** Chen JX, Kachniarz B, Gilani S, et coll. Risk of malignancy associated with head and neck CT in children: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Oct 2014; vol. 15, no 4: p. 554-566. [PMID : 25052516](#).
Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z, et coll. Cancer risk in 680,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ*. Le 21 mai 2013; vol. 346: f2360. [PMID : 23694687](#).
Miglioretti DL, Johnson E, Williams A, et coll. The use of computed tomography in pediatrics and the associated radiation exposure and estimated cancer risk. *JAMA Pediatr*. Le 1er août 2013; vol. 167, no 8: p. 700-707. [PMID : 23754213](#).
Pearce MS, Salotti JA, Little MP, et coll. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. *Lancet*. Le 4 août 2012; vol. 380, no 9840: p. 499-505. [PMID : 22681860](#).
Tucker J, Choudhary AK, Platt J. Macrocephaly in infancy: benign enlargement of the subarachnoid spaces and subdural collections. *J Neurosurg Pediatr*. Juillet 2016; vol. 18, no 1: p. 16-20. [PMID : 26942270](#).
- 2** Albert GW. Spine ultrasounds should not be routinely performed for patients with simple sacral dimples. *Acta Paediatr*. Août 2016; vol. 105, no 8: p. 890-894. [PMID : 27059606](#).
Kucera JN, Coley I, O'Hara S, et coll. The simple sacral dimple: diagnostic yield of ultrasound in neonates. *Pediatr Radiol*. Février 2015; vol. 45, no 2: p. 211-216. [PMID : 24996813](#).
Zywicke HA, Rozzelle CJ. Sacral dimples. *Pediatr Rev*. Mars 2011; 32, no 3: p. 109-113; quiz 114, 151. [PMID : 21364014](#).
- 3** DeFlorio RM, Shah CC. Techniques that decrease or eliminate ionizing radiation for evaluation of ventricular shunts in children with hydrocephalus. *Semin Ultrasound CT MR*. Août 2014; vol. 35, no 4: p. 365-373. [PMID : 25129213](#).
Koral K, Blackburn T, Bailey AA, et coll. Strengthening the argument for rapid brain MR imaging: estimation of reduction in lifetime attributable risk of developing fatal cancer in children with shunted hydrocephalus by instituting a rapid brain MR imaging protocol in lieu of Head CT. *AJNR Am J Neuroradiol*. Novembre 2012; vol. 33, no 10: p. 1851-4. [PMID : 22555583](#).
O'Neill BR, Pruthi S, Bains H, et coll. Rapid sequence magnetic resonance imaging in the assessment of children with hydrocephalus. *World Neurosurg*. Décembre 2013; vol. 80, no 6: p. e307-312. [PMID : 23111234](#).
Patel DM, Tubbs RS, Pate G, et coll. Fast-sequence MRI studies for surveillance imaging in pediatric hydrocephalus. *J Neurosurg Pediatr*. Avril 2014; vol. 13, no 4: p. 440-447. [PMID : 24559278](#).
Tekes A, Jackson EM, Ogborn J, et coll. How to Reduce Head CT Orders in Children with Hydrocephalus Using the Lean Six Sigma Methodology: Experience at a Major Quaternary Care Academic Children's Center. *AJNR Am J Neuroradiol*. Juin 2016; vol. 37, no 6: p. 990-996. [PMID : 26797143](#).
- 4** Kmietowicz Z. Expensive helmets do not correct skull flattening in babies. *BMJ*. Le 1er mai 2014; vol. 348 : g3066. [PMID : 24791750](#).
Roby BB, Finkelstein M, Tibesar RJ, et coll. Prevalence of positional plagiocephaly in teens born after the "Back to Sleep" campaign. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Mai 2012; vol. 146, no 5 : p. 823-828. [PMID : 22241785](#).
Tamber MS, Nikas D, Beier A, et coll. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guideline on the Role of Cranial Molding Orthosis (Helmet) Therapy for Patients With Positional Plagiocephaly. *Neurosurgery*. Novembre 2016; vol. 79, no 5 : p. E632-E633. [PMID : 27776089](#).
van Wijk RM, van Vlimmeren LA, Groothuis-Oudshoorn CG, et coll. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: randomised controlled trial. *BMJ*. Le 1er mai 2014; vol. 348 : g2741. [PMID : 24784879](#).
- 5** Gupta SN, Gupta VS, White AC. Spectrum of intracranial incidental findings on pediatric brain magnetic resonance imaging: What clinician should know? *World J Clin Pediatr*. Le 8 août 2016; vol. 5, no 3 : p. 262-272. [PMID : 27610341](#).
Morris Z, Whiteley WN, Longstreth WT Jr, et coll. Incidental findings on brain magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. Le 17 août 2009; vol. 339 : b3016. [PMID : 19687093](#).
Poretti A, Ashmawy R, Garzon-Muvdi T, et coll. Chiari Type 1 Deformity in Children: Pathogenetic, Clinical, Neuroimaging, and Management Aspects. *Neuropediatrics*. Octobre 2016; vol. 47, no 5 : p. 293-307. [PMID : 27337547](#).
Pomeraniec IJ, Ksendzovsky A, Awad AJ, et coll. Natural and surgical history of Chiari malformation Type I in the pediatric population. *J Neurosurg Pediatr*. Mars 2016; vol. 17, no 3 : p. 343-352. [PMID : 26588459](#).
Whitson WJ, Lane JR, Bauer DF, et coll. A prospective natural history study of nonoperatively managed Chiari I malformation: does follow-up MRI surveillance alter surgical decision making? *J Neurosurg Pediatr*. Août 2015; vol. 16, no 2 : p. 159-166. [PMID : 25932776](#).

À propos du Groupe canadien d'étude sur la neurochirurgie pédiatrique

Le Groupe canadien d'étude sur la neurochirurgie pédiatrique (Canadian Pediatric Neurosurgery Study Group [CPNSG]) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Le CPNSG est une association nationale qui représente tous les centres de neurochirurgie pédiatrique du Canada et se consacre à l'optimisation des soins en neurochirurgie pédiatrique au Canada par la collecte de données collaboratives, la recherche clinique et l'innovation.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Obstétrique et gynécologie

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

par

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Dernière mise à jour le 21 juin 2017



1 Évitez l'épisiotomie de routine lors d'un accouchement naturel par voie vaginale.

Il a été démontré que l'épisiotomie de routine provoque plus de mal que de bien. Des études montrent, en effet, que la mise en place de règlements qui freinent le recours à l'épisiotomie est associée à une diminution des traumatismes périnéaux postérieur et à une réduction des points de sutures et des complications; de tels règlements ne changent pas la majorité des indices de douleur ou de traumatismes vaginaux ou périnéaux graves. Lorsque l'accouchement est entravé par un problème périnéal, en particulier lorsque la fréquence cardiaque fœtale est anormale, l'épisiotomie peut faciliter la naissance par voie vaginale.

2 Ne faites pas de surveillance fœtale électronique chez les femmes à faible risque qui sont en travail; utilisez plutôt l'auscultation intermittente.

La surveillance fœtale électronique continue (SFÉC) est associée à des taux significativement plus élevés de césariennes et d'accouchements vaginaux instrumentés chez les patientes à faible risque comparativement à l'auscultation intermittente. L'auscultation intermittente n'entraîne aucune différence significative dans le nombre de décès néonataux durant le travail et le post-partum immédiat, ni de différence dans le taux de paralysie cérébrale, d'acidose du sang du cordon ou d'utilisation d'analgésiques chez les patientes à faible risque. Par ailleurs, la SFÉC restreint les mouvements de la patientes et le choix de positions; elle exclut l'option de naissance dans l'eau et requiert plus de ressources pour interpréter, de façon continue, les tracés de fréquence cardiaque fœtale. La SFÉC chez les patientes à faible risque accroît donc le risque d'interventions et réduit les choix sans offrir d'avantages significatifs, ni améliorer les résultats néonataux.

3 N'effectuez pas à une analyse urinaire de routine (protéines, glucose) à chaque visite prénatale (chez les femmes normotendues à faible risque).

L'analyse urinaire de routine (protéines et glucose) n'est pas recommandée dans les grossesses à faible risque. Chez les femmes enceintes en bonne santé, l'analyse urinaire de routine pour vérifier le risque de diabète gestationnel n'est pas recommandée en raison de sa faible sensibilité. L'analyse urinaire avec ou sans bandelettes dans le but de doser l'albumine est peu fiable pour l'évaluation du risque de prééclampsie chez les femmes enceintes. Ne vous fiez pas à l'apparition de protéinurie pour dépister l'hypertension gestationnelle; vérifiez plutôt, périodiquement, la tension artérielle.

4 N'utilisez pas le Doppler de l'artère ombilicale en dépistage de routine, dans les situations de grossesses non compliquées avec croissance fœtale normale.

L'intégrité placentaire et plus spécifiquement la résistance vasculaire peuvent être évaluées en mesurant le débit des artères ombilicales par échographie Doppler. Lorsqu'on utilise cette technique dans les grossesses à risque élevé, le taux de mortalité périnatale est diminué et des interventions appropriées peuvent être mises en oeuvre ou retardées. Dans ce contexte, le « risque élevé » réfère à un retard de croissance intra-utérine ou à une hypertension maternelle. Lorsque le Doppler est utilisé dans des grossesses à faible risque, on ne note aucune amélioration sur la santé maternelle ou foetale et les tests anormaux sont plus susceptibles d'être de faux positifs.

5 N'administrez pas de mépéridine comme analgésique durant le travail en raison de l'action prolongée de ses métabolites et de ses effets négatifs sur le comportement du nouveau-né.

La mépéridine (Demerol), en tant qu'analgésique opioïde, soulage la douleur du travail; mais il existe de meilleurs analgésiques. La mépéridine pénètre le fœtus et son élimination est particulièrement lente. Elle persiste chez le nouveau-né et peut ainsi interférer avec son adaptation à la vie extra-utérine et nuire à l'allaitement. Étant donné qu'il existe des choix d'analgésiques plus appropriés, dépourvus de ce type d'effets indésirables, il est recommandé d'éviter la mépéridine si des solutions de rechange sont accessibles.

6 Ne faites pas de test de Pap de routine chez les femmes de moins de 21 ans et celles de plus de 69 ans.

Les tests de Pap devraient commencer à être faits, à partir de l'âge de 21 ans, chez les femmes asymptomatiques et immunocompétentes. Des études ont révélé un nombre plus élevé de résultats faux positifs chez les adolescentes de moins de 21 ans dont l'incidence de cancer du col de l'utérus est la plus faible. Effectuer le test de Pap chez les femmes de moins de 21 ans n'exerce aucun effet protecteur. Quelques études ont porté sur l'âge auquel ces tests devraient être cessés. Des études de modélisation n'ont montré aucune augmentation de l'effet protecteur du test de Pap chez les femmes de plus de 70 ans chez qui le dépistage a été fait de routine antérieurement.

7 Ne prescrivez pas d'emblée la mesure des taux hormonaux d'œstradiol, de progestérone, de folliculostimuline et d'hormone lutéinisante chez les femmes postménopausées ou après une hystérectomie, afin de confirmer la survenue de la ménopause ou gérer l'hormonothérapie.

La fréquence et la sévérité des symptômes ménopausiques ne sont pas corrélés aux taux de folliculostimuline (FSH) ou d'œstradiol sériques. Les taux d'œstrogènes nécessaires à la fonction reproductive sont généralement beaucoup plus élevés que ceux requis pour le simple soulagement des symptômes de ménopause. La gestion des symptômes par l'hormonothérapie repose sur l'administration de la dose efficace la plus faible permettant de réduire les symptômes à un niveau acceptable. Se fier à un taux élevé de FSH pour confirmer la ménopause peut priver les femmes d'un traitement efficace pour réduire les symptômes dérangeants. L'utilisation d'un test non fiable entraîne un traitement sous-optimal, et le recours à des analyses sanguines afin d'ajuster l'hormonothérapie pour atténuer et gérer les symptômes peut donner lieu à la prescription de doses d'hormonothérapie plus élevées que nécessaire.

8 Ne dépister pas le cancer de l'ovaire chez les femmes asymptomatiques sans risque particulier.

Le dépistage du cancer de l'ovaire n'améliore pas les résultats cliniques chez les femmes asymptomatiques qui n'ont pas d'antécédents familiaux pertinents. Ce dépistage n'a réduit ni la mortalité de toute cause, ni la mortalité par cancer ovarien, ni le risque d'un diagnostic de cancer ovarien avancé. L'échographie transvaginale, les examens pelviens de routine et le dosage du CA125 ou autres biomarqueurs ne confèrent aucun bienfait démontré au plan de la mortalité, mais donnent plutôt lieu à des résultats faux positifs, à des surdiagnostics et à des traitements excessifs, avec les complications que cela comporte.

9 Ne proposez pas l'hystérectomie à des femmes présentant des fibromes asymptomatiques en invoquant un risque de cancer.

La croissance rapide d'un fibrome ne permet pas de prédire le léiomyosarcome. Environ une femme sur 400 (0,25 %) qui subissent une chirurgie pour des fibromes présente un risque de léiomyosarcome. Cependant, la croissance des fibromes ou l'apparition de symptômes post-ménopausiques nouveaux devraient éveiller les soupçons à l'égard d'un cancer gynécologique. Des léiomyosarcomes utérins nouveaux ont été observés lors de myomectomies résectoscopiques de routine; leur incidence était toutefois plus faible que celle rapportée lors d'hystérectomie (0,13 %). Il n'est pas possible de distinguer, avec certitude, sur la base de signes cliniques ou de quelque technique d'imagerie que ce soit, les léiomyomes des léiomyosarcomes.

10 Ne faites pas d'intervention chirurgicale, comme une ablation de l'endomètre, pour des saignements utérins anormaux, tant qu'une prise en charge médicale (y compris avec un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel) n'a pas été offerte, refusée ou prouvée inefficace.

Plusieurs agents non hormonaux et hormonaux se sont révélés efficaces pour le traitement des saignements utérins anormaux. Certains d'entre eux peuvent, de surcroît, soulager les symptômes de dysménorrhée tout en agissant comme contraceptif. Ces agents peuvent aider à stabiliser l'anémie et soulager les symptômes; ils peuvent aussi être utilisés en préparation d'un traitement chirurgical, dans les cas de saignements menstruels abondants. La prise en charge médicale permet un début rapide du traitement en soins de première ligne, tandis que l'intervention chirurgicale qui nécessite une consultation avec un spécialiste et un accès au bloc opératoire, peut prendre du temps. Toutes les options thérapeutiques envisageables pour les saignements utérins anormaux devraient faire l'objet d'une discussion et d'un consentement éclairé de la patiente avant qu'un traitement ne soit instauré; cela inclut des informations sur les effets secondaires, l'efficacité relative, les risques, les coûts et l'impact sur la fertilité.

Comment la liste a été établie

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a formé un petit groupe de travail pour superviser le processus de rédaction de cette liste pour la campagne Choisir avec soin. Une liste initiale de recommandations a été compilée à partir de toutes les lignes directrices publiées par la SOGC. La liste a été révisée par le comité pour la campagne Choisir avec soin, qui a formulé ses commentaires et donné son avis. Une longue liste a donc été dressée à partir de quatre sources : Lignes directrices de la SOGC, recommandations Choosing Wisely publiées par des sociétés américaines (notamment l'American College of Obstetricians), recommandations de la campagne Choisir avec soin au Canada relativement aux questions d'obstétrique et de gynécologie et autres propositions des membres de la SOGC. La liste révisée a été distribuée à tous les membres du comité pour la pratique clinique - obstétrique et gynécologie, puis a de nouveau été révisée par le conseil d'administration. Une liste de 24 recommandations (classées par spécialité : obstétricales, gynécologiques et générales) a été générée et distribuée à l'ensemble des membres de la SOGC pour dresser la liste finale.

- 1 Carroli G, et coll. Episiotomy for vaginal birth. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2000; vol. 2 : CD000081. [PMID : 10796120](#).
Lee L, et coll. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2016; vol. 38, no 9 : p. 843-865. [PMID : 27670710](#).
- 2 Alfirevic Z, et coll. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 3 févr. 2017; vol. 2 : CD006066. [PMID : 28157275](#).
Leveno KJ, et coll. A Prospective Comparison of Selective and Universal EFM in 34,995 Pregnancies. N Engl J Med. Le 4 sept. 1986; vol. 315, no 10 : p. 615-619. [PMID : 3736600](#).
Liston R, et coll. [Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline: Fetal Health Surveillance in Labour](#). J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2007; vol. 29, no 9 : p. S27. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Mires G, et coll. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. BMJ. Le 16 juin 2001; vol. 322, no 7300 : p. 1457-1460; discussion, p. 1460-1462. [PMID : 11408301](#).
- 3 Akkerman D, et coll. [Routine prenatal care](#). Juill. 2012. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Atacag T, et coll. Asymptomatic bacteriuria screened by catheterized samples at pregnancy term in women undergoing cesarean delivery. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015; vol. 42, no 5 : p. 590-594. [PMID : 26524804](#).
Committee on Obstetric Practice, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 692: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. Avril 2017; vol. 129, no 4 : p. e90-e95. [PMID : 28333820](#).
Murray N, et coll. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy: a prospective study. Med J Aust. Le 4 nov. 2002; vol. 177, no 9 : p. 477-480. [PMID : 12405888](#).
National Institute for Health and Care Excellence. [Diabetes in pregnancy: Management of diabetes from preconception to the postnatal period](#). Févr. 2015. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
- 4 Alfirevic Z, et coll. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Base de données des révisions Cochrane. Le 12 nov. 2013; vol. 11 : CD007529. [PMID : 24222334](#).
Alfirevic Z, et coll. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 15 avril 2015; vol. 4 : CD0014550. [PMID : 25874722](#).
- 5 Fleet J, et coll. A comparison of fentanyl with pethidine for pain relief during childbirth: a randomised controlled trial. BJOG. Juin 2015; vol. 122, no 7 : p. 983-992. [PMID : 25558983](#).
Fleet J, et coll. The influence of intrapartum opioid use on breastfeeding experience at 6 weeks post partum: A secondary analysis. Midwifery. Le 3 avril 2017. vol. 50 : p. 106-109. [PMID : 28411530](#).
Reynolds F. The effects of maternal labour analgesia on the fetus. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Juin 2010; vol. 24, no 3 : p. 289-302. [PMID : 20005180](#).
- 6 Kulasingam SL, et coll. Screening for Cervical Cancer: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (U.S.); Mai 2011. Rapport no 11-05157-EF-1. [PMID : 22553886](#).
Miller AB, et coll. Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix. JAMA. Le 15 nov. 1991; vol. 145, no 10 : p. 1301-1325. [PMID : 1933712](#).
Moyer VA, et coll. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. Le 19 juin 2012; vol. 156, no 12 : p. 880-891, W312. [PMID : 22711081](#).
Murphy J, et coll. [Cervical Screening: A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care \(PEBC\), Cancer Care Ontario \(CCO\)](#). Le 5 oct. 2001. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Sasieni P, et coll. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. BMJ. Le 28 juill. 2009; vol. 339 : p. b2968. [PMID : 19638651](#).
- 7 Harlow SD, et coll. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. Avril 2012; vol. 97, no 4 : p. 1159-1168. [PMID : 22344196](#).
National Institute for Health and Care Excellence. [Menopause: diagnosis and management](#). Nov. 2015. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Reid R, et coll. Managing menopause. J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2014; vol. 36, no 9 : p. 830-833. [PMID : 25222364](#).
- 8 Buhling KJ, et coll. The role of transvaginal ultrasonography for detecting ovarian cancer in an asymptomatic screening population: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. Mai 2017; vol. 295, no 5 : p. 1259-1268. [PMID : 2835755](#).
Guirguis-Blake JM, et coll. Periodic Screening Pelvic Examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. Le 7 mars 2017; vol. 317, no 9 : p. 954-966. [PMID : 28267861](#).
Luzak A, et coll. Clinical effectiveness of cancer screening biomarker tests offered as self-pay health service: a systematic review. Eur J Public Health. Juin 2016; vol. 26, no 3 : p. 498-505. [PMID : 26733629](#).
Pinsky PF, et coll. Extended mortality results for ovarian cancer screening in the PLCO trial with median 15-years follow-up. Gynecol Oncol. Nov. 2016; vol. 143, no 2 : p. 270-275. [PMID : 27615399](#).
Reade CJ, et coll. Risks and benefits of screening asymptomatic women for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. Sept. 2013; vol. 130, no 3 : p. 674-681. [PMID : 23822892](#).
U.S. Preventive Services Task Force, et coll. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. Le 7 mars 2017; vol. 317, no 9 : p. 947-953. [PMID : 28267862](#).
- 9 Knight J, et coll. Tissue extraction by morcellation: a clinical dilemma. J Minim Invasive Gynecol. Mai-juin 2014; vol. 21, no 3 : p. 319-320. [PMID : 24646445](#).
Parker WH, et coll. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. Obstet Gynecol. Mars 1994; vol. 83, no 3 : p. 414-418. [PMID : 8127535](#).
Vilos GA, et coll. Miscellaneous uterine malignant neoplasms detected during hysteroscopic surgery. J Minim Invasive Gynecol. Mai-juin 2009; vol. 16, no 3 : p. 318-325. [PMID : 19423062](#).
Vilos GA, et coll. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. Févr. 2015; vol. 37, no 2 : p. 157-178. [PMID : 25767949](#).
- 10 Qualité des services de santé Ontario. [Ménorragies : Soins aux adultes et aux adolescentes en âge de procréer](#). 2017. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Lalonde P, et coll. [SOGC clinical practice guideline: endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding](#) [Internet]. J Obstet Gynaecol Can. Avril 2015; col. 322 : p. 362-376. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Munro MG, et coll. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013; vol. 17, no 3 : p. 43-56. [PMID : 24355890](#).
National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). [Heavy menstrual bleeding](#). London: RCOG Press; Janv. 2007 Jan. [PMID : 21938862](#). [PMID : 21938862](#).
Sukhbir S, et coll. [Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women](#). J Obstet Gynaecol Can. Mai 2013; vol. 35, no 5 : p. 473-479. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Vilos GA, et coll. [SOGC clinical practice guideline: the management of uterine leiomyomas](#). J Obstet Gynaecol Can. Févr. 2015; vol. 37 : p. 157-181. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).

À propos de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin au Canada. La SOGC a pour mandat de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'obstétrique, de la gynécologie et la santé des femmes par le leadership, la représentation, la collaboration et l'éducation. Elle compte plus de 3 500 membres, obstétriciens, gynécologues, médecins de famille, infirmières, sages-femmes et autres professionnels de la santé qui travaillent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.



THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS
AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA
LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

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)

Oncologie

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

par

L'Association canadienne des oncologues médicaux

L'Association canadienne de radio-oncologie

Partenariat canadien contre le cancer

La Société canadienne d'oncologie chirurgicale

Dernière mise à jour : avril 2018



1 Il faudrait éviter d'ordonner des tests servant à détecter une récurrence de cancer chez un patient asymptomatique s'il est irréaliste de croire que la détection précoce d'une récurrence du cancer prolongera la survie ou améliorera la qualité de vie.

Dans certains cas particuliers, la détection précoce d'une récurrence de cancer (tumeur localisée ou métastases à distance) peut augmenter les chances de réussite d'un traitement curatif ultérieur. Cependant, dans de nombreux cas, la détection précoce d'une récurrence n'améliore pas les résultats. Il est donc important de peser les renseignements que l'on peut obtenir de tests diagnostiques poussés en regard de ce qui est préférable pour le patient. Il faut notamment évaluer le besoin du patient d'être rassuré, l'anxiété et l'incertitude que susciteront des examens de suivi exhaustifs lorsqu'il est irréaliste de croire que le dépistage précoce d'une récurrence prolongera la survie ou améliorera la qualité de vie.

2 Il faudrait éviter d'effectuer des tests de dépistage de routine ou de surveiller l'apparition d'un nouveau cancer primitif chez la majorité des patients ayant des métastases à distance.

Le dépistage du cancer peut sauver la vie de patients à risque, mais par ailleurs en bonne santé. Les tests de dépistage ont un effet positif sur la mortalité, qui s'observe plusieurs années après qu'ils ont été subis. Néanmoins, ils exposent les patients à certains préjudices immédiats. En règle générale, chez les patients atteints d'un cancer métastatique, on observe des risques de mortalité concurrents qui pèsent plus lourd que les effets positifs du dépistage sur la mortalité, s'observant chez les patients sains. En fait, les patients ayant des métastases risquent davantage de subir des préjudices, car les patients dont l'espérance de vie est réduite sont le plus souvent fragiles et plus sensibles aux complications des tests et des traitements. Par conséquent, compte tenu des bienfaits éventuels par rapport aux effets nuisibles, il n'est pas recommandé d'effectuer des tests de dépistage d'un nouveau cancer primitif non symptomatique chez la plupart des patients ayant des métastases. Le dépistage peut être envisagé dans un sous-groupe très limité de patients lorsque la maladie métastatique est relativement indolente ou que l'on peut espérer prolonger la survie en la traitant.

3 Il faudrait éviter la chimiothérapie pour viser plutôt un soulagement des symptômes et prodiguer des soins palliatifs aux patients atteints d'un cancer au stade avancé, chez qui une chimiothérapie a peu de chances d'être bénéfique (p. ex. : patient dont l'indice fonctionnel est de 3 ou de 4).

Les études montrent qu'en règle générale, les traitements ciblant le cancer sont susceptibles de se révéler inefficaces chez les patients ayant une tumeur solide à un organe et très affaiblis par leur cancer (c'est-à-dire, indice fonctionnel de 3 ou de 4). Mais il existe des exceptions, entre autres les patients ayant des limitations fonctionnelles causées par d'autres maladies entraînant une baisse de l'indice fonctionnel, ou encore ceux qui sont atteints d'une forme particulière de cancer (p. ex. : tumeur germinale) ou d'un cancer ayant des caractéristiques particulières (p. ex. : mutations génétiques) et qui ont de fortes chances de répondre au traitement. Il est aussi démontré qu'un soulagement adéquat des symptômes et la prestation de soins palliatifs peuvent grandement améliorer la qualité de vie.

4 Il faudrait éviter d'exercer une surveillance par coloscopie de routine chaque année après une chirurgie d'un cancer du côlon; la fréquence des examens de surveillance devrait plutôt être établie en fonction des résultats de la coloscopie antérieure et des lignes directrices connexes.

Les études montrent clairement qu'en l'absence de syndromes héréditaires, l'évolution des polypes et leur transformation en cancer (séquence adénome-carcinome) s'étend sur de nombreuses années. Par conséquent, la fréquence de la surveillance de suivi par coloscopie devrait être établie selon les résultats d'une coloscopie antérieure de très bonne qualité. La surveillance par coloscopie après une chirurgie pour cancer du côlon consiste habituellement en une coloscopie au bout de la première année; par conséquent, l'intervalle entre deux examens de surveillance devrait normalement être d'au moins 3 ans après la détection d'un polype au stade avancé, et d'au moins 5 ans après un examen normal ou un examen révélant la présence de polypes de petite taille. Il est démontré qu'au Canada, la coloscopie de surveillance après une chirurgie du cancer du côlon est surutilisée et que les ressources sont limitées dans le domaine de l'endoscopie.

5 Il faudrait éviter de retarder ou de s'abstenir d'offrir des soins palliatifs à un patient atteint d'un cancer métastatique parce qu'il suit un traitement ciblant la maladie.

De nombreuses études, y compris des essais cliniques randomisés, ont démontré que les soins palliatifs soulagent la douleur et les symptômes, accroissent la satisfaction de la famille à l'égard des soins et réduisent les coûts. Les soins palliatifs n'accélèrent pas la mort; dans certaines populations, ils peuvent même prolonger la vie. Le fait de recourir rapidement aux soins palliatifs pourrait augmenter les bienfaits d'un traitement ciblant la maladie (p. ex. : chimiothérapie ou radiothérapie).

6 Il faudrait éviter de recommander plus d'une radiothérapie palliative monofractionnée chez le patient présentant des métastases osseuses douloureuses sans complications.

Des essais randomisés ont démontré qu'une radiothérapie monofractionnée pour traiter des métastases osseuses périphériques ou des métastases vertébrales sans complications, n'ayant jamais été irradiées, produit des résultats comparables pour ce qui est du soulagement de la douleur et de la morbidité par rapport aux traitements de radiothérapie par fractionnement, tout en étant plus pratique tant pour le patient que pour le soignant. En dépit d'une incidence élevée de retraitement ultérieur (20 % vs 8 % pour les thérapies par fractionnement), l'allègement du fardeau du patient l'emporte habituellement sur toutes les questions liées à l'efficacité à long terme pour les patients dont l'espérance de vie est limitée.

7 Il faudrait éviter d'amorcer un traitement chez les patients présentant un faible risque de cancer de la prostate (T1/T2, APS < 10 ng/mL, score de Gleason < 7) sans avoir discuté d'abord de la surveillance active.

Patients with localized prostate cancer have a number of reasonable management options. These include surgery, radiation, as well as conservative monitoring without therapy in appropriate patients. Shared decision-making between the patient and the physician can lead to better alignment of patient goals with treatment and more efficient care delivery. The use of patient-directed written decision aids concerning prostate cancer can give patients confidence about their choices, and improve compliance with therapy. Discussion regarding active surveillance should include both the elements and timing of such surveillance, and emphasize the need for compliance.

8 Il faudrait éviter d'amorcer une radiothérapie du sein en entier, en 25 fractions, comme composante d'un traitement de conservation du sein, chez la femme de > 50 ans atteinte d'un cancer invasif du sein au stade précoce sans envisager des schémas thérapeutiques plus courts.

L'irradiation du sein en entier est bénéfique chez la plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein invasif et recevant un traitement conservateur. De nombreuses études ont utilisé des schémas classiques par fractionnement consistant en une radiothérapie échelonnée sur 5 ou 6 semaines, souvent suivie d'une radiothérapie d'appoint d'une ou deux semaines. Cependant, des données récentes (y compris les données d'une étude importante réalisée au Canada) montrent des résultats comparables sur le plan du contrôle de la progression tumorale et des effets esthétiques dans certaines populations de patientes suivant des traitements plus courts (d'environ 3 ou 4 semaines). Les patientes et leurs médecins devraient revoir ces options pour établir le traitement le plus approprié.

9 Il faudrait éviter de prodiguer des soins (p. ex. : suivi) dans un contexte où les services sont coûteux (p. ex. : centre de traitement du cancer) lorsque ces soins pourraient être prodigués avec autant d'efficacité dans un contexte où le coût est moins élevé (p. ex. : en contexte de soins primaires).

Plusieurs études (de même que des essais cliniques randomisés) ont démontré que la surveillance après un traitement définitif du cancer s'exerce tout aussi bien dans un contexte de soins primaires tout en étant plus axée sur le patient. Compte tenu de la hausse appréciable du nombre des survivants du cancer, l'habitude classique de dispenser les soins de suivi dans les centres spécialisés de traitement du cancer fait augmenter la demande et fait concurrence aux autres fonctions de ces établissements de santé. Les fournisseurs de soins primaires sont disposés à assurer les soins de suivi dans les cas de cancer et ont assumé cette responsabilité à maintes reprises. Pourtant, au Canada, la transition vers les soins primaires est autant variable qu'incomplète.

10 Il faudrait éviter d'avoir recours à un traitement locorégional intensif dans la plupart des cas de cancer où une maladie métastatique est présente et lorsque peu de symptômes sont attribuables à une tumeur primitive (p. ex. : cancer colorectal).

Par le passé, le traitement locorégional intensif (p. ex. : intervention chirurgicale) était souvent offert aux patients atteints d'une maladie métastatique, peu importe la symptomatologie de la tumeur primitive. Des données récentes semblent toutefois indiquer que dans de nombreux cas, ce type de traitement n'améliore pas les résultats et que parfois, il retarde le traitement plus important de la maladie métastatique (p. ex. : chimiothérapie). En règle générale, chez les patients atteints de métastases issues de l'atteinte d'un organe solide et où la tumeur primitive est relativement asymptomatique, on devrait considérer comme prioritaire un traitement systémique. Chez ces patients, il ne faudrait pas retarder le traitement systémique pour éviter le risque d'apparition d'autres morbidités associé aux traitements locorégionaux intensifs.

Comment la liste a été établie

À la fin de l'année 2013, le Partenariat canadien contre le cancer a créé un groupe de travail formé de membres représentant trois sociétés médicales, et lui a demandé de l'aider à établir une liste de recommandations spécifiques au traitement du cancer, dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Ce groupe comprenait des représentants de l'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO), de l'Association canadienne des oncologues médicaux (ACOM) et de la Société canadienne d'oncologie chirurgicale (SCOC). Grâce à une méthode à plusieurs étapes ayant permis de parvenir à un consensus et à la participation d'un grand nombre de membres, on a pu dresser une première liste de 66 recommandations. On a élaboré un cadre permettant d'identifier des pratiques peu utiles ou nuisibles, selon les critères suivants : 1) la taille de la population pour laquelle la pratique est pertinente; 2) la fréquence d'utilisation dans l'exercice de la médecine au Canada; 3) le coût de la pratique; 4) les preuves de préjudices liés à la pratique et leur degré; et 5) les possibilités de modifier l'utilisation de la pratique. Après l'évaluation des recommandations et un vote, la liste a été réduite à 41 pratiques, puis à 19 et finalement à 10 pratiques peu utiles, superflues ou même nuisibles. Bon nombre de pratiques ont été examinées, dont certaines reliées au traitement du cancer, ayant été identifiées antérieurement dans le cadre de la campagne Choosing Wisely® menée aux États-Unis. La 3e recommandation a été adaptée avec la permission de l'American Society of Clinical Oncology et élaborée à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question publiée en 2012. Les 5e et 6e recommandations ont été adaptées avec la permission de l'Academy of Hospice and Palliative Medicine et élaborées à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question publiée en 2013. Les 7e et 8e recommandations ont été adaptées avec la permission de l'American College of Family Medicine et élaborées à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question publiée en 2012.

Sources

- 1 BC Cancer Agency. [Cancer Management Guidelines](#). [Internet, consulté en avril 2014].
Earle C, et coll. [Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer](#) [Internet, consulté en avril 2014].
Fahy BN. [Follow-up after curative resection of colorectal cancer](#). *Ann Surg Oncol*. mars 2014; 21(3):738-46. PMID : 24271157.
Grunfeld E, et coll. [Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial](#). *BMJ*, le 14 septembre 1996; 313(7058):665-9. PMID : 8811760.
Khatcheressian J, et coll. [Breast cancer follow-up in the adjuvant setting](#). *Curr Oncol Rep*, janvier 2008; 10(1):38-46. PMID : 18366959.
Meyerhardt JA, et coll. [Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement](#). *J Clin Oncol*, le 10 décembre 2013; 31(35):4465-70. PMID : 24220554.
National Comprehensive Cancer Network. [NCCN clinical practice guidelines in oncology: colon cancer](#) [Internet, consulté le 12 avril 2014].
- 2 Fisher DA, et coll. [Inappropriate colorectal cancer screening: findings and implications](#). *Am J Gastroenterol*, novembre 2005; 100(11):2526-30. PMID : 16279910.
Lee SJ, et coll. [Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark](#). *BMJ*, 2013; 346:e8441. PMID : 23299842.
Moyer VA. [Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement](#). *Ann Intern Med*, le 17 juillet 2012; 157(2):120-34. PMID : 22801674.
Schroder FH, et coll. [Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up](#). *N Engl J Med*, le 15 mars 2012; 366(11):981-90. PMID : 22417251.
Whitlock EP, et coll. [Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force](#). *Ann Intern Med*, le 4 novembre 2008; 149(9):638-658. PMID : 18838718.
- 3 Azzoli CG, et coll. [2011 Focused Update of 2009 American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Chemotherapy for Stage IV Non-Small-Cell Lung Cancer](#). *J Clin Oncol*, le 1er octobre 2011; 29(28):3825-31. PMID : 21900105.
Carlson RW, et coll. [Breast cancer. Clinical practice guidelines in oncology](#). *J Natl Compr Canc Netw*, février 2009; 7(2):122-192. PMID : 19200416.
Engstrom PF, et coll. [Colon cancer clinical practice guidelines in oncology](#). *J Natl Compr Canc Netw*, juillet 2005; 3(4):468-91. PMID : 16038639.
Ettinger DS, et coll. [Non-small cell lung cancer](#). *J Natl Compr Canc Netw*, juillet 2010; 8(7):740-801. PMID : 20679538.
Peppercorn JM, et coll. [American society of clinical oncology statement: toward individualized care for patients with advanced cancer](#). *J Clin Oncol*, le 20 février 2011; 29(6):755-60. PMID : 21263086.
Smith TJ, et coll. [Bending the cost curve in cancer care](#). *N Engl J Med*, le 26 mai 2011; 364(21):2060-5. PMID : 21612477.
Temel JS, et coll. [Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer](#). *N Engl J Med*, le 19 août 2010; 363(8):733-42. PMID : 20818875.
- 4 BC Cancer Agency. [Cancer Management Guidelines. Gastrointestinal. Colon](#) [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2014 Sep 23].
Hill MJ, et coll. [Aetiology of adenoma-carcinoma sequence in large bowel](#). *Lancet*. 1978 Feb 4;1(8058):245-7. PMID : 74668.
Leddin D, et coll. [Colorectal cancer surveillance after index colonoscopy: guidance from the Canadian Association of Gastroenterology](#). *Can J Gastroenterol*. 2013 Apr;27(4):224-8. PMID : 23616961.
Levin B, et coll. [Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology](#). *Gastroenterology*. 2008 May;134(5):1570-95. PMID : 18384785.
Urquhart R, et coll. [Population-based longitudinal study of follow-up care for patients with colorectal cancer in Nova Scotia](#). *J Oncol Pract*. 2012 Jul;8(4):246-52. PMID : 23180991.
van Kooten H, et coll. [Awareness of postpolypectomy surveillance guidelines: a nationwide survey of colonoscopists in Canada](#). *Can. J. Gastroenterol*. Feb 2012;26(2):79-84. PMID : 22312606.
- 5 Delgado-Guay MO, et coll. [Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team](#). *Cancer*. 2009 Jan 15;115(2):437-45. PMID : 19107768.
Elsayem A, et coll. [Impact of a palliative care service on in-hospital mortality in a comprehensive cancer center](#). *J Palliat Med*. 2006 Aug;9(4):894-902. PMID : 16910804.
Elsayem A, et coll. [Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes](#). *J Clin Oncol*. 2004 May 15;22(10):2008-14. PMID : 15143094.
Gelfman LP, et coll. [Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members](#). *J Pain Symptom Manage*. 2008 Jul;36(1):22-8. PMID : 18411019.
Higginson IJ, et coll. [Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manage](#). 2003 Feb;25(2):150-68. PMID : 12590031.
Jordhøy MS, et coll. [A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial](#). *Lancet*. 2000 Sep 9;356(9233):888-93. PMID : 11036893.
London MR, et coll. [Evaluation of a Comprehensive, Adaptable, Life- Affirming, Longitudinal \(CALL\) palliative care project](#). *J Palliat Med*. 2005 Dec;8(6):1214-25. PMID : 16351535.
Temel JS, et coll. [Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer](#). *J Clin Oncol*. 2011 Jun 10;29(17):2319-26. PMID : 21555700.
Zimmermann C, et coll. [Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial](#). *Lancet*. 2014 May 17;383(9930):1721-30. PMID : 24559581.
- 6 Fairchild A, et coll. [International patterns of practice in palliative radiotherapy for painful bone metastases: evidence-based practice? Int J Radiat Oncol Biol Phys](#). 2009 Dec 1;75(5):1501-10. PMID : 19464820.
Lutz S, et coll. [Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline](#). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011 Mar 15;79(4):965-76. PMID : 21277118.
Popovic M, et coll. [Review of international patterns of practice for the treatment of painful bone metastases with palliative radiotherapy from 1993 to 2013](#). *Radiother Oncol*. 2014 Apr;111(1):11-7. PMID : 24560750.
Zimmermann C, et coll. [Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial](#). *Lancet*. 2014 May 17;383(9930):1721-30. PMID : 24559581.

- 7 Bill-Axelsson A, et coll. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2011 May 5;364(18):1708-17. PMID : 21542742.
 Dahabreh IJ, et coll. Active surveillance in men with localized prostate cancer: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012 Apr 17;156(8):582-90. PMID : 22351515.
 Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: overview and update. *Curr Treat Options Oncol.* 2013 Mar;14(1):97-108. PMID: 23318986.
 Klotz L, et coll. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2010 Jan 1;28(1):126-31. PMID : 19917860.
 Stacey D, et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 12;4:CD001431. PMID: 28402085.
 Thompson I, et coll. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. *J Urol.* 2007 Jun;177(6):2106-31. PMID : 17509297.
 Wilt TJ, et coll. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 2012 Jul 19;367(3):203-13. PMID : 22808955.
- 8 Clarke M, et coll. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet.* 2005 Dec 17;366(9503):2087-106. PMID : 16360786.
 Darby S, et coll. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet.* 2011 Nov 12;378(9804):1707-16. PMID : 22019144.
 Smith BD, et coll. Fractionation for whole breast irradiation: an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011 Sep 1;81(1):59-68. PMID : 20638191.
 Whelan TJ, et coll. Long-term results of hypofractionated radiation therapy for breast cancer. *N Engl J Med.* 2010 Feb 11;362(6):513-20. PMID : 20147717.
- 9 Del Giudice ME, et coll. Primary Care physician willingness to provide follow-up care for adult cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2007 Jun;25(18 suppl):6562.
 Ristovski-Slijepcevic S. Environmental scan of cancer survivorship in Canada: Conceptualization, practice & research. Vancouver (BC): BC Cancer Agency; 2008.
 Erikson C, et coll. Future supply and demand for oncologists: challenges to assuring access to oncology services. *J Oncol Pract.* 2007 Mar;3(2):79-86. PMID : 20859376.
 Grunfeld E. Looking beyond survival: how are we looking at survivorship? *J Clin Oncol.* 2006 Nov 10;24(32):5166-9. PMID : 17093281.
 Grunfeld E, et coll. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006 Feb 20;24(6):848-55. PMID: 16418496.
 Grunfeld E, et coll. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ.* 1996 Sep 14;313(7058):665-9. PMID : 8811760.
 Murchie P, et coll. Patient satisfaction with GP-led melanoma follow-up: a randomised controlled trial. *Br. J. Cancer.* May 11 2010;102(10):1447-1455. PMID : 20461089.
 Wattchow DA, et coll. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer.* 2006 Apr 24;94(8):1116-21. PMID : 16622437.
- 10 Badwe, R. Surgical removal of primary tumor and axillary lymph nodes in women with metastatic breast cancer at first presentation: A randomized controlled trial. *San Antonio Breast Conference;* 2013.
 Kleespies A, et coll. Determinants of morbidity and survival after elective non-curative resection of stage IV colon and rectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2009 Sep;24(9):1097-109. PMID : 19495779.
 National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Guidelines for Colon Cancer Version 3* [Internet]. 2014 [cited 2014 April].

À propos de La Société canadienne d'oncologie chirurgicale

La Société canadienne d'oncologie chirurgicale (SCOC) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCOC est une association nationale de chirurgiens oncologues qui fait la promotion du traitement optimal des patients atteints de cancer par le biais d'une approche multidisciplinaire du traitement. La Société favorise le développement de l'éducation en oncologie au niveau des premier et deuxième cycles et en éducation médicale continue et encourage le développement de la recherche en chirurgie oncologique. La SCOC estime qu'il faut faciliter la communication entre les chirurgiens qui s'intéressent principalement au domaine de l'oncologie et elle encourage l'élaboration d'un programme de formation en chirurgie oncologique dans les universités canadiennes.



À propos de L'Association canadienne des oncologues médicaux

L'Association canadienne des oncologues médicaux du Canada (ACOM) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACOM, une société nationale de spécialistes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, contribuera à la lutte contre le cancer par le biais de la recherche, de l'éducation, de la pratique clinique pour la prévention, du dépistage, du diagnostic, du traitement, des soins de soutien, des soins palliatifs et de la réadaptation. L'ACOM s'est engagée à atteindre et à maintenir l'excellence des activités cliniques et de recherche parmi ses membres, au sein d'une culture de compassion et de respect de la dignité humaine.



À propos du Partenariat canadien contre le cancer

Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) est un fier partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. Le PCCC est un organisme indépendant financé par le gouvernement fédéral et investi du mandat d'accélérer la lutte contre le cancer au bénéfice de tous les Canadiens et Canadiennes. Il collabore avec des spécialistes du cancer, des organismes caritatifs, les gouvernements, des organismes de lutte contre le cancer, des organismes de soins de santé nationaux, les patients, les survivants du cancer et d'autres intervenants pour mettre en oeuvre la stratégie canadienne de lutte contre le cancer.



À propos de L'Association canadienne de radiooncologie

L'Association canadienne de radio-oncologie (ACRO) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACRO est une association nationale de professionnels qui est la porte-parole officielle de la radiooncologie au Canada en ce qui a trait aux intérêts publics et professionnels dans la prestation de services de consultation et de traitements en radio-oncologie. Un Conseil d'administration composé de représentants régionaux et une adhésion nationale facilitent, pour l'Association, la réalisation de sa mission.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Orthopédie

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

par

Association canadienne d'orthopédie

Société canadienne d'arthroplastie

Arthroscopy Association of Canada

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Évitez de soumettre de routine à une échographie de dépistage postopératoire de la thrombose veineuse profonde des patients qui subissent une arthroplastie élective de la hanche ou du genou.

Comme l'échographie n'est pas efficace pour diagnostiquer une thrombose veineuse profonde (TVP) non soupçonnée et comme il n'y a pas d'autre examen approprié de dépistage, si l'état clinique du patient ne change pas, le dépistage postopératoire de routine de la TVP, après une arthroplastie de la hanche ou du genou, ne change ni les résultats ni la prise en charge clinique.

2 Évitez de recourir au lavage à l'aiguille pour traiter des patients qui ont une arthrose symptomatique du genou afin de leur procurer un soulagement de longue durée.

Le lavage à l'aiguille chez les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou n'entraîne pas d'atténuation quantifiable de la douleur, d'amélioration de la fonction, de réduction du temps qu'il faut pour parcourir 15,24 mètres (50 pieds) en marchant, de la raideur, de la sensibilité ou de l'enflure.

3 Évitez d'utiliser la glucosamine et la chondroïtine pour traiter les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou.

La glucosamine et le sulfate de chondroïtine ne soulagent pas les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou.

4 N'utilisez pas de semelles en angle pour traiter des patients qui ont une arthrose symptomatique du compartiment médial du genou.

Chez les patients qui ont une arthrose symptomatique du genou, la semelle en angle ou neutre n'atténue pas la douleur et n'améliore pas les résultats fonctionnels. On a étudié des comparaisons entre des talonnettes en angle et neutres, tout comme les comparaisons entre les semelles en angle et les semelles en angle avec bandelette sous-astragalienne. La critique systématique conclut qu'il y a des données probantes limitées seulement sur l'efficacité des talonnettes en angle et des orthèses connexes. En outre, il se peut que ceux qui ne les utilisent pas aient moins de symptômes causés par l'arthrose du genou.

5 N'utilisez pas d'attelle au poignet après l'intervention de libération du canal carpien pour assurer un soulagement de longue durée.

La pose d'une attelle au poignet après une intervention de libération du canal carpien n'a montré aucun avantage au niveau de la préhension, de la force de constriction latérale ou de la compression poplitée. La recherche n'a, en outre, révélé aucun effet au niveau des taux de complication, des résultats subjectifs ou de la satisfaction des patients. Les cliniciens voudront peut-être protéger le poignet dans un environnement de travail ou temporairement. Il n'y a toutefois pas de critère objectif sur l'utilisation appropriée des moyens de protection. Les cliniciens doivent connaître les effets nuisibles, y compris la formation d'adhérences, la raideur et la prévention du mouvement des nerfs et des tendons.

6 N'utilisez pas le débridement arthroscopique comme intervention principale pour la prise en charge de l'arthrose du genou.

Plusieurs méta-analyses récentes ont conduit à la rédaction de lignes directrices de pratique clinique qui déconseillent l'utilisation du débridement arthroscopique pour le traitement de l'arthrite dégénérative du genou, et des déchirures du ménisque chez les patients de plus de 35 ans, puisqu'il semble que la chirurgie arthroscopique ne procure aucun bienfait durable en comparaison avec une prise en charge conservatrice (physiothérapie, injections et médicaments). Toutefois, cela n'empêche pas l'utilisation circonspecte de la chirurgie arthroscopique lorsqu'elle est indiquée pour la prise en charge d'une comorbidité symptomatique en présence d'arthrose ou de dégénérescence.

7 Ne demandez pas d'IRM du genou lorsque des signes d'arthrose sont visibles à la radiographie avec mise en charge et en présence de symptômes d'arthrose car l'IRM apporte rarement un complément d'information utile pour orienter le diagnostic ou le traitement.

Il est possible de poser un diagnostic d'arthrose du genou en se fiant aux antécédents du patient, à son examen physique et à la radiographie ordinaire (clichés postéro-antérieurs, latéraux et fémoro-patellaires). Les demandes d'IRM contribuent à allonger les temps d'attente pour les patients, peuvent provoquer une anxiété indue dans l'intervalle précédant la consultation avec le spécialiste et retarder les épreuves d'IRM pour les patients qui en ont réellement besoin.

8 Ne demandez pas d'IRM de la hanche lorsque des signes d'arthrose sont visibles à la radiographie et en présence de symptômes d'arthrose car l'IRM apporte rarement un complément d'information utile pour orienter le diagnostic ou le traitement.

Il est possible de poser un diagnostic d'arthrose de la hanche en se fiant aux antécédents du patient, à son examen physique et la radiographie ordinaire. Les demandes d'IRM contribuent à allonger les temps d'attente pour les patients, peuvent provoquer une anxiété indue dans l'intervalle précédant la consultation avec le spécialiste et retarder les épreuves d'IRM pour les patients qui en ont réellement besoin.

9 Ne prescrivez pas d'opioïdes pour la prise en charge de l'arthrose avant d'avoir optimisé l'utilisation des approches non opioïdes pour le contrôle de la douleur.

L'utilisation d'opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse est associée à des risques importants. Une optimisation de la pharmacothérapie non opioïde et des modalités non pharmacologiques est fortement recommandée. Les opioïdes ne sont pas supérieurs aux agents non opioïdes pour ce qui est d'améliorer la capacité fonctionnelle en lien avec la douleur sur une période de 12 mois chez les patients souffrant de douleur arthrosique de modérée à grave à la hanche, au genou ou au dos.

10 Ne demandez pas d'emblée l'examen anatomopathologique des tissus prélevés lors d'une intervention primaire d'arthroplastie de la hanche et du genou effectuée en raison d'un problème d'arthrite dégénérative.

Plusieurs revues d'importance regroupant des milliers de patients ont démontré que l'examen anatomopathologique de routine des spécimens chirurgicaux prélevés lors d'intervention pour arthroplastie primaire non compliquée de la hanche et du genou n'influe en rien sur la prise en charge des patients ou les résultats qu'ils obtiennent.

Comment la liste a été établie

Recommandations 1 à 5

L'Association canadienne d'orthopédie (ACO) a rédigé ses cinq principales recommandations pour la campagne Choisir avec soin en demandant à son comité pour les normes nationales de passer en revue le corpus de preuves associées aux cinq traitements et interventions sélectionnés par l'American Academy of Orthopaedic Surgeons pour la campagne Choosing Wisely® des États-Unis. Jugeant que la liste était pertinente pour le contexte clinique canadien, le Comité a recommandé son adoption au comité exécutif de l'ACO, et la proposition a été adoptée à l'unanimité par le conseil d'administration. Par conséquent, les cinq éléments ont été adoptés avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, ©2013 American Academy of Orthopaedic Surgeons.

Recommandations 6 à 10

Cette liste a été rédigée par l'ACO en collaboration avec la Société canadienne d'arthroplastie (SCA) et l'Arthroscopy Association of Canada (AAC). La recommandation 6 émane de l'énoncé de position de l'AAC concernant l'arthroscopie du genou. Les recommandations 7, 8 et 10 ont été proposées par les membres de la SCA lors de son assemblée annuelle en 2017. La recommandation 9 a été proposée par les membres du comité pour les normes de l'ACO après l'assemblée annuelle de cette dernière en juin 2017.

Sources

- 1** Abraham P, et coll. Does venous microemboli detection add to the interpretation of D-dimer values following orthopedic surgery? *Ultrasound Med Biol.* Mai 1999; 25(4):637-40. [PMID : 10386740](#).
American Academy of Orthopaedic Surgeons. [Preventing venous thromboembolic disease in patients undergoing elective hip and knee arthroplasty: Evidence-based guideline and evidence report](#) [Page Web]. Septembre 2011. (Consulté le 20 février 2014).
Bounameaux H, et coll. Measurement of plasma D-dimer is not useful in the prediction or diagnosis of postoperative deep vein thrombosis in patients undergoing total knee arthroplasty. *Blood Coagul Fibrinolysis.* Novembre 1998; 9(8):749-52. [PMID : 9890718](#).
Ciccone WJ 2nd, et coll. Ultrasound surveillance for asymptomatic deep venous thrombosis after total joint replacement. *J Bone Joint Surg Am.* Août 1998; 80(8):1167-74. [PMID : 9730126](#).
Davidson BL, et coll. Low accuracy of color Doppler ultrasound in the detection of proximal leg vein thrombosis in asymptomatic high-risk patients. The RD heparin arthroplasty group. *Ann Intern Med.* 1er novembre 1992; 117(9):735-8. [PMID : 1416575](#).
Garino JP, et coll. Deep venous thrombosis after total joint arthroplasty. The role of compression ultrasonography and the importance of the experience of the technician. *J Bone Joint Surg Am.* Septembre 1996; 78(9):1359-65. [PMID : 8816651](#).
Larcom PG, et coll. Magnetic resonance venography versus contrast venography to diagnose thrombosis after joint surgery. *Clin Orthop Relat Res.* Octobre 1996; (331)(331):209-15. [PMID : 8895640](#).
Lensing AW, et coll. A comparison of compression ultrasound with color Doppler ultrasound for the diagnosis of symptomless postoperative deep vein thrombosis. *Arch Intern Med.* 14 avril 1997; 157(7):765-8. [PMID : 9125008](#).
Mont MA, et coll. Preventing venous thromboembolic disease in patients undergoing elective hip and knee arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg.* Décembre 2011; 19(12):768-76. [PMID : 22134209](#).
Niimi R, et coll. Evaluation of soluble fibrin and D-dimer in the diagnosis of postoperative deep vein thrombosis. *Biomarkers.* Mars 2010; 15(2):149-57. [PMID : 19903012](#).
Pellegrini VD Jr, et coll. The John Charnley Award: Prevention of readmission for venous thromboembolic disease after total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* Décembre 2005; 441:56-62. [PMID : 16330984](#).
Pellegrini VD Jr, et coll. The Mark Coventry Award: Prevention of readmission for venous thromboembolism after total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* Novembre 2006; 452:21-7. [PMID : 16906107](#).
Robinson KS, et coll. Ultrasonographic screening before hospital discharge for deep venous thrombosis after arthroplasty: The post-arthroplasty screening study. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* Septembre 1997; 127(6):439-45. [PMID : 9313000](#).
Schmidt B, et coll. Ultrasound screening for distal vein thrombosis is not beneficial after major orthopedic surgery. A randomized controlled trial. *Thromb Haemost.* Novembre 2003; 90(5):949-54. [PMID : 14597992](#).
Westrich GH, et coll. The incidence of deep venous thrombosis with color Doppler imaging compared to ascending venography in total joint arthroplasty: A prospective study. *Contemp Surg.* 1997; 51:225-34.
- 2** American Academy of Orthopaedic Surgeons. [Treatment of osteoarthritis of the knee \(non-arthroplasty\): Guide integral](#), [Page Web]. Décembre 2008. (Consulté le 20 février 2014).
Arden NK, et coll. A randomised controlled trial of tidal irrigation vs corticosteroid injection in knee osteoarthritis: The KIVIS study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008. Juin 2008; 16(6):733-9. [PMID : 18077189](#).
Bradley JD, et coll. Tidal irrigation as treatment for knee osteoarthritis: A sham-controlled, randomized, double-blinded evaluation. *Arthritis Rheum.* Janvier 2002; 46(1):100-8. [PMID : 11817581](#).
Chang RW, et coll. A randomized, controlled trial of arthroscopic surgery versus closed-needle joint lavage for patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.* Mars 1993; 36(3):289-96. [PMID : 8452573](#).
Dawes PT, et coll. Saline washout for knee osteoarthritis: Results of a controlled study. *Clin Rheumatol.* 1987 Mar;6(1):61-3. [PMID : 3581699](#).
Ike RW, et coll. Tidal irrigation versus conservative medical management in patients with osteoarthritis of the knee: A prospective randomized study. Tidal Irrigation Cooperating Group. *J Rheumatol.* Mai 1992; 19(5):772-9. [PMID : 1613709](#).
Richmond J, et coll. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). *J Am Acad Orthop Surg.* Septembre 2009; 17(9):591-600. [PMID : 19726743](#).
Vad VB, et coll. Management of knee osteoarthritis: Knee lavage combined with hylan versus hylan alone. *Arch Phys Med Rehabil.* Mai 2003; 84(5):634-7. [PMID : 12736873](#).
- 3** American Academy of Orthopaedic Surgeons. [Treatment of osteoarthritis of the knee \(non-arthroplasty\): Full guideline](#) [Internet]. [Page Web]. Décembre 2008. (Consulté le 20 février 2014).
Altman RD, et coll. Effects of a ginger extract on knee pain in patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* Novembre 2001; 44(11):2531-8. [PMID : 11710709](#).
Bourgeois P, et coll. Efficacy and tolerability of chondroitin sulfate 1200 mg/day vs chondroitin sulfate 3 x 400 mg/day vs placebo. *Osteoarthritis Cartilage.* Mai 1998; 6 Suppl. A:25-30. [PMID : 9743816](#).
Bucsi L, et coll. Efficacy and tolerability of oral chondroitin sulfate as a symptomatic slow-acting drug for osteoarthritis (SYSADOA) in the treatment of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* Mai 1998; 6 Suppl. A:31-6. [PMID : 9743817](#).
Cibere J, et coll. Randomized, double-blind, placebo-controlled glucosamine discontinuation trial in knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 15 Octobre 2004; 51(5):738-45. [PMID : 15478160](#).
Clegg DO, et coll. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med.* 23 février 2006; 354(8):795-808. [PMID : 16495392](#).

Das A Jr, et coll. Efficacy of a combination of FCHG49 glucosamine hydrochloride, TRH122 low molecular weight sodium chondroitin sulfate and manganese ascorbate in the management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. Septembre 2000; 8(5):343-50. [PMID : 10966840](#).

Giordano N, et coll. The efficacy and tolerability of glucosamine sulfate in the treatment of knee osteoarthritis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Curr Ther Res Clin Exper*. Juin 2009;70(3)185-96. [PMID : 24683229](#).

Haupt JB, et coll. Effect of glucosamine hydrochloride in the treatment of pain of osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. Novembre 1999; 26(11):2423-30. [PMID : 10555905](#).

Hughes R, et coll. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of glucosamine sulphate as an analgesic in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology (Oxford)*. Mars 2002; 41(3):279-84. [PMID : 11934964](#).

Kahan A, et coll. Long-term effects of chondroitins 4 and 6 sulfate on knee osteoarthritis: The study on osteoarthritis progression prevention, a two-year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. Février 2009; 60(2):524-33. [PMID : 19180484](#).

Mazieres B, et coll. Chondroitin sulfate in osteoarthritis of the knee: A prospective, double blind, placebo controlled multicenter clinical study. *J Rheumatol*. Janvier 2001; 28(1):173-81. [PMID : 11196521](#).

Mazieres B, et coll. Effect of chondroitin sulphate in symptomatic knee osteoarthritis: A multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Ann Rheum Dis*. Mai 2007; 66(5):639-45. [PMID : 17204566](#).

McAlindon T, et coll. Effectiveness of glucosamine for symptoms of knee osteoarthritis: Results from an internet-based randomized double-blind controlled trial. *Am J Med*. 1er novembre 2004; 117(9):643-9. [PMID : 15501201](#).

Moller I, et coll. Effectiveness of chondroitin sulphate in patients with concomitant knee osteoarthritis and psoriasis: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Osteoarthritis Cartilage*. Juin 2010; 18 Suppl. 1:S32-40. [PMID : 20399899](#).

Noack W, et coll. Glucosamine sulfate in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. Mars 1994; 2(1):51-9. [PMID : 11548224](#).

Pavelka K Jr, et coll. Glycosaminoglycan polysulfuric acid (GAGPS) in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. Mars 1994; 2(1):51-9. [PMID : 7536623](#).

Pavelka K, et coll. Efficacy and safety of piacledine 300 versus chondroitin sulfate in a 6 months treatment plus 2 months observation in patients with osteoarthritis of the knee. *Clin Rheumatol*. Juin 2010; 29(6):659-70. [PMID : 20179981](#).

Rai J, et coll. Efficacy of chondroitin sulfate and glucosamine sulfate in the progression of symptomatic knee osteoarthritis: A randomized, placebo-controlled, double blind study. *Bull Postgrad Inst Med Ed Res Chandigarh*. 2004; 38(1):18-22.

Richmond J, et coll. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). *J Am Acad Orthop Surg*. Septembre 2009; 17(9):591-600. [PMID : 19726743](#).

Rindone JP, et coll. Randomized, controlled trial of glucosamine for treating osteoarthritis of the knee. *West J Med*. Février 2000; 172(2):91-4. [PMID : 10693368](#).

Samson DJ, et coll. Treatment of primary and secondary osteoarthritis of the knee. 1er septembre 200. Report No : 157. [PMID : 18088162](#).

Tao QW, et coll. Clinical efficacy and safety of gubitong recipe () in treating osteoarthritis of knee joint. *Chin J Integr Med*. Décembre 2009; 15(6):458-61. [PMID : 20082253](#).

Trc T, et coll. Efficacy and tolerance of enzymatic hydrolysed collagen (EHC) vs. glucosamine sulphate (GS) in the treatment of knee osteoarthritis (KOA). *Int Orthop*. Mars 2011; 35(3):341-8. [PMID : 20401752](#).

Uebelhart D, et coll. Intermittent treatment of knee osteoarthritis with oral chondroitin sulfate: A one-year, randomized, double-blind, multicenter study versus placebo. *Osteoarthritis Cartilage*. Avril 2004; 12(4):269-76. [PMID : 15023378](#).

Zakeri Z, et coll. Evaluating the effects of ginger extract on knee pain, stiffness and difficulty in patients with knee osteoarthritis. *J Med Plant Res*. 2011;5(15):3375-9.

- 4** American Academy of Orthopaedic Surgeons. [Treatment of osteoarthritis of the knee \(non-arthroplasty\): Full guideline \[Page Web\]](#). Décembre 2008. (Consulté le 20 février 2014).
- Baker K, et coll. A randomized crossover trial of a wedged insole for treatment of knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. Avril 2007; 56(4):1198-203. [PMID : 17393448](#).
- Bennell KL, et coll. Lateral wedge insoles for medial knee osteoarthritis: 12 month randomised controlled trial. *BMJ*. 18 mai 2011; 342:d2912. [PMID : 21593096](#).
- Brouwer RW, et coll. Braces and orthoses for treating osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 janvier 2005; (1)(1):CD004020. [PMID : 15674927](#).
- Maillefert JF, et coll. Laterally elevated wedged insoles in the treatment of medial knee osteoarthritis: A prospective randomized controlled study. *Osteoarthritis Cartilage*. Novembre 2001; 9(8):738-45. [PMID : 11795993](#).
- Nigg BM, et coll. Unstable shoe construction and reduction of pain in osteoarthritis patients. *Med Sci Sports Exerc*. Octobre 2006; 38(10):1701-8. [PMID : 17019290](#).
- Pham T, et coll. Laterally elevated wedged insoles in the treatment of medial knee osteoarthritis. A two-year prospective randomized controlled study. *Osteoarthritis Cartilage*. Janvier 2004; 12(1):46-55. [PMID : 14697682](#).
- Richmond J, et coll. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). *J Am Acad Orthop Surg*. 2009 Sep;17(9):591-600. [PMID : 19726743](#).
- Toda Y, et coll. Usefulness of an insole with subtalar strapping for analgesia in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. 15 octobre 2002; 47(5):468-73. [PMID : 12382293](#).
- Toda Y, et coll. Effect of a novel insole on the subtalar joint of patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. Décembre 2001; 28(12):2705-10. [PMID : 11764221](#).
- Toda Y, et coll. A 2-year follow-up of a study to compare the efficacy of lateral wedged insoles with subtalar strapping and in-shoe lateral wedged insoles in patients with varus deformity osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage*. Mars 2006; 14(3):231-7. [PMID : 16271485](#).
- Toda Y, et coll. A comparative study on the effect of the insole materials with subtalar strapping in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. *Mod Rheumatol*. Décembre 2004; 14(6):459-65. [PMID : 24387723](#).
- Toda Y, et coll. A six-month followup of a randomized trial comparing the efficacy of a lateral-wedge insole with subtalar strapping and an in-shoe lateral-wedge insole in patients with varus deformity osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. Octobre 2004; 50(10):3129-36. [PMID : 15476225](#).
- 5** American Academy of Orthopaedic Surgeons. [Clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome \[Page Web\]](#). Septembre 2008. (Consulté le 20 février 2014).
- Bury TF, et coll. Prospective, randomized trial of splinting after carpal tunnel release. *Ann Plast Surg*. Juillet 1995; 35(1):19-22. [PMID : 7574280](#).
- Cook AC, et coll. Early mobilization following carpal tunnel release. A prospective randomized study. *J Hand Surg Br*. Avril 1995; 20(2):228-30. [PMID : 7797977](#).
- Fagan DJ, et coll. A controlled clinical trial of postoperative hand elevation at home following day-case surgery. *J Hand Surg Br*. Octobre 2004; 29(5):458-60. [PMID : 15336749](#).
- Finsen V, et coll. No advantage from splinting the wrist after open carpal tunnel release. A randomized study of 82 wrists. *Acta Orthop Scand*. Juin 1999; 70(3):288-922. [PMID : 10429608](#).
- Hochberg J. A randomized prospective study to assess the efficacy of two cold-therapy treatments following carpal tunnel release. *J Hand Ther*. Juillet-septembre 2001; 14(3):208-15. [PMID : 11511016](#).
- Jeffrey SL, et coll. Use of arnica to relieve pain after carpal-tunnel release surgery. *Altern Ther Health Med*. Mars-avril 2002; 8(2):66-8. [PMID : 11892685](#).

Martins RS, et coll. Wrist immobilization after carpal tunnel release: A prospective study. *Arq Neuropsiquiatr*. Septembre 2006; 64(3A):596-9. [PMID : 17119800](#).

Provinciali L, et coll. Usefulness of hand rehabilitation after carpal tunnel surgery. *Muscle Nerve*. Février 2000; 23(2):211-6. [PMID : 10639613](#).

- 6 Arthroscopy Association of Canada. [Position Statement of Arthroscopy Association of Canada \(AAC\) Concerning Arthroscopy of the Knee Joint](#) [Internet]. Septembre 2017. [En ligne].
Brignardello-Petersen R, et coll. Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: a systematic review. *BMJ Open*. Le 11 mai 2017; vol. 7, n° 5 : p. e016114. [PMID : 28495819](#).
Khan M, et coll. Arthroscopic surgery for degenerative tears of the meniscus: a systematic review and meta-analysis. *JAMC*. Le 7 oct. 2014; vol. 186, n° 14 : p. 1057-1064. [PMID : 25157057](#).
Laupattarakasem W, et coll. Arthroscopic debridement for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. Le 23 janvier 2008; n° 1 : CD005118. [PMID : 18254069](#).
Siemieniuk RAC, et coll. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *BMJ*. Le 10 mai 2017; vol. 357 : j1982. [PMID : 28490431](#).
Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM, Lohmander LS. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ*. Le 16 juin 2015; n° 350 : h2747. [PMID : 26080045](#).
- 7 Menashe L, et coll. The diagnostic performance of MRI in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. *Osteoarthritis Cartilage*. Janvier 2012; vol. 20, n° 1 : p. 13-21. [PMID : 22044841](#).
Sakellariou G, et coll. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. Septembre 2017; vol. 76, n° 9 : p. 1484-1494. [PMID : 28389554](#).
Zhang W, et coll. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. Mars 2010; vol. 69, n° 3 : p. 483-489. [PMID : 19762361](#).
- 8 Menashe L, et coll. The diagnostic performance of MRI in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. Janvier 2012; vol. 20, n° 1 : p. 13-21. [PMID : 22044841](#).
Sakellariou G, et coll. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. Septembre 2017; vol. 76, n° 9 : p. 1484-1494. [PMID : 28389554](#).
- 9 Busse JW, et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *JAMC*. Le 8 mai 2017; vol. 189, n° 18 : p. E659-E666. [PMID : 28483845](#).
Krebs EE, et coll. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients with Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. Le 6 mars 2018; vol. 319, n° 9 : p. 872-882. [PMID : 29509867](#).
- 10 Campbell ML, et coll. Collection of surgical specimens in total joint arthroplasty. Is routine pathology cost effective? *J Arthroplasty*. *J Arthroplasty*. Janvier 1997; vol. 12, n° 1 : p. 60-63. [PMID : 9021503](#).
Kocher MS, et coll. Cost and effectiveness of routine pathological examination of operative specimens obtained during primary total hip and knee replacement in patients with osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am*. Novembre 2000; vol. 82-A, n° 11 : p. 1531-1535. [PMID : 11097439](#).
Lin MM, et coll. Histologic examinations of arthroplasty specimens are not cost-effective: a retrospective cohort study. *Clin Orthop Relat Res*. Mai 2012; vol. 470, n° 5 : p. 1452-1460. [PMID : 22057818](#).
Meding JB, et coll. Determining the necessity for routine pathologic examinations in uncomplicated total hip and total knee arthroplasties. *J Arthroplasty*. Janvier 2000; vol. 15, n° 1 : p. 69-71. [PMID : 10654465](#).

Association canadienne d'orthopédie

L'Association canadienne d'orthopédie (ACO) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Comptant quelque 1 300 membres, l'ACO est l'association professionnelle nationale qui représente les chirurgiens orthopédistes du Canada. Elle a le mandat de promouvoir l'excellence dans les soins des os et des articulations par le perfectionnement professionnel continu, les modèles de soin, les stratégies de gestion médicale, les relations gouvernementales et un code de déontologie. L'ACO tient une assemblée annuelle depuis 1945, donnant aux chirurgiens orthopédistes canadiens l'occasion de mettre à jour et de perfectionner leurs compétences en plus de discuter des questions émanant des professionnels et des patients. Confrontée à l'augmentation de la surspécialisation, l'ACO a évité la fragmentation en formant des sociétés de sous-spécialités au sein de l'organisation mère. Ainsi, l'ACO continue de parler d'une seule voix au nom de la communauté orthopédique du Canada.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

 choisiravecsoin.org |  info@choisiravecsoin.org |  [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) |  [/choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)

Otorhinolaryngologie : Chirurgie de la tête et du cou

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

par

La Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale

L'Association canadienne des oncologues chirurgicaux de tête et de cou

Dernière mise à jour : décembre 2017



1 Ne demandez pas d'imagerie – tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM) – comme premier examen chez des patients dont la plainte principale est l'enrouement.

Pour beaucoup de patients qui présentent un problème d'enrouement, la cause sous-jacente n'est pas un cancer laryngé. Par conséquent, demander d'emblée une imagerie n'aide pas à poser le diagnostic. L'enrouement persistant, qui dure plus de six semaines, peut être l'un des premiers signes d'un cancer du larynx. Cela s'observe particulièrement chez les fumeurs et les ex-fumeurs et les personnes qui consomment ou ont consommé beaucoup d'alcool. Dans le cadre d'un examen physique complet, la laryngoscopie est l'épreuve diagnostique initiale à privilégier dans les cas d'enrouement persistant. Si la laryngoscopie révèle une paralysie des cordes vocales ou la présence d'une masse ou d'une lésion du larynx, on procédera selon le cas à des épreuves d'imagerie plus poussées.

2 N'effectuez pas de biopsie ou d'excision ouverte d'une masse cervicale sans avoir d'abord envisagé une biopsie à l'aiguille fine (BAF).

Une biopsie d'aspiration à l'aiguille fine (BAF) est la norme comme épreuve diagnostique initiale pour une masse cervicale et comporte de nombreux avantages par rapport à une biopsie cervicale ouverte. La BAF pose moins de risques, entre autres, pour ce qui est de la dissémination des cellules cancéreuses ailleurs dans le cou, ce qui compliquerait le traitement subséquent du cancer, le cas échéant. La BAF est en outre peu coûteuse, rapide à obtenir sans anesthésie générale. Elle peut être effectuée avec ou sans l'aide d'imagerie pour assurer le positionnement de l'aiguille selon la localisation de la masse. La biopsie écho-guidée est particulièrement utile pour les masses partiellement kystiques ou si elle se situe près de structures vitales. Pour une masse au cou, la biopsie cervicale ouverte ne devrait être envisagée que si le résultat de la BAF est non diagnostique ET qu'un examen complet de la tête et du cou ne révèle aucun cancer primaire. Si on soupçonne fortement un lymphome (antécédents de lymphome, diaphorèse nocturne, perte de poids, lymphadénopathie étendue), une biopsie ouverte ou une microbiopsie peuvent être envisagées au lieu de la BAF.

3 Ne demandez pas d'échographie du cou dans les cas d'odynophagie (inconfort ou douleur à la déglutition) ou de sensation de boule dans la gorge.

L'odynophagie et la sensation de boule dans la gorge sont des symptômes fréquents et le diagnostic différentiel peut être varié, incluant des causes inflammatoires, infectieuses, néoplasiques, auto-immunes et post-traumatiques. L'odynophagie et la sensation de boule dans la gorge sont rarement dues à une masse cervicale sous-jacente et le cas échéant, la lésion en question est habituellement relativement apparente à l'examen physique. L'échographie cervicale ou thyroïdienne demandée pour examiner les patients qui présentent de l'odynophagie ou une sensation de boule dans la gorge est plus susceptible de révéler d'autres entités telles que des nodules thyroïdiens bénins, plutôt que de confirmer un diagnostic qui expliquerait les symptômes du patient, et pourrait entraîner une cascade d'autres tests susceptibles de nuire au patient. Malheureusement, l'utilisation de tests pour exclure certains diagnostics mène parfois à la découverte fortuite d'autres entités qui pourront mener à des examens plus approfondis et dans certains cas, des traitements chirurgicaux non justifiés voir nuisibles aux patients.

Comment la liste a été établie

La liste est le fruit du travail de l'Association canadienne des chirurgiens oncologues spécialistes de la tête et du cou de la Société canadienne otorhinolaryngologie : chirurgie de la tête et du cou (SCO-CCF). Les membres de chaque groupe, représentant les leaders nationaux de leur subsécialité respective, ont été invités à créer une liste de recommandations concernant des examens souvent prescrits inutilement ou des interventions courantes jugées inutiles. Souvent invasifs, ces examens et interventions inutiles exposent les patients à des risques et engendrent des coûts injustifiés pour notre système de soins de santé public. Les données probantes ont ensuite été examinées afin de parfaire les recommandations. La version définitive de la liste a été présentée aux membres des groupes aux fins d'approbation.

Sources

- 1 Hoare TJ, et coll. Detection of laryngeal cancer--the case for early specialist assessment. J R Soc Med. Juill. 1993; vol. 86, n° 7 : p. 390-392. PMID : 8053995.
Schwartz SR, et coll. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg. Sept. 2009; vol. 141, n° 3 (Suppl. 2) : p. S1-S31. PMID : 19729111.
Syed I, et coll. Hoarse voice in adults: an evidence-based approach to the 12 minute consultation. Clin Otolaryngol. Févr. 2009; vol. 34, n° 1 : p. 54-58. PMID : 19260886.
- 2 Choisir avec soin. Société canadienne d'hématologie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Le 29 oct. 2014. [En ligne]. (consulté le 13 juin 2017).
Haynes J, et coll. Evaluation of neck masses in adults. Am Fam Physician. Le 15 mai 2015; vol. 91, no 10 : p. 698-706. PMID : 25978199.
Layfield LJ. Fine-needle aspiration of the head and neck. Pathology (Phila). 1996; vol. 4, n° 2 : p. 409-438. PMID : 9238365.
- 3 Hall SF, et coll. Access, excess, and overdiagnosis: the case for thyroid cancer. Cancer Med. Févr. 2014; vol. 3, n° 1 : p. 154-161. PMID : 24408145.
Hall SF, et coll. Increasing detection and increasing incidence in thyroid cancer. World J Surg. Déc. 2009; vol. 33, n° 12 : p. 2567-2571. PMID : 19789911.

À propos de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou l'Association canadienne des chirurgiens oncologues – chirurgie de la tête du cou

La Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou et l'Association canadienne des chirurgiens oncologues – chirurgie de la tête et du cou sont de fières partenaires de la campagne Choisir avec soin. La Société soutient la communauté des professionnels en otorhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale au Canada. Elle se compose exclusivement d'otorhinolaryngologistes – chirurgiens cervicofaciaux et d'étudiants de la spécialité. Quant à l'Association, elle regroupe exclusivement des chirurgiens en oncologie cervicofaciale. La Société et l'Association s'emploient à améliorer les soins aux patients grâce au soutien à l'enseignement, à la promotion de la recherche, à la diffusion de renseignements, à l'avancement scientifique de la Société et au maintien de normes professionnelles et éthiques élevées. Les membres de l'Association, représentant les leaders nationaux de la chirurgie en oncologie cervicofaciale, ont été invités à créer une liste de recommandations concernant des examens souvent prescrits inutilement ou des interventions courantes jugées inutiles. Souvent invasifs, ces examens et interventions inutiles exposent les patients à des risques et engendrent des coûts injustifiés pour notre système de soins de santé public. Les données probantes ont ensuite été examinées afin de parfaire les recommandations. La version définitive de la liste a ensuite été présentée aux membres du groupe aux fins d'approbation.



Otorhinolaryngologie : Chirurgie de la tête et du cou



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)

Otorhinolaryngologie: Otologie et neuro-otologie

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

par

La Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Évitez de demander des examens neurodiagnostiques vestibulaires et audiométriques spécialisés pour le dépistage d'une atteinte vestibulaire périphérique.

L'évaluation en cabinet et le tableau clinique devraient guider le diagnostic du patient qui présente des étourdissements. Les examens spécialisés doivent être demandés uniquement s'ils sont indiqués cliniquement, notamment l'étude des réponses évoquées auditives du tronc cérébral (REAtc), l'électrocochléographie (EcoG), l'électro ou vidéonystagmographie (ENG/VNG), l'étude des potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMP), le test d'impulsion de la tête (vHIT), la posturographie dynamique informatisée (PDI) et le test du fauteuil rotatoire. En général, les examens spécialisés de l'équilibre devraient être prescrits et interprétés par un otorhinolaryngologiste ayant une formation spécialisée en diagnostic et en traitement de troubles vestibulaires (otologistes ou neuro-otologistes). Les indications cliniques des examens peuvent inclure la localisation du côté atteint et le stade de progression de la maladie de Ménière, l'évaluation de la compensation centrale en cas de perte vestibulaire aiguë et la confirmation d'un syndrome de déhiscence du canal semi-circulaire supérieur. Les examens spécialisés sont rarement indiqués pour la prise en charge d'un vertige paroxystique positionnel bénin.

2 Ne demandez pas de bilan sanguin ou de tomodensitométrie pour l'évaluation d'une perte auditive neurosensorielle subite compte tenu de son étiologie virale présumée.

Le bilan sanguin, qui comprend typiquement une formule sanguine complète avec différentiel et un dosage des électrolytes, ainsi que le bilan auto-immun sont souvent normaux. De plus, même en cas de résultats anormaux, ils ne modifieraient pas la prise en charge clinique initiale. La tomodensitométrie, lorsqu'elle est effectuée pour exclure les causes centrales, n'est pas suffisamment sensible pour détecter la plupart des pathologies rétrocochléaires. Il faut plutôt envisager un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Un traitement de corticostéroïdes urgent peut être entrepris si le test audiométrique confirme la nature neurosensorielle de la perte. Les traitements antiviraux, thrombolytiques ou vasoactifs ne sont pas indiqués.

3 Ne faites pas d'études des potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral (PEAtc) chez les patients atteints de perte auditive asymétrique. La perte auditive asymétrique se définit comme une différence de seuil en conduction osseuse de : (a) 20 dB sur une fréquence unique; (b) 15 dB sur deux fréquences contiguës; (c) 10 dB sur trois fréquences contiguës.

S'il n'y a pas de cause évidente de l'asymétrie, telles qu'un trauma unilatéral ou une exposition unilatérale au bruit (ex : explosions de fusil), une IRM devrait être demandée. Les examens d'IRM sont plus sensibles que les PEAtc pour la détection des pathologies rétrocochléaires telles que le schwannome vestibulaire.

4 Ne prescrivez pas d'antibiotiques oraux comme traitement de première intention pour un écoulement d'oreille indolore associé à une perforation de la membrane tympanique ou à un tube transtympanique, sauf s'il y a évidence de cellulite associée au niveau du pavillon et de la peau du conduit auditif externe.

Un traitement de gouttes antibiotiques ou corticostéroïdes topiques de courte durée constitue l'intervention de première intention. Le choix d'agent approprié doit tenir compte du risque d'ototoxicité de tout médicament topique utilisé dans l'oreille moyenne. On recommande d'utiliser d'abord les préparations combinées de fluoroquinolones (p. ex., ciprofloxacine et dexaméthasone) si possible et de faire preuve de prudence lorsqu'on utilise des aminoglycosides topiques. Un microdébridement et une évaluation plus approfondie doivent être envisagés dans les situations suivantes : a) absence de réponse après un traitement de sept jours, ou b) si une vue dégagée du tympan est impossible lors du suivi ne permettant pas de confirmer que la membrane tympanique est normale, et ainsi d'exclure une maladie plus pernicieuse de l'oreille moyenne telle qu'un cholestéatome.

5 N'effectuez pas de manœuvres de repositionnement des particules (Epley ou Semont) dans l'absence d'un diagnostic clinique de vertige paroxystique positionnel bénin touchant le canal semi-circulaire postérieur de l'oreille atteinte.

Il faut d'abord établir et confirmer le diagnostic de vertige paroxystique positionnel bénin touchant le canal semi-circulaire postérieur avec la manœuvre de Dix-Hallpike avant d'entreprendre la manœuvre de repositionnement des particules. Si un patient avec des symptômes vertigineux positionnels a une manœuvre de Dix-Hallpike négative ou associée à un nystagmus atypique, on peut alors suspecter des formes moins courantes de vertige positionnel paroxystique bénin ou un vertige positionnel central comme diagnostics différentiels.

Comment la liste a été établie

La liste est le fruit du travail du groupe de surspécialité otologie et neurotologie (points 1 à 5) et de l'Association canadienne des oncologues chirurgicaux de tête et de cou (CAHNSO, points 6 à 8) de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou (CSO-HNS). Les membres de chaque groupe, représentant les leaders nationaux de leur surspécialité respective, ont été invités à créer une liste de recommandations sur des examens couramment prescrits inutilement ou des interventions courantes jugées inutiles. Ces examens et interventions inutiles sont souvent invasifs et exposent les patients à des risques en plus d'engendrer des coûts injustifiés pour notre système public des soins de santé. Les données probantes ont ensuite été examinées afin de mettre au point les recommandations. La version finale de la liste a ensuite été présentée aux membres des groupes pour fins d'approbation.

Sources

- 1 Furman JM, et coll. Vestibular disorders. 3e éd. New York: Oxford University Press; 2010. Chapitre 4, Vestibular laboratory testing; p. 30-40.
Johnson JT, et coll. Bailey's head and neck surgery: otolaryngology. 5e éd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Chapitre 165, Clinical evaluation of the patient with vertigo; p. 2673-2700.
- 2 Stachler RJ, et coll. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. Otolaryngol Head Neck Surg. Mars 2012; 146(3)Suppl.:S1-35. [PMID : 22383545](#).
- 3 Bozorg Grayeli A, et coll. Diagnostic value of auditory brainstem responses in cerebellopontine angle tumours. Acta Otolaryngol. Oct. 2008; 128(10):1096-1100 [PMID : 18607985](#).
Fortnum H, et coll. The role of magnetic resonance imaging in the identification of suspected acoustic neuroma: a systematic review of clinical and cost effectiveness and natural history. Health Technol Assess. Mars 2009; 13(18):iii-iv, ix-xi, p. 1-154. [PMID : 19358774](#).
Koors PD, et coll. ABR in the diagnosis of vestibular schwannomas: a meta-analysis. Am J Otolaryngol. Mai-juin 2013; 34(3):195-204. [PMID : 23332407](#).
- 4 Dohar J, et coll. Topical ciprofloxacin/dexamethasone superior to oral amoxicillin/clavulanic acid in acute otitis media with otorrhea through tympanostomy tubes. Pediatrics. Sept. 2006; vol. 118, no 3 : e561-569. Publication électronique. Le 31 juil. 2006. [PMID : 16880248](#).
Hannley MT, et coll. Use of ototopical antibiotics in treating 3 common ear diseases. Otolaryngol Head Neck Surg. Juin 2000; 122(6):934-40. [PMID : 10828818](#).
Roland PS, et coll. Consensus panel on role of potentially ototoxic antibiotics for topical middle ear use: Introduction, methodology, and recommendations. Otolaryngol Head Neck Surg. Mars 2004; 130(3)Suppl.:S51-6. [PMID : 15054363](#).
Organisation mondiale de la santé. Chronic suppurative otitis media Burden of illness and management options. Genève, Suisse : OMS; 2004.
- 5 Hilton MP, et coll. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 8 déc. 2014; 12:CD003162. [PMID : 25485940](#).

À propos de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou

La Société canadienne d'otorhinolaryngologie – chirurgie de la tête et du cou est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. La Société dessert la communauté des professionnels en otorhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale au Canada. Elle se compose exclusivement d'otorhinolaryngologistes – chirurgiens cervicofaciaux et d'étudiants de la spécialité. La Société s'emploie à améliorer les soins aux patients grâce au soutien de l'enseignement, à la promotion de la recherche, à la diffusion de renseignements, à l'avancement scientifique de la Société et au maintien de normes professionnelles et éthiques élevées.



La Société canadienne
d'otorhinolaryngologie – chirurgie
de la tête et du cou

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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Otorhinolaryngologie : rhinologie

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

par

le groupe de surspécialité en rhinologie

de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale

Dernière mise à jour : février 2019



1 Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux patients qui ont une sinusite aiguë et qui ne répondent pas aux critères diagnostiques de la rhinosinusite bactérienne aiguë.

La prévalence estimée des rhinosinusites aiguës d'origine bactérienne serait de 2 % à 10 %, tandis que celle des infections d'origine virale serait de 90 % à 98 %. La prise en charge de la rhinosinusite virale est axée principalement sur le soulagement des symptômes et peut comprendre l'emploi de corticostéroïdes intranasaux, d'analgésiques, de solutions salines pour irrigation nasale, de décongestionnants oraux ou topiques et de mucolytiques. Les antibiotiques sont inefficaces pour les maladies virales et ne soulagent pas directement les symptômes. Malgré cela, 82 % des patients canadiens ayant reçu un diagnostic de sinusite aiguë se sont vu prescrire des antibiotiques. Il n'est pas simple de distinguer la rhinosinusite virale de la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA) étant donné que leurs symptômes se chevauchent, mais cette distinction est essentielle pour éviter les prescriptions inutiles d'antibiotiques.

Selon les critères « **PODS** », la présence, pendant plus de 7 à 10 jours, d'au moins deux des quatre critères cliniques suivants est associée à la RSBA : douleur, **P**ression ou sensation de plénitude faciales; **O**bstruction nasale; **D**écharges nasales purulentes ou écoulement rhinopharyngé coloré; et hyposmie ou anosmie (**S**ens de l'odorat affecté) [voir *Les lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de la rhinosinusite aiguë et chronique* pour plus de détails]. Une infection bactérienne est si improbable avant sept jours de symptômes que les antibiotiques sont généralement à éviter, à moins que les symptômes persistent après ce délai.

Chez les patients qui répondent aux critères de la RSBA et qui présentent des symptômes légers ou modérés, le recours aux corticostéroïdes intranasaux est souvent suffisant. Les antibiotiques peuvent être envisagés chez les patients dont les symptômes sont graves ou chez qui l'essai de corticostéroïdes pendant 72 heures après l'établissement d'un diagnostic de RSBA* ne donne pas de résultats satisfaisants.

* Ce [tableau](#) montre que le diagnostic de RSBA requiert la persistance ou l'aggravation d'au moins deux symptômes.

2 Ne demandez pas de TDM pour une rhinosinusite aiguë non compliquée

L'imagerie radiographique visant à distinguer la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA) de la rhinosinusite virale n'est pas recommandée chez les patients qui présentent une rhinosinusite aiguë non compliquée, sauf si une complication ou un autre diagnostic est soupçonné. La tomодensitométrie (TDM) des sinus est un test très sensible pour la rhinosinusite : un résultat normal permet d'écarter avec certitude la présence d'une sinusite active, quelle qu'en soit l'étiologie. Par contre, les anomalies détectées à la TDM, comme la présence d'un niveau hydroaérique, l'épaississement de la muqueuse et l'opacification complète des sinus, sont non spécifiques; elles peuvent être observées en cas de sinusite bactérienne et de sinusite virale, et peuvent être présentes chez 42 % des personnes asymptomatiques en bonne santé. Une étude prospective menée sur de jeunes adultes enrhumés, mais autrement en bonne santé, a montré que 87 % des sujets présentaient des anomalies importantes des sinus maxillaires à la TDM. Cet examen a donc une utilité limitée pour le diagnostic de la rhinosinusite aiguë parce que ses résultats sont non spécifiques : comme la TDM ne permet pas de distinguer clairement une rhinosinusite bactérienne d'une rhinosinusite virale, elle n'aide pas à déterminer si une antibiothérapie est nécessaire. On envisagera une TDM des sinus lorsqu'une RSBA compliquée est soupçonnée, par exemple en présence d'une céphalée grave, d'une altération de l'état mental, d'une enflure du visage, d'une paralysie des nerfs crâniens, d'une proptose de l'œil ou d'autres signes cliniques.

3 Ne demandez pas de radiographies simples des sinus

Les radiographies simples des sinus ne devraient pas faire partie des tests diagnostiques de la sinusite. Les radiographies simples ont une sensibilité et une spécificité faibles, et ne permettent pas de confirmer ou d'écarter avec certitude un diagnostic de sinusite aiguë ou chronique. Les observations telles que la présence d'un niveau hydroaérique et l'opacification complète des sinus n'accompagnent pas systématiquement la rhinosinusite et ne permettent pas de distinguer l'étiologie virale de l'étiologie bactérienne. L'anatomie complexe des sinus ethmoïdes et les voies essentielles de drainage des sinus ne sont pas bien définies à la radiographie simple, ce qui n'aide pas à la planification opératoire. Comme la radiographie des sinus ne permet pas de diagnostiquer une rhinosinusite, de guider la prescription d'antibiotiques ou de planifier une chirurgie, elle n'apporte pas de valeur ajoutée aux soins et devrait être évitée.

4**Ne faites pas d'écouvillonnage de la cavité nasale dans le cadre des tests diagnostiques de la rhinosinusite**

Le diagnostic clinique de la rhinosinusite bactérienne aiguë ne requiert pas l'identification de l'agent pathogène en cause dans une culture. Si le patient répond aux critères de la RSBA non compliquée, le choix empirique de l'antibiothérapie devrait être fondé sur les agents pathogènes généralement en cause (soit *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* et *Staphylococcus aureus*), sur les tendances locales de résistance bactérienne et sur les facteurs propres au patient. Les prélèvements nasaux sur écouvillon sont contaminés par la flore nasale normale, et il n'y a pas de corrélation claire entre les résultats obtenus et les agents pathogènes de la rhinosinusite. Dans de nombreux hôpitaux, l'écouvillonnage nasal ne sert qu'à déterminer la présence ou l'absence de *S. aureus*, plutôt qu'à faire une culture complète pour identifier les agents pathogènes présents. Lorsque des cultures sont requises, par exemple en présence de complications intraorbitales ou intracrâniennes, le prélèvement d'échantillon du méat moyen sous guidage endoscopique et le prélèvement par aspiration du contenu du sinus maxillaire sont les méthodes à privilégier.

5**Ne demandez pas de radiographies simples pour l'évaluation des fractures du nez**

Les radiographies simples ne devraient pas être effectuées dans le cadre de la prise en charge des fractures du nez. La décision de réduire une fracture du nez dépend de nombreux facteurs, dont les préférences du patient, la difformité externe et les difficultés respiratoires, trois facteurs que la radiographie ne permet pas d'évaluer efficacement. Les radiographies simples ont une sensibilité et une spécificité très faibles, soit de 63,3 % et de 55,7 %, respectivement; ainsi, elles ne permettent pas de poser un diagnostic précis en cas de fracture occulte. Même si elles sont souvent prescrites pour la documentation médico-légale des fractures du nez, leurs faibles sensibilité et spécificité font douter de leur valeur dans les procédures médico-légales. Dans des études de cohortes, les radiographies du nez n'ont pas permis, à elles seules, de détecter des fractures faciales insoupçonnées, et la mise en place d'une politique interdisant le recours à ce type de radiographies n'a eu aucun effet négatif sur la prise en charge des patients. Dans l'ensemble, les radiographies du nez ne contribuent ni au diagnostic, ni à la documentation, ni à la prise en charge, et elles ne devraient pas être demandées.

Comment la liste a été établie

Cette liste est le fruit du travail du groupe de surspécialité en rhinologie de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale. Les membres du groupe, représentant les leaders nationaux de leur surspécialité respective, ont été invités à créer une liste de recommandations concernant des examens souvent prescrits inutilement ou des interventions inutiles courantes. Ces examens et interventions inutiles exposent les patients à des risques et engendrent des coûts injustifiés pour notre système de soins de santé public. Les données probantes ont ensuite été examinées afin de parfaire les recommandations. La version définitive de la liste a été présentée aux membres du groupe aux fins d'approbation. Des groupes Choisir avec soin de plusieurs spécialités ont passé en revue et peaufiné les recommandations consensuelles.

Sources

- 1 Gwaltney, J. M. Jr et coll. Acute Community-Acquired Bacterial Sinusitis: The Value of Antimicrobial Treatment and the Natural History. Clin Infect Dis. 15 janv. 2004; vol. 38, n° 2 : p. 227-233. Cyberpublication le 19 décembre 2003. [PMID : 14699455](#).
Desrosiers, M. et coll. [Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Rosenfeld, R. M. et coll. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. Avril 2015; vol. 152, n° 4 : p. 598-609. [PMID : 25833927](#).
Finley, R. et coll. [Rapport sur l'utilisation des antimicrobiens chez les humains](#). [En ligne]. Mis à jour le 17 novembre 2015.
- 2 Desrosiers, M. et coll. [Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Rosenfeld, R. M. et coll. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. Avril 2015; vol. 152, no 4 : p. 598-609. [PMID : 25833927](#).
Chow, A. W. et coll. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012; vol. 54, n° 8 : p. e72-e112. [PMID : 22438350](#).
Gwaltney, J. M. et coll. Computed Tomographic Study of the Common Cold. N Engl J Med. 1994; vol. 330, n° 1 : p. 25-30. [PMID : 8259141](#).
- 3 Desrosiers, M. et coll. [Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Rosenfeld, R. M. et coll. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. Avril 2015; vol. 152, n° 4 : p. 598-609. [PMID : 25833927](#).
Chow, A. W. et coll. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012; vol. 54, n° 8 : p. e72-e112. [PMID : 22438350](#).
Kirsch, C. F. E., J. Bykowski, J. M. Aulino et coll. ACR Appropriateness Criteria® Sinonasal Disease. J Am Coll Radiol. Novembre 2017; vol. 14, n° 11S : p. S550-S559. [PMID : 29101992](#).
Aaløkken, T. M. et coll. Conventional sinus radiography compared with CT in the diagnosis of acute sinusitis. Dentomaxillofac Radiol. Janvier 2003; vol. 32, n° 1 : p. 60-62. [PMID : 12820855](#).
Okuyemi, K. S. et coll. Radiologic imaging in the management of sinusitis. Am Fam Physician. 2002; vol. 66, n° 10 : p. 1882-1886. [PMID : 12469962](#).
- 4 Desrosiers, M. et coll. [Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Chow, A. W. et coll. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012; vol. 54, n° 8 : p. e72-e112. [PMID : 22438350](#).
- 5 Nigam, A. et coll. The value of radiographs in the management of the fractured nose. Arch Emerg Med. 1993; vol. 10, n° 4 : p. 293-297. [PMID : 8110318](#).
Jaberoo, M. C. et coll. Medico-legal and ethical aspects of nasal fractures secondary to assault: Do we owe a duty of care to advise patients to have a facial x-ray? J Med Ethics. 2013; vol. 39, n° 2 : p. 125-126. [PMID: 23172899](#).
Illum P. Legal aspects in nasal fractures. Rhinology. 1991; vol. 29, n° 4 : p. 263-266. [PMID : 1780626](#).
Logan, M., K. O'Driscoll et J. Masterson. The utility of nasal bone radiographs in nasal trauma. Clin Radiol. 1994; vol. 49, n° 3 : p. 192-194. [PMID : 8143411](#).
Sharp, J. F. et coll. Routine X-rays in nasal trauma: the influence of audit on clinical practice. J R Soc Med. 1994; vol. 87, n° 3 : p. 153-157. [PMID : 8158594](#).

À propos La Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale

La Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. La Société soutient la communauté canadienne des professionnels en otorhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale. Elle est formée exclusivement d'otorhinolaryngologistes chirurgiens cervico-faciaux et d'étudiants de la spécialité. La Société s'emploie à améliorer les soins aux patients par le soutien de l'enseignement, la promotion de la recherche, la diffusion de renseignements, l'avancement scientifique de la Société et le maintien de normes professionnelles et éthiques élevées.



La Société canadienne
d'otorhinolaryngologie et de
chirurgie cervicofaciale

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Pathologie

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

par

L'Association canadienne des pathologistes

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Éviter d'effectuer un dépistage de masse du déficit en 25(OH) vitamine D.

Le déficit en vitamine D est fréquent dans de nombreuses populations, notamment celles vivant en haute altitude, durant les mois d'hiver, de même que chez les personnes qui ne s'exposent pas suffisamment au soleil. Pour la plupart des personnes par ailleurs en bonne santé, la prise d'un supplément de vitamine D vendu sans ordonnance et une exposition au soleil accrue pendant les mois d'été sont des mesures suffisantes. Des épreuves en laboratoire sont indiquées lorsque les résultats serviront à amorcer un traitement plus énergique (p. ex. : cas d'ostéoporose, d'insuffisance rénale chronique, de malabsorption, certains types d'infection).

2 Éviter de soumettre les femmes de moins de 21 ans et celles de plus de 69 ans au test de Pap.

Suivre les lignes directrices provinciales pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage avant l'âge recommandé (21 ans dans la plupart des provinces), le dépistage chez les femmes de plus de 69 ans et le dépistage annuel ne sont pas recommandés.

3 Éviter les examens de laboratoire de routine avant une chirurgie à faible risque en l'absence d'indications cliniques.

La plupart des examens de laboratoire que subissent les patients avant une chirurgie élective (hémogramme, temps de prothrombine et temps de thromboplastine partiel, bilan métabolique de base et analyse d'urine) se révèlent normaux. Les résultats ont une incidence sur la prise en charge chez moins de 3 % des patients ayant subi ces examens. Dans presque tous les cas, aucun effet défavorable n'est observé chez les patients stables au plan clinique avant une chirurgie élective, même si les résultats de l'un des examens sont anormaux. Les examens de laboratoire préopératoires sont indiqués chez les patients symptomatiques et chez ceux qui présentent des facteurs de risque et pour qui les examens diagnostiques permettraient de préciser le risque que pose une chirurgie dans leur cas.

4 Éviter de donner des ordres permanents d'hémogrammes répétitifs pour les patients hospitalisés dont l'état est stable au plan clinique ou pour lesquels les résultats des examens de laboratoire sont stables.

Les ordres permanents d'hémogrammes devraient être évités dans le cas de patients hospitalisés, car on risque ainsi de soumettre des patients dont l'état est relativement stable à des examens répétitifs superflus. Certaines données montrent que chez les patients séjournant longtemps à l'hôpital, les analyses sanguines répétitives peuvent avoir des effets néfastes dont, parfois, une hausse de l'anémie. Les patients traumatisés subissent souvent des prises de sang répétitives à l'admission, même s'ils ne présentent aucun signe d'instabilité hématologique.

5 Éviter d'ordonner des urocultures chez les patients asymptomatiques, y compris les personnes âgées et les personnes diabétiques, ou de s'en servir comme méthode de suivi pour confirmer l'efficacité d'un traitement.

Il n'existe aucune preuve qu'un traitement par un antibiotique soit indiqué chez ces patients. Par conséquent, en ordonnant des urocultures chez des patients asymptomatiques, on risque d'utiliser un antibiotique inapproprié en plus d'accroître le risque d'une antibiorésistance. Les seules exceptions sont, d'une part, les tests de dépistage chez les femmes enceintes au tout début de la grossesse lorsqu'il existe à leur égard des lignes directrices claires et précises pour le dépistage ou la prise en charge, et d'autre part, le dépistage de la bactériurie asymptomatique avant une intervention urologique au cours de laquelle des saignements de muqueuses sont prévus.

Comment la liste a été créée

L'Association canadienne des pathologistes (CAP-ACP) a établi une liste de recommandations en collaboration avec le sous-comité d'examen de l'utilisation de la Canadian Leadership Council on Laboratory Medicine Laboratory (CLCLM), sous la direction du président de la CAP-ACP et du président de la Société canadienne des clinico-chimistes (CSCC). Le comité mixte a revu les recommandations de l'American Society for Clinical Pathology (ASCP) dans le cadre de la campagne Choosing Wisely menée aux États-Unis et a apporté des changements à deux d'entre elles pour les adapter au contexte canadien. D'autres recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, les ordres permanents de tests hématologiques et d'urocultures chez des patients asymptomatiques ont été ajoutées à la première liste. Le comité mixte a demandé à divers groupes de surspécialistes en médecine de laboratoire de revoir et de commenter ces recommandations. Les recommandations 1 et 3 ont été adoptées avec permission à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2013 American Society for Clinical Pathology. Recommendations 1 and 3 were adopted with permission from the Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2013 American Society for Clinical Pathology.

Sources

- 1** Bilinski KL, et coll. The rising cost of vitamin D testing in Australia: time to establish guidelines for testing. *Med J Aust*, le 16 juillet 2012; 197(2):90. PMID : [22794049](#).
Holick MF, et coll. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, juillet 2011; 96(7):1911-30. PMID : [21646368](#).
Lu CM. Pathology consultation on vitamin D testing: clinical indications for 25(OH) vitamin D measurement. *Am J Clin Pathol*, mai 2012; 137(5):831-2. PMID : [22645788](#).
Sattar N, et coll. Increasing requests for vitamin D measurement: costly, confusing, and without credibility. *Lancet*, le 14 janvier 2012; 379(9811):95-6. PMID : [22243814](#).
- 2** Canadian Task Force on Preventive Health Care, et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*, le 8 janvier 2013; 185(1):35-45. PMID : [23297138](#).
Canada View. [Cancer screening programs across Canada](#) [Internet]. 2017 [consulté le 5 mai 2017].
The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, et al. [Position Statement: Recommendations on screen for cervical cancer](#) [Internet]. 2013 [consulté le 5 mai 2017].
- 3** Capdenat Saint-Martin E, et coll. Description of local adaptation of national guidelines and of active feedback for rationalising preoperative screening in patients at low risk from anaesthetics in a French university hospital. *Qual Health Care*, mars 1998; 7(1):5-11. PMID : [10178152](#).
Katz RI, et coll. Survey study of anesthesiologists' and surgeons' ordering of unnecessary preoperative laboratory tests. *Anesth Analg*, janvier 2011; 112(1):207-12. PMID : [21081771](#).
Keay L, et coll. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 3:Cd007293. PMID : [22419323](#).
Munro J, et coll. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technol Assess*, 1997; 1(12):i-iv; 1-62. PMID : [9483155](#).
Reynolds TM. National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on preoperative tests: the use of routine preoperative tests for elective surgery. *Ann Clin Biochem*, janvier 2006; 43(Pt 1):13-6. PMID : [16390604](#).
- 4** Frye EB, et coll. Usefulness of routine admission complete blood cell counts on a general medical service. *J Gen Intern Med*, novembre-décembre 1987; 2(6):373-6. PMID : [3694295](#).
Gortmaker SL, et coll. A successful experiment to reduce unnecessary laboratory use in a community hospital. *Med Care*, juin 1988; 26(6):631-42. PMID : [3132579](#).
Sandhaus LM, et coll. How useful are CBC and reticulocyte reports to clinicians? *Am J Clin Pathol*, novembre 2002; 118(5):787-93. PMID : [12428801](#).
Sierink JC, et coll. Does repeat Hb measurement within 2 hours after a normal initial Hb in stable trauma patients add value to trauma evaluation. *Int J Emerg Med*, juillet 2014; 7:26-30. PMID : [25635189](#).
Thavendiranathan P, et coll. Do blood tests cause anemia in hospitalized patients? The effect of diagnostic phlebotomy on hemoglobin and hematocrit levels. *J Gen Intern Med*, juin 2005; 20(6):520-4. PMID : [15987327](#).
Williams SV, et coll. A controlled trial to decrease the unnecessary use of diagnostic tests. *J Gen Intern Med*, janvier-février 1986; 1(1):8-13. PMID : [3534168](#).
- 5** American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin; No. 91: Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. *Obstet Gynecol*. Mars 2008;111(3):785-794. PMID : [18310389](#).
Mums Health. [Anti-Infective Guidelines for Community-Acquired Infections](#), 13th edition [Internet]. Toronto (ON): MUMS Guideline Clearinghouse; 2013 [consulté le 5 mai 2017].
Juthani-Mehta, M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med*. Août 2007;23(3):585-594. PMID : [17631235](#).
Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. *Infect Dis Clin North Am*. 2003 Jun;17(2):367-94. PMID : [12848475](#).
Nicolle LE, et coll. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis* 2005 Mar 1; 40(5):643-54. PMID : [15714408](#).

À propos de L'Association canadienne des pathologistes

L'Association canadienne des pathologistes (CAP-ACP) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La CAP-ACP a été fondée en 1949 et, dans les années qui ont suivi, elle a joué un rôle dans la promotion de la pathologie auprès des communautés nationales et internationales des soins de santé et de la société canadienne. La CAP-ACP, une organisation professionnelle à participation non obligatoire, fait valoir les intérêts de notre profession et fait la promotion des normes de qualité élevées en matière de soins aux patients en faisant preuve de leadership au niveau national et en promouvant l'excellence dans la pratique de la pathologie et de la médecine de laboratoire, en enseignement et en recherche.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Pédiatrie

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

par

La Société canadienne de pédiatrie

Dernière mise à jour le 30 novembre 2016



1 **N'utilisez pas d'emblée un inhibiteur de la sécrétion acide ou un agent prokinétique pour le traitement du reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons.**

Les médicaments qui réduisent l'acidité dans l'estomac n'améliorent ni les pleurs ni les régurgitations des bébés. Ces symptômes sont courants et disparaissent habituellement par eux-mêmes à mesure que l'enfant grandit. Selon les études, les nourrissons qui prennent des médicaments destinés à bloquer la sécrétion gastrique acide présentent davantage d'infections respiratoires et gastro-intestinales. Les agents prokinétiques n'améliorent pas les symptômes de reflux chez les bébés, mais ils peuvent entraîner des effets secondaires sur le cœur et le système nerveux ainsi que des interactions avec d'autres médicaments. Par exemple, la dompéridone peut causer une augmentation de l'intervalle QTc à l'électrocardiogramme, en particulier lorsqu'elle est utilisée avec d'autres médicaments qui affectent le métabolisme hépatique. Le métoproclamide peut causer une dyskinésie tardive. Les nourrissons atteints de reflux gastro-œsophagien qui présentent un retard de croissance, des problèmes respiratoires récurrents ou un saignement gastro-intestinal doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie et pourraient avoir besoin d'un traitement médicamenteux. Ce n'est toutefois pas le cas de la plupart des nourrissons.

2 **Ne faites pas de panneaux de dépistage (screening panels) des immunoglobulines E (IgE) pour des allergies alimentaires sans d'abord examiner les éléments pertinents de l'anamnèse.**

Les tests d'allergie alimentaire peuvent être faussement positifs chez les enfants sans anamnèse évocatrice d'une allergie grave (médiée par des IgE) à l'aliment testé. Ces résultats peuvent créer une situation où l'on évite ensuite des aliments pour lesquels il n'existe aucune preuve valide d'allergie réelle. Lorsque des symptômes suggèrent une allergie alimentaire, on doit faire une anamnèse détaillée avant de prescrire des tests particuliers et ces derniers doivent être choisis en fonction de l'anamnèse. Les éléments de l'anamnèse pouvant indiquer une allergie grave à un aliment comprennent : (1) la combinaison de symptômes cutanés, oculaires, respiratoires, gastro-intestinaux et cardiovasculaires d'anaphylaxie survenant de quelques minutes à quelques heures suivant l'ingestion de l'aliment, et (2) la présence de dermatite atopique modérée à grave. Les investigations devraient être choisies en fonction de l'anamnèse et ne devraient pas inclure des tests de dépistage exhaustifs.

3 **N'administrez pas de psychostimulants aux enfants d'âge préscolaire atteints d'un trouble déficitaire de l'attention, mais offrez une thérapie comportementale administrée par les parents.**

Le traitement d'enfants d'âge préscolaire atteints d'un trouble déficitaire de l'attention devrait d'abord inclure une thérapie comportementale basée sur des données probantes, car elle est plus efficace que les psychostimulants pour ce groupe d'âge. Les enfants d'âge préscolaire sont plus sensibles à tous les effets secondaires des psychostimulants, y compris ceux associés à la vitesse de croissance. Les thérapies comportementales exigent plus de temps et de ressources, mais les avantages sont plus durables et les événements indésirables sont minimes.

4 **Ne faites pas d'emblée un prélèvement de gorge chez l'enfant atteint de mal de gorge qui présente une toux, une rhinite ou une voix rauque, car l'enfant présente presque assurément une pharyngite virale.**

Lorsqu'un enfant atteint d'un mal de gorge présente des symptômes très évocateurs de maladie virale, tels qu'un nez qui coule (rhinorrhée), une toux ou une voix rauque, il est peu probable que le prélèvement de gorge modifie la prise en charge, car le mal de gorge est rarement attribuable à une « pharyngite streptococcique ».

5 **Ne recommandez pas les remèdes contre la toux et le rhume aux enfants de moins de 6 ans.**

Les médicaments en vente libre contre la toux et le rhume contiennent souvent une combinaison de plusieurs médicaments. Les recherches montrent qu'ils ne sont pas efficaces pour les enfants. Toutefois, ils peuvent causer des effets néfastes graves, notamment une surdose accidentelle, en particulier lorsqu'ils sont combinés à d'autres médicaments. Pour ces raisons, depuis 2008, Santé Canada déconseille l'utilisation de ces médicaments chez les enfants de moins de 6 ans.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) a établi la liste de ses cinq recommandations pour le programme Choisir avec soin en créant un groupe de travail composé de sept membres. Le groupe a consulté les présidents de section et des comités de la Société qui ont ensuite demandé l'avis des membres de leurs exécutif au sujet des recommandations à inclure dans la campagne. On les a informés des listes de recommandations de l'American Academy of Pediatrics et de la Society of Hospital Medicine's (Pediatric Hospital Medicine) publiées par la campagne Choosing Wisely® aux États-Unis. On a également tenu compte des documents de principes actuels de la SCP. Le groupe de travail a ensuite examiné les propositions des sections et des comités. Au moyen de la méthode Delphi, le groupe a établi une liste de sept recommandations qu'il a présentée au conseil d'administration de la SCP, y compris des recommandations faites antérieurement par d'autres sociétés ou associations médicales. Pour éclairer son choix, la SCP a tenu compte des principes suivants : a) preuves du manque d'efficacité du test, de l'examen ou de l'intervention; b) preuves que la surutilisation du test, de l'examen ou de l'intervention entraîne des risques; c) utilisation courante du test, de l'examen ou de l'intervention par les médecins et les professionnels de la santé qui travaillent auprès des enfants au Canada. Le conseil d'administration et la direction de la SCP ont ensuite examiné la liste des sept recommandations et en ont retenu cinq.

Sources

- 1 Lightdale JR, et coll. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics*. Mai 2013; 131(5):e1684-95. PMID : 23629618.
Tighe M, et coll. Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux. *Base de données des révisions systématiques Cochrane*. Le 24 nov. 2014; 11:CD008550. PMID : 25419906.
Vandenplas Y, et coll. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Oct. 2009; 49(4):498-547. PMID : 19745761.
van der Pol RJ, et coll. Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Pediatrics*. Mai 2011; 127(5):925-35. PMID : 21464183.
- 2 Bird JA, et coll. Food allergen panel testing often results in misdiagnosis of food allergy. *J Pediatr*. Janv. 2015; 166(1):97-100. PMID : 25217201.
NIAID-Sponsored Expert Panel, et coll. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol*. Déc. 2010; 126(6)Suppl:S1-58. PMID : 21134576.
Sicherer SH, et coll. Allergy testing in childhood: using allergen-specific IgE tests. *Pediatrics*. Janv. 2012; 129(1):193-7. PMID : 22201146.
- 3 Charach A, et coll. Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*. 2013 May;131(5):e1584-604. PMID : 23545375.
Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, et coll. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011 Nov;128(5):1007-22. PMID : 22003063.
Visser SN, et coll. Vital Signs: National and State-Specific Patterns of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Among Insured Children Aged 2-5 Years - United States, 2008-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 May 6;65(17):443-50. PMID : 27149047.
- 4 Ebell MH, et coll. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA*. Le 13 déc. 2000; 284(22):2912-8. PMID : 11147989.
Shulman ST, et coll. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Le 15 nov. 2012; 55(10):1279-82. PMID : 23091044.
Tanz RR, et coll. Performance of a rapid antigen-detection test and throat culture in community pediatric offices: implications for management of pharyngitis. *Pediatrics*. Févr. 2009; 123(2):437-44. PMID : 19171607.
- 5 Goldman RD, et coll. Treating cough and cold: Guidance for caregivers of children and youth. *Paediatr Child Health*. Nov. 2011; vol. 16, no 9 : p. 564-569. PMID : 23115499.
Mazer-Amirshahi M, et coll. The impact of pediatric labeling changes on prescribing patterns of cough and cold medications. *J Pediatr*. Nov. 2014; 165(5):1024-8. e1. PMID : 25195159.
Sharfstein JM, et coll. Over the counter but no longer under the radar--pediatric cough and cold medications. *N Engl J Med*. Le 6 déc. 2007; 357(23):2321-4. PMID : 18057333.
Yang M, et coll. Revisiting the safety of over-the-counter cough and cold medications in the pediatric population. *Clin Pediatr (Phila)*. Avril 2014; 53(4):326-30. PMID : 24198312.

À propos de la Société canadienne de pédiatrie

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCP représente plus de 3000 pédiatres, pédiatres avec surspécialité, résidents en pédiatrie et autres intervenants engagés à travailler ensemble à faire progresser la santé des enfants et des adolescents en faisant la promotion de l'excellence des soins de santé, de la défense des enfants, de l'éducation, de la recherche et du soutien de ses membres.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Personnel infirmier praticien

Neuf interventions sur lesquelles le personnel infirmier praticien et les patients devraient s'interroger

par

L'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada

Dernière mise à jour : septembre 2017



1 Ne prescrivez aucun médicament à des patients de plus de 65 ans sans avoir au préalable effectué un examen complet des médicaments qu'ils prennent.

Les patients de plus de 65 ans sont exposés à un risque accru d'interactions médicamenteuses, de réactions indésirables aux médicaments et de chutes. Même s'il est parfois approprié de prescrire de nouveaux médicaments, un examen complet des médicaments qu'ils prennent devrait être fait en parallèle. L'examen doit permettre de vérifier que les médicaments utilisés exercent bien les effets désirés, que l'on utilise les doses efficaces les plus faibles, que le patient a participé à la prise de décision entourant leur utilisation et qu'ils concordent avec les buts du traitement. Il existe peu de recherches sur l'efficacité clinique des outils pour l'examen des médicaments, mais les critères STOP/START, Beers et McLeod ont fait l'objet d'une analyse Cochrane et voici une autre ressource utile : www.Medstopper.com.

2 Ne prescrivez pas d'injections de vitamine B12 en traitement de première intention chez les clients dont les taux de vitamine B12 sont bas.

La carence en vitamine B12 affecte environ 5 % des adultes canadiens. Elle résulte principalement d'une absence de facteur intrinsèque (anémie pernicieuse). L'absorption de la vitamine B12 peut être affectée par la prise régulière d'inhibiteurs de la pompe à protons. Les preuves abondent à l'appui de l'efficacité des préparations orales de vitamine B12 dans la plupart des cas liés à l'anémie pernicieuse, à la malabsorption ou à la malnutrition. L'utilisation de la vitamine B12 par voie orale est économique. En outre, la préparation orale permet d'éviter des visites superflues à la clinique pour les injections de vitamine B12, améliore l'efficacité et réduit les coûts, sans compromettre les soins aux patients. Après le début du traitement, il faut vérifier les taux sériques de vitamine B12 pour en évaluer l'efficacité. Malgré l'absence de preuves concluantes, les injections de vitamine B12 devraient néanmoins être envisagées chez les patients qui ont une grave atteinte neurologique, qui ont subi une iléectomie ou qui souffrent d'un important syndrome de malabsorption.

3 Ne vérifiez pas d'emblée les taux de vitamine D chez les adultes à risque faible.

Selon les preuves cliniques, le dépistage de la carence en vitamine D chez des individus en bonne santé est généralement inutile. La carence en vitamine D est fréquente dans de nombreuses populations, particulièrement chez les patients habitant des pays de hautes latitudes, durant les mois d'hiver et chez ceux qui ont une exposition limitée au soleil. Ainsi, les Canadiens ont une exposition au soleil inadéquate, ce qui les expose à un risque de carence en vitamine D. Les suppléments de vitamine D en vente libre et une exposition accrue au soleil durant l'été suffisent pour la plupart des patients par ailleurs en bonne santé. Les analyses de laboratoire sont appropriées chez les patients plus à risque et les résultats serviront à instaurer un traitement plus énergique (p. ex., dans les cas d'ostéoporose, de maladie rénale chronique, de malabsorption, d'obésité et avec certaines infections).

4 Ne procédez pas annuellement à un examen physique complet chez les adultes asymptomatiques qui ne présentent aucun facteur de risque significatif.

Le personnel infirmier praticien devrait plutôt fournir à ses patients asymptomatiques qui se sentent bien des conseils quant à l'importance de certains dépistages et examens ciblés selon leurs facteurs de risque, le cas échéant. Ces visites peuvent prévoir des portions spécifiques de l'examen physique et des tests de dépistage à certains intervalles selon les recommandations disponibles, par exemple, celles du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et d'organismes provinciaux de lutte contre le cancer. Le fait de suivre des recommandations fondées sur des données probantes y compris des lignes directrices concernant l'examen physique et les tests de dépistage appropriés (test de PAP, dépistage du cancer colorectal, etc.) permet au personnel infirmier praticien et à ses patients de mieux débusquer la maladie avant l'apparition des symptômes.

5 Ne demandez pas de radiographie pulmonaire de dépistage chez des patients asymptomatiques.

Cela inclut les examens de santé périodiques, les examens de santé préemploi, le dépistage de la tuberculose, les examens préopératoires et préadmission et le dépistage du cancer. On dispose de peu de preuves sur les effets positifs de tels dépistages chez ces populations. En outre, le risque associé à une exposition induite aux radiations pourrait excéder les avantages potentiels de la radiographie, et chez des patients asymptomatiques, la radiographie pulmonaire pourrait donner des résultats faux positifs, qui causent un stress inutile. La radiographie pulmonaire est à envisager chez un patient après un examen rigoureux, s'il présente un tableau clinique clair de maladie respiratoire.

6 Ne demandez pas de radiographie pulmonaire chez des patients qui souffrent d'infection aiguë des voies respiratoires supérieures.

Rien n'indique que la radiographie pulmonaire améliore les résultats ou qu'elle accélère le rétablissement des patients qui souffrent d'une infection des voies respiratoires supérieures. La radiographie pulmonaire devrait être réservée aux patients chez qui on soupçonne une pneumonie ou une infection aiguë des voies respiratoires supérieures associées à des comorbidités et aux patients dont les symptômes persistent plus de trois semaines. La pneumonie s'accompagne d'au moins deux des signes suivants : fièvre, frissons, toux d'apparition récente, productive ou non, ou toux chronique associée à une modification de la couleur des expectorations, douleur thoracique d'origine pleurétique, essoufflement et crépitements localisés. Le personnel infirmier praticien devrait garder à l'esprit les risques associés à une dose cumulative d'irradiation provenant entre autres des radiographies pulmonaires.

7 Ne demandez pas de tests de fonction thyroïdienne chez les patients asymptomatiques exposés à un risque faible.

La principale raison de procéder à un dépistage quelconque chez un patient asymptomatique est de s'assurer que le traitement qui en découlerait, le cas échéant, améliorera les résultats sur la santé comparativement aux patients qui ne subiraient pas de dépistage. On dispose de preuves insuffisantes à cet égard en ce qui concerne les tests de dépistage des maladies thyroïdiennes.

8 Ne prescrivez pas d'antibioprophylaxie pour prévenir la diarrhée du voyageur.

La diarrhée du voyageur est la maladie la plus prévisible chez les voyageurs puisqu'elle affecte jusqu'à 70 % de ceux qui se rendent dans des pays en voie de développement. La grande majorité des cas rentre dans l'ordre spontanément en quelques jours, sans traitement. L'antibioprophylaxie pour la diarrhée du voyageur n'est pas recommandée puisqu'elle peut perturber la flore intestinale normale et permettre à des bactéries résistantes, comme les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) de proliférer. Les patients sous antibiotiques sont plus susceptibles d'héberger éventuellement des bactéries productrices de BLSE. Ils peuvent excréter ces bactéries pendant plusieurs mois après leur retour à la maison et leur entourage et leurs proches risquent ainsi de contracter l'agent pathogène. Comme solution de rechange plus sécuritaire, les voyageurs devraient envisager une prophylaxie à base de salicylate de bismuth compte tenu des preuves favorables associées à son utilisation. Les médecins peuvent envisager de prescrire trois jours d'antibiotiques que le patient peut apporter en voyage. On lui conseillera clairement de ne les prendre qu'en cas de diarrhée grave, puisqu'ils pourraient abréger la durée des symptômes.

9 Ne demandez pas de test de PAP chez les femmes de moins de 21 ans ou de plus de 69 ans.

Le dépistage au moyen du test de PAP ne devrait pas être effectué chez les patientes asymptomatiques en dehors des intervalles et catégories d'âge spécifiés dans les lignes directrices provinciales et nationales à ce propos. Le cancer du col est très rare chez les femmes de moins de 21 ans, même si elles sont actives sexuellement. Chez les femmes jeunes, les cellules anormales se rétablissent généralement sans traitement. Le cancer du col est très rare chez les femmes de plus de 65 ans qui ont eu des résultats normaux à leurs tests de PAP précédents effectués à la fréquence recommandée. Chez d'autres groupes de femmes que les populations recommandées, le test de PAP pourrait donner des résultats faux positifs et entraîner un suivi et des traitements inutiles. Cela pourrait occasionner un stress indu aux patientes et les exposer aux risques associés à des épreuves diagnostiques et des traitements additionnels. On surveillera les mises à jour des lignes directrices pour le dépistage du cancer du col au fur et à mesure de leur parution.

Comment la liste a été établie

C'est le comité exécutif de l'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada (AIIPC) qui a approuvé la préparation des recommandations Choisir avec soin concernant le personnel infirmier praticien (PIP). L'AIIPC a créé un petit groupe de travail pour revoir les recommandations Choisir avec soin existantes et a suggéré des éléments potentiels pour une liste à l'intention du PIP. Le groupe de travail a ainsi dressé une liste de recommandations suggérées à partir de la recherche existante, ainsi de l'expérience et des modes de pratique courants. La liste Choisir avec soin à l'intention du personnel infirmier praticien a été affichée sur le babillard électronique de l'AIIPC pour revue et commentaires par ses membres. Les neuf recommandations retenues pour la campagne Choisir avec soin à l'intention du personnel infirmier praticien ont été présentées au comité exécutif de l'AIIPC pour examen et approbation finale avant d'être soumises à Choisir avec soin.

Sources

- 1 Bourgeois FT, et coll. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* Septembre 2010; vol. 19, no 9 : p. 901-910. [PMID : 20623513](#).
Cooper JA, et coll. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open.* Le 9 décembre 2015; vol. 5, no 12 : p. e009235. [PMID : 26656020](#).
Fried TR, et coll. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* Décembre 2014; vol. 62, no 12 : p. 2261-2272. [PMID : 25516023](#).
Fulton MM, et coll. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract.* Avril 2005; vol. 17, no 4 : p. 123-132. Analyse documentaire. [PMID : 15819637](#).
Mallet L, et coll. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet.* Le 14 juillet 2007; vol. 370, no 9582 : p. 185-191. [PMID : 17630042](#).
Marcum ZA, et coll. Prevalence of potentially preventable unplanned hospitalizations caused by therapeutic failures and adverse drug withdrawal events among older veterans. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* Août 2012; vol. 67, no 8 : p. 867-874. [PMID : 22389461](#).
Payne RA, et coll. Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *Br J Clin Pharmacol.* Juin 2014; vol. 77, no 6 : p. 1073-1082. [PMID : 24428591](#).
Weng MC, et coll. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. *QJM.* Novembre 2013; vol. 106, no 11 : p. 1009-1015. [PMID : 23836694](#).
- 2 Castelli MC, et coll. Comparing the efficacy and tolerability of a new daily oral vitamin B12 formulation and intermittent intramuscular vitamin B12 in normalizing low cobalamin levels: a randomized, open-label, parallel-group study. *ClinTher.* Mars 2011; vol. 33, no 3 : p. 358-371.e2. [PMID : 21600388](#).
Kolber MR, et coll. Oral vitamin B12: a cost-effective alternative. *Can Fam Physician.* Février 2014; vol. 60, no 2 : p. 111-112. [PMID : 24522672](#).
Kuzminski AM, et coll. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. *Blood.* Le 15 août 1998; vol. 92, no 4 : p. 1191-1198. [PMID : 9694707](#).
Lane LA, et coll. Treatment of vitamin b(12)-deficiency anemia: oral versus parenteral therapy. *Ann Pharmacother.* Juillet-août 2002; vol. 36, no 7-8 : p. 1268-1272. [PMID : 12086562](#).
Lin J, et coll. Clinical inquiry: Is high-dose oral B12 a safe and effective alternative to a B12 injection? *J FamPract.* Mars 2012; vol. 61, no 3 : p. 162-163. [PMID : 22393558](#).
MacFarlane AJ, et coll. Vitamin B-12 and homocysteine status in a folate-replete population: results from the Canadian Health Measures Survey. *Am J Clin Nutr.* Octobre 2011; vol. 94, no 4 : p. 1079-1087. [PMID : 21900461](#).
Nyholm E, et coll. Oral vitamin B12 can change our practice. *Postgrad Med J.* Avril 2003; vol. 79, no 930 : p. 218-220. [PMID : 12743340](#).
Sharabi A, et coll. Replacement therapy for vitamin B12 deficiency: comparison between the sublingual and oral route. *Br J Clin Pharmacol.* Décembre 2003; vol. 56, no 6 : p. 635-638. [PMID : 14616423](#).
- 3 Hanley DA, et coll. Vitamin D in adult health and disease: a review and guideline statement from Osteoporosis Canada. *CMAJ.* Le 7 septembre 2010; vol. 182, no 12 : p. E610-E618. [PMID : 20624868](#).
Ontario Association of Medical Laboratories. [Guideline for the Appropriate Ordering of Serum Tests for 25-hydroxy Vitamin D and 1,25-dihydroxy Vitamin D \(CLP026\)](#). Juin 2010. [En ligne]. Consulté le 9 août 2017.
Souberbielle JC, et coll. When should we measure vitamin D concentration in clinical practice? *Scand J Clin Lab Invest Suppl.* 2012; vol. 243 : p. 129-135. [PMID : 22536774](#).
Toward Optimized Practice. [Guideline for Vitamin D Testing and Supplementation in Adults](#). Octobre 2012. [En ligne]. Consulté le 8 août 2017.
- 4 Boulware LE, et coll. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med.* Le 20 février 2007; vol. 146, no 4 : p. 289-300. [PMID : 17310053](#).
Krogsbøll LT, et coll. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* Le 20 novembre 2012; vol. 345 : p. e7191. [PMID : 23169868](#).
Si S, et coll. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* Janvier 2014; vol. 64, no 618 : p. e47-e53. [PMID : 24567582](#).
The Guide to Clinical Preventive Services 2012. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (É.-U.). Rapport d'octobre 2012 No. : 12-05154. [PMID : 23285491](#).
The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J.* Le 3 novembre 1979; vol. 121, no 9 : p. 1193-1254. [PMID : 115569](#).
Thivierge C, et coll. [L'évaluation médicale périodique](#). Mai 2013. [En ligne]. Consulté le 8 août 2017.
- 5 Association canadienne des radiologistes. [Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR 2012. Section E : Système cardiovasculaire](#). 2012. [En ligne]. Consulté le 8 août 2017.
Association canadienne des radiologistes. [Guide d'introduction à l'imagerie médicale : utilisation et sûreté des rayons X](#). 2013. [En ligne]. Consulté le 8 août 2017).
Tigges S, et coll. Routine chest radiography in a primary care setting. *Radiology.* Novembre 2004; vol. 233, no 2 : p. 575-578. [PMID : 15516621](#).
- 6 Association médicale de l'Alberta. [Towards Optimized Practice: The diagnosis and management of community acquired pneumonia: Adult](#). 2008. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Association canadienne des radiologistes. [Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR 2012. Section F : Thorax](#). 2012. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Cao AM, et coll. Chest radiographs for acute lower respiratory tract infections. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 26 décembre 2013; vol. 12 : CD009119. [PMID : 24369343](#).

- 7 [Gouvernement du Canada. Dépistage des troubles de la thyroïde et du cancer de la thyroïde chez les adultes asymptomatiques dans le Guide canadien de médecine clinique préventive](#). 1994. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
[Management of thyroid dysfunction in adults](#). BPJ. 2010; vol. 33. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Surks MI, et coll. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. JAMA. Le 14 janvier 2004; vol. 291, no 2 : p. 228-238. PMID : 14722150.
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid disease: recommendation statement. Ann Intern Med. Le 20 janvier 2004; vol. 140, no 2 : p. 125-127. PMID : 14734336.
- 8 [Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Update: Multidrug Resistant Travelers' Diarrhea: Counseling Travelers on Responsible Treatment](#). Le 21 avril 2015. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Davey PG, et coll. Appropriate vs. inappropriate antimicrobial therapy. ClinMicrobiol Infect. Avril 2008; vol. 14 Suppl. no 3 : p. 15-21. PMID : 18318875.
Gouvernement du Canada. [Déclaration sur la diarrhée du voyageur](#). Le 1er mai 2015. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Gouvernement du Canada. [Diarrhée du voyageur](#). Le 27 avril 2016. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Kantele A, et coll. Antimicrobials increase travelers' risk of colonization by extended-spectrum betalactamase-producing Enterobacteriaceae. Clin Infect Dis. Le 15 mars 2015; vol. 60, no 6 : p. 837-846. PMID : 25613287.
Organisation mondiale de la santé. [Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014](#). Avril 2014. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Walkty A, et coll. [Extended-Spectrum Beta-Lactamase Producing Escherichia coli: Increasing Incidence of a Resistant Pathogen](#). Mars 2016. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
- 9 [Action Cancer Ontario. Information for Healthcare Providers on the Ontario Cervical Screening Program \(OCSP\)](#) Mai 2012. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Action Cancer Ontario. [Résumé des Lignes directrices du programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus](#). Octobre 2016. [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ. Le 8 janvier 2013; vol. 185, no 1 : p. 35-45. PMID : 23297138.
National Institute for Health and Care Excellence. [Cervical screening](#). 2010 [En ligne]. Consulté le 11 août 2017.

À propos de l'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada

La NPAC-AIIPC représente les infirmières et infirmiers praticiens à l'échelle nationale et a pour objectif de défendre la pratique et de réduire les obstacles à l'exercice de la profession d'infirmière et infirmiers praticiens. Cette organisation canadienne regroupe plus de 1 300 membres et plusieurs spécialités.



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://facebook.com/choisiravecsoin)

Pharmacien

Les six interventions sur lesquelles les pharmaciens et les patients devraient s'interroger

par

L'Association des pharmaciens du Canada

Dernière mise à jour : novembre 2017



1 Ne traitez pas les effets secondaires d'un médicament à l'aide d'un autre médicament, sauf en cas d'absolue nécessité.

Les effets secondaires des médicaments sont souvent interprétés, à tort, comme étant les symptômes d'un autre trouble de santé, ce qui fait en sorte que les patients se voient prescrire des médicaments supplémentaires pour traiter les effets indésirables d'un médicament (EIM). Les prescriptions en cascade contribuent à la polypharmacie, qui comporte de nombreux risques, dont des interactions médicamenteuses, une augmentation de la fréquence ou de la gravité des effets secondaires et une mauvaise observance du traitement. Elles peuvent également exacerber les EIM qui passent inaperçus, nuire à la qualité de vie des patients, mener à des hospitalisations évitables et augmenter inutilement le coût des soins de santé. Les professionnels de la santé devraient toujours garder en tête la possibilité qu'un EIM ressemble à un nouveau symptôme, surtout chez les adultes âgés, et devraient éviter de prescrire un traitement pharmacologique avant d'avoir évalué attentivement la situation.

2 Ne recommandez pas l'utilisation de médicaments en vente libre contenant de la codéine pour traiter la douleur aiguë ou chronique. Conseillez aux patients d'éviter ces médicaments et donnez-leur d'autres options sûres.

Rien n'indique que les médicaments contenant une faible dose de codéine sont plus efficaces que les analgésiques non opioïdes. La codéine est un opioïde toxicomane pouvant entraîner une dépendance et un trouble d'abus. Les produits en vente libre contenant de la codéine sont souvent combinés à des analgésiques non opioïdes (p. ex., AINS ou acétaminophène). S'ils sont mal utilisés, ces cocktails médicamenteux risquent d'entraîner non seulement une dépendance à la codéine et un trouble d'abus de substance, mais aussi de graves réactions indésirables en raison de leur teneur élevée en analgésique non opioïde (ibuprofène, acétaminophène ou aspirine). Les conséquences liées à de fortes doses d'analgésique non opioïde comprennent notamment une hépatotoxicité, une perforation gastrique, une hémorragie et un ulcère gastroduodéal, une insuffisance rénale, une anémie secondaire à une perte de sang chronique et une faible kaliémie (dont les complications neurologiques et cardiaques peuvent être mortelles).

3 Ne commencez pas ou ne renouvelez pas un traitement pharmacologique, sauf si ce dernier est clairement indiqué et qu'on en attend un bienfait raisonnable chez un patient donné.

Deux Canadiens de plus de 65 ans sur trois prennent au moins cinq médicaments, et plus de 40 % des personnes de 85 ans ou plus en prennent au moins dix. Chaque nouveau médicament augmente le risque d'effet indésirable et d'hospitalisation du patient. Afin de garantir l'innocuité et la pertinence du traitement, les professionnels de la santé devraient avoir accès aux indications thérapeutiques justifiant le traitement pharmacologique d'un patient; toute nouvelle prescription ou tout renouvellement de médicament ne devrait être effectué que lorsqu'il est établi que les bienfaits du traitement l'emportent sur les risques.

4 Ne renouvelez pas un traitement de longue durée par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans tenter de l'interrompre ou d'en réduire (graduellement) la posologie au moins une fois par année chez la plupart des patients.

Au Canada, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) figurent parmi les médicaments les plus souvent prescrits, et bon nombre d'entre eux sont maintenant accessibles en vente libre. Ces médicaments, généralement sans danger et bien tolérés lorsqu'ils sont utilisés au besoin dans le cadre d'un traitement de courte durée du reflux gastro-œsophagien pathologique, peuvent toutefois avoir plusieurs effets indésirables; le risque peut augmenter selon l'âge du patient, ainsi que selon la durée et la pertinence du traitement aux IPP. Les effets indésirables associés à l'utilisation à long terme des IPP comprennent notamment un risque accru de fracture, d'infection à *Clostridium difficile* et de diarrhée, de pneumonie d'origine communautaire, de carence en vitamine B12 et d'hypomagnésémie. Les lignes directrices indiquent qu'il est préférable de les utiliser à court terme, et recommandent de recourir aux antagonistes des récepteurs H2 ou d'amener les patients à changer leurs habitudes de vie plutôt que d'utiliser des IPP à long terme. Elles recommandent également de cesser les IPP chez les adultes ayant suivi un traitement d'au moins quatre semaines et dont les symptômes se sont résorbés. Cette recommandation ne s'applique pas aux patients atteints d'un œsophage de Barrett ou d'une œsophagite grave de stade C ou D, ou ayant des antécédents d'ulcères gastro-intestinaux accompagnés de saignements.

5 Remettez en question le recours aux antipsychotiques comme traitement de première intention de l'insomnie primaire, peu importe l'âge du patient.

Entre 2005 et 2012, l'utilisation hors indication de certains antipsychotiques atypiques pour traiter l'insomnie a bondi de 300 % en raison des propriétés sédatives de ces médicaments. Les lignes directrices signalent un manque de preuves démontrant les avantages des antipsychotiques atypiques comme traitement de première intention de l'insomnie et lancent un avertissement au sujet de leurs possibles effets indésirables, qui comprennent notamment un gain pondéral et des troubles métaboliques. Même si les antipsychotiques sont appropriés chez certains patients atteints d'insomnie ne répondant pas bien aux autres traitements, leur utilisation comme traitement de première intention est déconseillée en raison du manque de données probantes sur leurs avantages et de leurs possibles effets indésirables.

6 Ne prescrivez pas ou ne remettez pas de benzodiazépines à un patient sans ajouter à son plan de traitement des stratégies de cessation du médicament (sauf pour les patients ayant une indication justifiant un traitement à long terme).

Au Canada, les benzodiazépines sont fréquemment prescrites pour traiter l'insomnie et les troubles anxieux. Des données probantes fiables montrent que l'utilisation à long terme de benzodiazépines chez les personnes âgées est associée à une tolérance et à une dépendance à ce médicament, ainsi qu'à des effets indésirables, comme une sédation, des troubles de la mémoire et de la cognition, des chutes, des fractures de la hanche, une dépression et une augmentation des hospitalisations. Les lignes directrices sur la prescription recommandent d'essayer d'autres options pharmacologiques et non pharmacologiques avant de prescrire des benzodiazépines. S'il s'avère que les benzodiazépines sont avantageuses pour un patient, elles ne devraient généralement pas être prescrites à long terme, et des stratégies visant la cessation du médicament devraient être intégrées à son plan de traitement; ces stratégies peuvent comprendre une réduction graduelle de la dose, une thérapie cognitivo-comportementale et la prescription d'autres médicaments afin de remplacer ou de réduire les benzodiazépines.

Comment la liste a été établie

L'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a établi la liste de ses six recommandations pour le programme Choisir avec soin en deux étapes. La première étape, réalisée à l'automne 2016, consistait à appeler les pharmaciens et les chercheurs en pharmacie canadiens à fournir leurs recommandations. La deuxième étape consistait à mettre sur pied un comité d'experts chargé d'étudier et de parachever ces recommandations. Le comité était composé de représentants des associations membres de l'APhC, de chercheurs en pharmacie, du Conseil d'administration de l'APhC et de membres du personnel ayant de bonnes connaissances et une grande expérience en matière de pratiques en pharmacie et d'amélioration de la qualité. Les critères utilisés par le comité pour établir la liste définitive des recommandations comprenaient la pertinence et l'effet de ces recommandations pour les pharmaciens en exercice, ainsi que les données probantes appuyant chacune d'entre elles. Cette liste a été approuvée par le Conseil d'administration et les associations membres de l'APhC.

Sources

- 1 Avorn J, et coll. Increased incidence of levodopa therapy following metoclopramide use. *JAMA*. 1995; vol. 274, no 22 : p. 1780-1782. [PMID : 7500509](#).
Cadogan CA, et coll. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug Saf. Février 2016*; vol. 39, no 2 : p. 109-116. [PMID : 26692396](#).
Gill SS, et coll. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med*. 11 avril 2005; vol. 165, no 7 : p. 808-813. [PMID : 15824303](#).
Gurwitz JH, et coll. Initiation of antihypertensive treatment during nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy. *JAMA*. 14 septembre 1994; vol. 272, no 10 : p. 781-786. [PMID : 8078142](#).
Kalisch LM, et coll. The prescribing cascade. *Aust Prescr*. 2011; vol. 34 : p. 162-166.
Nguyen PV, et coll. Prescribing cascade in an elderly woman. *Revue des pharmaciens du Canada*. 2016; vol. 149, no 3 : p. 122-124. [PMID : 27212961](#).
Rochon PA, et coll. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 25 octobre 1997; vol. 315, no 7115 : p. 1096-1099. [PMID : 9366745](#).
Rochon PA, et coll. The prescribing cascade revisited. *The Lancet*. Mai 2017; vol. 389, no 10081 : p. 1778-1780. [PMID : 28495154](#).
- 2 Association des pharmaciens du Canada. [CPhA welcomes Health Canada's action plan on acetaminophen safety](#). [En ligne] 15 septembre 2016 (consulté le 23 juin 2017).
Chetty R, et coll. Severe hypokalaemia and weakness due to Nurofen misuse. *Ann Clin Biochem*. Juillet 2003; vol. 40 (partie 4) : p. 422-423. [PMID : 12880547](#).
Cooper RJ. Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature. *J Subst Use*. Avril 2013; vol. 18, no 2 : p. 82-107. [PMID : 23525509](#).
de Craen AJ, et coll. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *BMJ*. 10 août 1996; vol. 313, no 7053 : p. 321-325. [PMID : 8760737](#).
Frei MY, et coll. Serious morbidity associated with misuse of over-the-counter codeine-ibuprofen analgesics: a series of 27 cases. *Med J Aust*. 6 septembre 2010; vol. 193, no 5 : p. 294-296. [PMID : 20819050](#).
McAvoy BR, et coll. Over-the-counter codeine analgesic misuse and harm: characteristics of cases in Australia and New Zealand. *N Z Med J*. 25 novembre 2011; vol. 124, no 1346 : p. 29-33. [PMID : 22143850](#).
Robinson GM, et coll. Misuse of over-the-counter codeine-containing analgesics: dependence and other adverse effects. *N Z Med J*. 25 juin 2010; vol. 123, no 1317 : p. 59-64. [PMID : 20657632](#).
Van Hout MC, et coll. Misuse of non-prescription codeine containing products: Recommendations for detection and reduction of risk in community pharmacies. *Int J Drug Policy*. Janvier 2016; vol. 27 : p. 17-22. [PMID : 26454626](#).
- 3 Alberta College of Pharmacists. [Check up on "checking"](#). [En ligne] 2015 (consulté le 23 juin 2017).
Frank C, et coll. Deprescribing for older patients. [En ligne] *CMAJ*. 9 décembre 2014; vol. 186, no 18 : p. 1369-1376. [PMID : 25183716](#).
Hilmer SN, et coll. Thinking through the medication list: appropriate prescribing and deprescribing in robust and frail older patients. *Aust Fam Physician*. Décembre 2012; vol. 41, no 12 : p. 924-928. [PMID : 23210113](#).
Holmes HM. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. *Clin Pharmacol Ther*. Janvier 2009; vol. 85, no 1 : p. 103-107. [PMID : 19037198](#).
Nusair MB, et coll. How pharmacists check the appropriateness of drug therapy? Observations in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm*. Mars-avril 2017; vol. 13, no 2 : p. 349-357. [PMID : 27102265](#).
Picard A. [The Globe and Mail: Seniors are given so many drugs, it's madness](#). [En ligne] 8 mars 2017 (consulté le 11 septembre 2017).
- 4 Choisir avec soin. [Adieu aux IPP!](#) [En ligne] Juillet 2017 (consulté le 26 juin 2017).
Farrell B, et coll. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Médecin de famille canadien*. Mai 2017; vol. 63, no 5 : p. 354-364. [PMID : 28500192](#).
Rx Files. [PPI Deprescribing: Approaches for stopping or dose reduction of PPIs in those who may not need lifelong treatment](#). [En ligne] Avril 2015 (consulté le 26 juin 2017).
Yu LY, et coll. A review of the novel application and potential adverse effects of proton pump inhibitors. *Adv Ther*. Mai 2017; vol. 34, no 5 : p. 1070-1086. [PMID : 28429247](#).
Zagaria ME. PPIs: Considerations and resources for deprescribing in older adults. *US Pharm*. 2016; vol. 12, no 41 : p. 7-10.
- 5 Association des psychiatres du Canada. [Le traitement de première ligne de l'insomnie ne devrait pas comporter une utilisation systématique des antipsychotiques, selon les psychiatres canadiens](#). [En ligne] Juin 2015 (consulté le 26 juin 2017).
Coe HV, et coll. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. *Ann Pharmacother*. Mai 2012; vol. 46, no 5 : p. 718-722. [PMID : 22510671](#).
Maglione M, et coll. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update. Rockville (Mar.): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Septembre 2011; rapport no 11-EHC087-EF. [PMID : 22132426](#).
Park S. [Off-label use of atypical antipsychotics: Lack of evidence for their use in primary insomnia](#). *Formulary Journal*. Novembre 2013 (consulté le 26 juin 2017).
Shah C, et coll. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacol Res*. Janvier 2014; vol. 79 : p. 1-8. [PMID : 24184858](#).
Thompson W, et coll. Atypical antipsychotics for insomnia: a systematic review. *Sleep Med*. 2016; vol. 12, no 6 : p. 13-17. [PMID : 27544830](#).
Tripathi A, et coll. Antipsychotics for nonpsychotic illness. *Current Psychiatry*. 2013; vol. 12, no 2 : p. 22.

- 6 Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. Mai 2005; vol. 18, no 3 : p. 249-255. PMID : 16639148.
- Baillargeon L, et coll. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ*. 2003; vol. 169, no 10 : p. 1015-1020. PMID : 14609970.
- Centre national de la douleur. Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique. [En ligne] 2017 (consulté le 18 août 2017).
- Chang F. Strategies for benzodiazepine withdrawal in seniors: Weaning patients off these medications is a challenge. *Can Pharm J*. 1er novembre 2005; vol. 138, no 8 : p. 38-40.
- Chen L, et coll. Discontinuing benzodiazepine therapy: An interdisciplinary approach at a geriatric day hospital. *Can Pharm J*. 1er novembre 2010; vol. 143, no 6 : p. 286-295.
- Gallagher HC. Addressing the issue of chronic, inappropriate benzodiazepine use: how can pharmacists play a role? *Pharmacy*. 2013; vol. 1, no 2 : p. 65-93.
- Glass J, et coll. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 novembre 2005; vol. 331, no 7526 : p. 1169. PMID : 16284208.
- Pollmann A, et coll. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. *BMC Pharmacol Toxicol*. 4 juillet 2015; vol. 16 : p. 19. PMID : 26141716.
- Pottie K, et coll. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. [En ligne] Manuscrit non publié. Mars 2016 (consulté le 26 juin 2017).

À propos de l'Association des pharmaciens du Canada

Depuis 1907, l'APhC, une organisation nationale sans but lucratif, trace la voie en faisant évoluer la pratique de la pharmacie à de nombreux égards, et est le porte-parole national des pharmaciens du Canada.



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Pharmacies d'hôpitaux

Six interventions sur lesquelles les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Dernière mise à jour: janvier 2019



1 Ne maintenez pas les médicaments qui ne sont plus indiqués ou dont les risques excèdent les bienfaits.

La polypharmacie, souvent définie par la prise concomitante de cinq médicaments ou plus, a été associée à diverses complications médicales. Un traitement médicamenteux commence lorsque le patient et son équipe soignante conviennent que les bienfaits de la prise du médicament en question surclassent les risques de l'abstention de traitement. Par contre, avec le temps, les patients, leurs problèmes de santé ou les objectifs du traitement peuvent changer, de nouvelles données probantes peuvent être publiées ou d'autres facteurs peuvent modifier cet équilibre et les bienfaits du traitement ne surclassent plus les risques ou les inconvénients associés à son maintien. Vraiment très peu de médicaments devraient être administrés la vie durant. Les patients et leurs aidants devraient être au courant de la durée prévue du traitement et des effets escomptés; et ils devraient se sentir à l'aise de faire le suivi avec leurs professionnels de la santé afin de vérifier si les bienfaits du traitement continuent d'en surclasser les risques. La réalisation des bilans comparatifs des médicaments et les transitions de soins (comme l'hospitalisation ou le congé hospitalier) sont des situations qui se prêtent bien à un questionnement sur la nécessité de continuer un traitement ou de planifier son arrêt de façon sécuritaire.

2 N'utilisez pas un médicament pour une réduction des risques à long terme si l'espérance de vie est moindre que le délai d'obtention des bienfaits du médicament.

Le « délai d'obtention des bienfaits » est l'intervalle entre le début d'une intervention (dans ce cas-ci, un médicament) et le moment où le patient commence à en ressentir les bienfaits. Cet intervalle varie d'un médicament à l'autre. Un médicament n'est habituellement pas indiqué, à moins que le délai d'obtention des bienfaits soit clairement plus court que l'espérance de vie du patient et que les effets indésirables possibles soient estimés gérables. Ces critères sont particulièrement pertinents chez les adultes plus âgés et ceux qui reçoivent des soins palliatifs.

3 Ne maintenez pas un inhibiteur de la pompe à protons à moins d'une indication claire.

Dans bien des cas, un traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) est instauré pour une indication valide quand les bienfaits surclassent les risques. Pendant un séjour hospitalier, les IPP peuvent être instaurés pour prévenir un ulcère de stress ou chez des patients soumis à des traitements qui accroissent la probabilité de complications gastro-intestinales graves. Une fois que le risque d'ulcère de stress est revenu aux valeurs de base, il faut cesser l'IPP. De plus, les patients qui n'avaient pas besoin d'un IPP avant leur hospitalisation n'en auront généralement pas besoin si les conditions qui ont conduit à sa prescription ont été éliminées. Les effets indésirables à long terme de l'inhibition de la sécrétion acide causée par les IPP commencent à être connus. Les patients doivent discuter avec leur équipe soignante et ne continuer à prendre leur IPP que si les bienfaits surclassent les risques; ils devraient aussi, au besoin, vérifier de quelle façon effectuer le sevrage progressif du médicament jusqu'à son arrêt.

4 N'instaurer pas ou ne prolonger pas une antibiothérapie à large spectre à moins d'une indication clinique claire.

Les antibiotiques à large spectre sont efficaces contre les infections bactériennes, et particulièrement, contre les infections gravissimes, comme la septicémie ou la neutropénie fébrile. Dans certaines situations graves, ces agents peuvent être cliniquement indiqués et débutés dès les premiers signes d'infection. Il faut cesser les antibiotiques à large spectre dès que l'agent causal est connu ou soupçonné. Une antibiothérapie ciblée doit commencer le plus tôt possible. Si un antibiotique à large spectre est jugé nécessaire, il faut l'utiliser le moins longtemps possible, conformément aux lignes directrices et en fonction de la réponse clinique du patient.

5 Ne prescrivez pas d'emblée des benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques pour favoriser le sommeil sans d'abord essayer des mesures non pharmacologiques.

Les options non pharmacologiques pour le traitement de l'insomnie, comme une saine hygiène du sommeil ou la thérapie cognitive-comportementale, sont moins nuisibles que les médicaments et devraient constituer le traitement de première intention.

6 N'instaurer pas un traitement par opioïdes et n'en augmentez pas la dose pour la douleur chronique non cancéreuse avant d'avoir optimisé la pharmacothérapie non opioïde et les interventions non pharmacologiques.

Selon les données probantes, les opioïdes ne sont pas plus efficaces que les autres analgésiques pour certaines douleurs chroniques. En outre, les preuves qui s'accumulent à propos des risques de traitement aux opioïdes, y compris les troubles liés à l'usage d'opioïdes, du surdosage et d'autres effets indésirables encore récemment peu reconnus (p. ex., hyperalgésie, atteinte psychomotrice [qui exacerbe le risque de fractures], infarctus du myocarde, dysfonction sexuelle) militent en faveur d'un traitement non opioïde. Il est essentiel d'avoir une conversation sérieuse au sujet des risques, des avantages et des attentes, le tout, centré sur le patient.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a formé un groupe de travail composé de pharmaciens qui pratiquent dans différents milieux (p. ex., hôpitaux, soins primaires). Les membres ont été invités à formuler leurs recommandations à la SCPH, par courriel, et au moyen d'un sondage en ligne et de formulaires imprimés distribués à l'occasion de réunions nationales et régionales. Les recommandations formulées ont été passées en revue par le groupe de travail : les recommandations redondantes ou similaires ont été combinées et celles qui ne répondaient pas aux critères (c.-à-d., qui ne pouvaient pas prendre la forme de « choses à ne pas faire ») ont été éliminées. On a ainsi obtenu deux listes de recommandations, l'une « concernant les médicaments » (17 éléments) et l'autre « concernant la pratique » (14 éléments). Les membres de la SCPH ont été invités à choisir leurs cinq recommandations prioritaires dans chacune des deux catégories. Les résultats du sondage ont été analysés par le groupe de travail. Une liste abrégée de recommandations a ainsi été créée en dégageant les recommandations appuyées par au moins 40 % des répondants.

On a réuni les données probantes à l'appui de chacune des recommandations proposées et on a analysé les recommandations Choisir avec soin d'autres organisations afin de vérifier si des recommandations similaires existent déjà. Les recommandations proposées ont été comparées l'une à l'autre afin d'éliminer le double emploi. Le conseil de la SCPH a voté sur l'ébauche des recommandations en octobre 2018. Après l'approbation des recommandations par Choisir avec soin, le conseil de la SCPH a approuvé la version définitive de la liste de recommandations en janvier 2019.

Sources

- 1** Barnsteiner JH. Medication Reconciliation: Transfer of medication information across settings-keeping it free from error. Am J Nursing. Mars 2005; vol. 105, Suppl. 3 : p. 31-36. [En ligne].
Bootsma N et coll. La déprescription : la gestion des médicaments visant à réduire la polypharmacie. Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Le 28 mars 2018. [En ligne]. (consulté le 17 juillet 2018).
Cipolle RJ et coll. Pharmaceutical care practice: the patient-centred approach to medication management services. 3^e éd. New York: McGraw-Hill; 2012.
De Vries, TPGM et coll. « Étape 6 : Surveiller le traitement et y mettre éventuellement fin. » Bien prescrire les médicaments : guide pratique. Genève : Organisation mondiale de la santé. 1994 : p. 79-83. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Garfinkel D et coll. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. Ther Adv Drug Saf. Déc. 2015; vol. 6, n° 6: p. 212-233. PMID : 26668713.
Halapy H et coll. Ascertaining Problems with Medication Histories. Can J Hosp Pharm. Sept. 2012; vol. 65, n° 5: p. 360-367. PMID : 23129864.
ISMP Canada. Cinq questions à poser à propos de vos médicaments. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 2** Holmes HM et coll. Rationalizing Prescribing for Older Patients with Multimorbidity: Considering Time to Benefit. Drugs Aging. Sept. 2013; vol. 30, n° 9: p. 655-666. PMID : 23749475. [En ligne].
Algorithmes pour la déprescription. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 3** Boghossian TA et coll. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 16 mars 2017; vol. 3 : CD011969. PMID : 28301676. [En ligne].
Boghossian TA et coll. Comparaison de l'arrêt ou de la réduction et du maintien à long terme de l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 16 mars 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Kinoshita Y et coll. Advantages and Disadvantages of Long-term Proton Pump Inhibitor Use. J Neurogastroenterol Motil. Le 30 avril 2018; vol. 24, n° 2: p. 182-196. PMID : 29605975. [En ligne].
Therapeutics Initiative: Independent Healthcare Evidence. Deprescribing Proton Pump Inhibitors. [En ligne]. Le 26 juin 2018. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 4** Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Prescribing and Use in Hospitals and Long-Term Care. [En ligne]. Mis à jour le 11 avril 2017. [En ligne]. (consulté le 29 janvier 2019).
Gouvernement du Canada. Résistance aux antibiotiques (antimicrobiens) : Se protéger et protéger sa famille. [En ligne]. Mis à jour le 13 novembre 2018. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Hildreth CJ, et al. Inappropriate Use of Antibiotics. JAMA. Le 19 août 2009; vol. 302, n° 7: p. 816. [En ligne].
Isturiz RE. Optimizing Antimicrobial Prescribing. Int J Antimicrob Agents. Nov. 2010; vol.36, suppl. 3 : p. S 19-22. PMID : 21129628. [En ligne]
Zalmanovici Trestioreanu A et coll. Le traitement antibiotique de la bactériurie asymptomatique. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 8 avril 2015; CD009534. PMID : 25851268.
- 5** Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Sleep Medications for Adults Diagnosed with Insomnia: Clinical Evidence and Harms. Le 29 avril 2013. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Évaluation des interventions cliniques en gestion de l'insomnie. Juin 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Fick DM et coll. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. Nov. 2015; vol. 63, n° 11: p. 2227-2246. PMID : 26446832. [En ligne].
Soong C et coll. Vos proches âgés peuvent dormir sur leurs deux oreilles sans sédatifs : Trousse à outils pour réduire l'utilisation inappropriée des benzodiazépines et des hypnotiques chez les adultes âgés dans les hôpitaux. Juillet 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
- 6** Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Les opioïdes dans la prise en charge de la douleur. Septembre 2018. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Les preuves par catégorie. Options aux opioïdes. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Busse, J. W. et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. JAMC. Le 8 mai 2017; vol. 189, n° 18 : p. E659-E666; PMID : 28483845. [En ligne].
Busse JW et coll. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. Le 18 déc. 2018; vol. 320, n° 23: p. 2448-2460. PMID : 30561481. [En ligne].
Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Analgsiques opioïdes. Renseignements pour les patients et les membres de leur famille. Mars 2017. [En ligne]. (consulté le 20 déc. 2018).
Krebs EE et coll. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients with Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. JAMA. Le 6 mars 2018; vol. 319, n° 9 : p. 872-882. PMID : 29509867. [En ligne].

À propos de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux :

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux est l'organisme national sans but lucratif qui veille à la prestation de soins de qualité aux patients par le biais de la promotion d'une utilisation sécuritaire et efficace des médicaments dans les hôpitaux et autres établissements de santé multidisciplinaires.

Canadian Society of
Hospital Pharmacists



Société canadienne des
pharmaciens d'hôpitaux

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

[🌐 choisiravecsoin.org](http://choisiravecsoin.org) | [✉ info@choisiravecsoin.org](mailto:info@choisiravecsoin.org) | [🐦 @choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | [f /choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)

Psychiatrie

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

par

L'Association des psychiatres du Canada

L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Dernière mise à jour : juin 2017



1 N'utilisez pas d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie chez les enfants et les adolescents.

De récentes études confirment une hausse dramatique de l'utilisation d'antipsychotiques atypiques ainsi que des effets secondaires comme l'obésité, qui représente déjà un problème de santé majeur chez cette population. Il est plus prudent d'essayer d'abord des stratégies non pharmacologiques, comme des modifications comportementales et l'adoption de bonnes habitudes de sommeil (élimination des siestes, arrêt de l'utilisation d'appareils électroniques une heure avant le coucher, limitation de consommation de produits contenant de la caféine). Si ces interventions échouent, l'étape suivante à envisager devrait être la prise de mélatonine pendant une courte période.

2 N'utilisez pas d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) comme intervention de première intention pour traiter la dépression légère à modérée chez les adolescents.

Les études indiquent clairement que les antidépresseurs sont moins efficaces chez les enfants et les adolescents de 17 ans et moins. Le traitement de première intention pour ces groupes d'âge devrait donc être la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle. En outre, il faut toujours porter une attention particulière à la sécurité environnementale et au soutien parental afin de détecter tout cas de négligence ou de mauvais traitements. Une fois que ces possibilités ont été écartées, une approche psychopédagogique portant sur l'importance d'un horaire de sommeil régulier, d'une bonne alimentation et de l'activité physique serait une bonne intervention de première intention pour assurer un soutien au développement sain et adapté à l'âge.

3 N'utilisez pas d'antipsychotiques atypiques comme intervention de première intention pour traiter les cas de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et trouble de comportement perturbateur concomitant.

Le traitement du TDAH doit d'abord passer par une éducation adéquate des patients et des familles, des interventions comportementales, des traitements psychologiques et des mesures d'adaptation en milieu scolaire. Si ces approches ne suffisent pas, il est indiqué de prescrire un stimulant et de procéder à une analyse comportementale pour veiller à ce que l'enfant reçoive un soutien suffisant à l'école et à la maison. Chez les enfants présentant également un trouble de comportement perturbateur (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites), il est préférable d'envisager l'utilisation d'agonistes alpha-2 adrénergiques (comme la guanfacine) et d'atomoxétine avant le recours à des antipsychotiques atypiques (comme la rispéridone).

4 N'utilisez pas de psychostimulants comme intervention de première intention pour traiter le TDAH chez les enfants d'âge préscolaire.

Les enfants d'âge préscolaire atteints de TDAH doivent faire l'objet d'une évaluation visant à détecter la présence d'autres troubles neuro-développementaux ou d'agents stressants environnementaux, comme la négligence, les mauvais traitements ou l'exposition à la violence familiale. Le traitement passe d'ailleurs par l'éducation et le soutien des parents, suivis par des conseils sur la prise en charge comportementale et le placement en milieu communautaire.

5 Ne prescrivez pas d'emblée des antipsychotiques pour traiter l'insomnie primaire, peu importe l'âge du patient.

Les antipsychotiques de deuxième génération, comme l'olanzapine et la quétiapine, ont des propriétés sédatives et sont souvent prescrits pour traiter l'insomnie, une utilisation non indiquée sur l'étiquette. Ces médicaments présentent un risque important d'effets secondaires comme la prise de poids et les complications métaboliques, même aux faibles doses utilisées pour traiter l'insomnie. Par ailleurs, chez les patients atteints de démence, ils peuvent entraîner des effets secondaires graves, soit l'augmentation du risque d'événements cérébrovasculaires et de décès.

6 Ne demandez pas systématiquement d'analyse toxicologique qualitative (dépistage urinaire de drogues) pour les patients psychiatriques qui se présentent à l'urgence.

Les dépistages toxicologiques qualitatifs de l'urine ne semblent pas améliorer la prise en charge des patients psychiatriques à l'urgence, en raison du risque de faux positifs, de faux négatifs, de vrais positifs sans lien avec le tableau clinique ou très peu pertinents à cet égard ainsi que du retard dans l'évaluation et la prise en charge psychiatrique qu'entraîne l'exécution de l'analyse.

7 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter les symptômes dépressifs légers ou sous-syndromiques chez les adultes.

Les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse dans les cas de dépression modérée ou grave. Pour les patients présentant des symptômes légers ou sous-syndromiques, une évaluation complète, une surveillance et un soutien continus, des interventions psychosociales et la modification des habitudes de vie devraient être envisagés en premier recours. Ces interventions permettraient d'éviter les effets secondaires des médicaments et d'établir des facteurs étiologiques qui pourraient être importants dans l'évaluation et la prise en charge futures. Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour les patients atteints de dépression légère persistante qui ont des antécédents de dépression plus grave ou chez qui les autres interventions ont échoué.

8 Ne demandez pas d'emblée de neuro-imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou examen d'IRM) pour un premier épisode psychotique en l'absence de signes ou de symptômes pouvant évoquer une pathologie intracrânienne.

Les signes et symptômes pouvant évoquer une pathologie intracrânienne sont les céphalées, la nausée et les vomissements, les manifestations rappelant une crise convulsive et l'apparition des symptômes à un âge plus tardif. Plusieurs études ont conclu que l'utilisation systématique de la neuro-imagerie pour un premier épisode psychotique n'a aucune incidence significative sur la prise en charge clinique. Les risques associés à l'exposition aux rayonnements ainsi que le retard du traitement sont autant d'autres arguments contre cette pratique.

9 Ne poursuivez pas d'emblée un traitement de benzodiazépines amorcé lors d'une hospitalisation en soins de courte durée sans avoir effectué un examen rigoureux du cas et dressé un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, idéalement avant le congé de l'hôpital.

Les benzodiazépines, bien qu'elles soient utiles pour le soulagement à court terme de l'anxiété et de l'insomnie, sont associées à une vaste gamme d'effets secondaires et de problèmes à long terme, notamment des déficits cognitifs et psychomoteurs ainsi que l'abus et la dépendance. Elles sont utilisées couramment en milieu hospitalier pour traiter l'anxiété et l'insomnie associées soit avec le problème à l'origine de l'hospitalisation, soit avec l'hospitalisation elle-même. Une fois le problème traité, les doses de benzodiazépines devraient être progressivement réduites, puis arrêtées. Les patients qui continuent le traitement après leur départ de l'hôpital devraient faire l'objet d'un plan de réduction progressive et d'arrêt de la dose, lequel devrait être décrit dans la feuille du résumé au congé et l'ordonnance remises au patient à son congé.

10 Ne prescrivez pas d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter la dépression en présence concomitante d'un problème actif de consommation d'alcool sans avoir d'abord envisagé une période de sobriété suivie d'une réévaluation de la persistance des symptômes dépressifs.

La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation d'alcool nécessite l'évaluation du rôle que joue l'alcool comme facteur étiologique des symptômes dépressifs. Des études ont montré que les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse lorsqu'ils sont réservés au traitement de symptômes persistant après une période de sobriété de deux à quatre semaines. En outre, des études font état de la disparition des symptômes dépressifs suivant une période de sobriété sans prise d'antidépresseurs chez un pourcentage élevé des patients. La prise en charge de troubles psychiatriques combinés à des problèmes de consommation, notamment de dépendance à l'alcool, passe par une évaluation et un traitement parallèles.

11 Ne prescrivez pas d'emblée de stratégies de traitement d'antipsychotiques combinés ou à dose élevée aux patients atteints de schizophrénie.

Dans la pratique clinique, on utilise des antipsychotiques atypiques combinés ou à dose élevée chez les patients atteints de schizophrénie dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par un ou plusieurs antipsychotiques atypiques utilisés à une dose standard. Selon une méta-analyse récente, ces stratégies n'entraîneraient aucune amélioration cliniquement significative pour les patients dont la schizophrénie n'est pas bien contrôlée par un ou plusieurs antipsychotiques atypiques utilisés à une dose standard. En ce qui concerne l'innocuité, aucune différence cliniquement significative n'a été observée entre le traitement combiné ou à dose élevée et la monothérapie à dose standard.

12 N'utilisez pas d'antipsychotiques comme intervention de première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les personnes atteintes de démence présentent souvent des symptômes comportementaux problématiques, notamment l'agressivité et la psychose. Il peut alors être nécessaire de prescrire des antipsychotiques. Toutefois, ces médicaments doivent être utilisés avec prudence étant donné que leurs avantages sont limités et qu'ils peuvent occasionner de graves préjudices, notamment le décès prématuré. En ce qui concerne la démence, les antipsychotiques devraient être réservés aux patients chez qui les traitements non pharmacologiques ont échoué et pour qui les symptômes engendrent une souffrance ou une détresse importante ou posent un danger imminent pour le patient ou pour autrui. Une évaluation rigoureuse menant à l'identification et au traitement des causes du changement de comportement peut permettre d'éliminer le recours à ces médicaments. Des études épidémiologiques semblent indiquer que les antipsychotiques classiques (de première génération), comme l'halopéridol, seraient associés à un risque au moins équivalent d'événements indésirables. Cette recommandation ne s'applique pas au delirium ou aux maladies mentales graves comme les troubles de l'humeur ou la schizophrénie.

13 N'utilisez pas de benzodiazépines ou d'autres sédatifs-hypnotiques chez les personnes âgées comme intervention de première intention pour traiter l'insomnie.

Des interventions non pharmacologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale et les interventions comportementales de courte durée se sont avérées utiles dans le traitement de l'insomnie chez les personnes âgées. Des études épidémiologiques ont révélé que le risque d'accident de voiture, de chute et de fracture de la hanche entraînant une hospitalisation ou le décès peut être plus de deux fois plus élevé chez les personnes âgées prenant des benzodiazépines et d'autres sédatifs-hypnotiques. Le fait de prescrire des sédatifs-hypnotiques ou de cesser l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier peut avoir une incidence considérable sur la consommation à long terme. Ces préjudices potentiels ainsi que d'autres comme les troubles cognitifs doivent être pris en compte dans le choix d'une stratégie de traitement de l'insomnie. Les benzodiazépines devraient être utilisées le moins longtemps possible, et uniquement pour les patients chez qui les traitements non pharmacologiques ont échoué et pour lesquels les troubles du sommeil occasionnent une souffrance ou une détresse considérable.

Comment la liste a été établie

L'Association des psychiatres du Canada (APC) a mis sur pied un groupe de travail comprenant des représentants de son comité des normes professionnelles et de la pratique, de son comité de la recherche et de sa section des membres en formation, ainsi que de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) et de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA). Le groupe comptait également une personne de l'Association canadienne pour la santé mentale possédant une expérience pertinente. Les membres de l'APC, de même que les associations provinciales de psychiatrie, l'Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) et l'Académie canadienne de médecine psychosomatique (ACMP), ont été invités à fournir des suggestions d'éléments à ajouter à la liste. Le groupe de travail s'est penché sur les suggestions reçues, puis, avec l'aide du réseau clinique stratégique sur la dépendance et la santé mentale des Services de santé de l'Alberta, il a effectué de brèves revues de la littérature sur un certain nombre d'éléments potentiels. Les recommandations ont ensuite été peaufinées lors de téléconférences du groupe de travail, et une version quasi définitive a été renvoyée aux associations provinciales, à l'ACPD et à l'ACMP. Celles-ci ont été invitées à formuler des commentaires finaux, qui ont été pris en considération par le groupe de travail lors de la rédaction de la liste définitive.

Un petit sous-comité de l'ACGP a été mis sur pied, avec l'apport de représentants de l'ACMP et de la Société canadienne de gériatrie (SCG). Le groupe s'est penché sur les recommandations formulées par les membres de l'APC dans le cadre d'un sondage ainsi que sur les recommandations de la SCG, de l'American Geriatrics Society (AGS) et de l'American Psychiatric Association (APA) pour le programme « Choisir avec soin ». Deux recommandations ont été retenues, puis examinées, et des révisions mineures ont été apportées aux paragraphes de description. L'ACGP a axé sa recommandation visant l'utilisation de benzodiazépines et d'autres somnifères sur l'insomnie, plutôt que d'aborder une vaste gamme de problèmes.

Le Comité de direction de l'ACPEA a rédigé une liste provisoire après avoir pris connaissance des recommandations formulées par les membres de l'APC dans le cadre d'un sondage, ainsi que des recommandations de l'APA pour le programme « Choisir avec soin ». La liste a été examinée et peaufinée, et des commentaires supplémentaires ont été recueillis auprès du conseil d'administration de l'ACPEA, de la section de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Alberta Psychiatric Association ainsi que de psychiatres de différentes régions du pays.

Sources

- 1 Ferracioli-Oda E, et coll. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One*. 17 mai 2013;8(5):e63773. PMID : 23691095.
Mindell JA, et coll. A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems. 2e édition. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
Morgenthaler TI, et coll. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children: an American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2006;(29)10:1277-81. PMID : 17068980.
Morgenthaler TI, et coll. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children: an American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2006;(29)10:1277-81. PMID : 19836701.
Stepanski EJ, et coll. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev*. Juin 2003;7(3):215-25. PMID : 12927121.
- 2 Bhatia SK et coll. Childhood and Adolescent depression. *Am Fam Physician*. 1er janvier 2007;75(1):73-80. PMID : 17225707.
Birmaher B, et coll. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Novembre 2007;46(11):1503-26. PMID : 18049300.
Hetrick SE, et coll. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 novembre 2012;11:CD004851. PMID : 23152227.
Zuckerbrot RA, et coll. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): 1. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. Novembre 2007;120(5): e1299-1312. PMID : 17974723.
- 3 Gorman DA, et coll. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry*. Février 2015;60(2):62-76. PMID : 25886657.
Loy JH, et coll. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 septembre 2012;9:CD008559. PMID : 22972123.
Pringsheim T, et coll. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 1er février 2015;60(2):42-51. PMID : 25886655.
Wilkes TCR, Nixon MK. Pharmacological treatment of child and adolescent disruptive behaviour disorders. *Can J Psychiatry*. Février 2015;60(2):39-41.
- 4 Canadian ADHD Resource Alliance. Lignes directrices canadiennes sur le TDAH, 3e édition [Internet]. 2011 [consulté le 1er mai 2015].
Greenhill L, et coll. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Novembre 2006;45(11):1284-93. PMID : 17023867.
March JS. The preschool ADHD treatment study (PATS) as the culmination of twenty years of clinical trials in pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mai 2011;50(5):427-30. PMID : 21515189.
- 5 Agency for Healthcare Quality and Research. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update [Internet]. Septembre 2011 [consulté le 1er mai 2015].
Coe HV, Hong IS. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. *Ann Pharmacother*. Mai 2012;46(5):718-22. PMID : 22510671.
Hermes ED, et coll. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. *Sleep*. Avril 2013;36(4):597-600. PMID : 23565006.
Shah C, et coll. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacol Res*. Janvier 2014;79:1-8. PMID : 24184858.
- 6 Korn CS, et coll. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency department. *J Emerg Med*. Février 2000;18(2):173-176. PMID : 10699517.
Olshaker JS, et coll. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Acad Emerg Med*. Février 1997;4(2):124-128. PMID : 9043539.
Schiller MJ, et coll. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatr Serv*. Avril 2000;51(4):474-78. PMID : 10737822.
Tenenbein M. Do you really need that emergency drug screen? *Clin Toxicol*. Avril 2009;47(4):286-9. PMID : 19514875.
- 7 Barbui C, et coll. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Janvier 2011;198(1):11-6. PMID : 21200071.
Cuijpers P, et coll. Are psychosocial and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*. Novembre 2008;69(11):1675-85. PMID : 18945396.
Esposito E, et coll. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry*. Décembre 2007;52(12):780-789. PMID : 18186178.
Fournier JC, et coll. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 6 janvier 2010;303(1):47-53. PMID : 20051569.
Kirsch I, et coll. Initial Severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. Février 2008;5(2):e45. PMID : 18303940.
National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: evidence update [Internet]. 1er avril 2012 [consulté le 1er mai 2015].

- 8** Albon E, et coll. Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* Mai 2008;12(18):iii-iv, ix-163. [PMID : 18462577](#).
Goulet K, et coll. Use of brain imaging (computed tomography and magnetic resonance imaging) in first-episode psychosis: review and retrospective study. *Can J Psychiatry.* Juillet 2009;54(7):493-501. [PMID : 19660172](#).
Khandanpour N, et coll. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. *Clin Radiol.* Mars 2013;68(3):245-50. [PMID : 22959259](#).
National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology appraisal guidance: Structural neuroimaging in first-episode psychosis [Internet]. Février 2008 [consulté le 1er mai 2015].
Williams SR, et coll. On the usefulness of structural brain imaging for young first episode inpatients with psychosis. *Psychiatry Res.* 30 novembre 2014;224(2):104-6. [PMID : 25174841](#).
- 9** Alessi-Severini S, et coll. Use of benzodiazepines and related drugs in Manitoba: A population-based study. *CMAJ Open.* Octobre 2014;2(4):E208-16. [PMID : 25485245](#).
Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry.* Mai 2005;18(3):249-55. [PMID : 16639148](#).
Bell CM, et coll. Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization. *J Gen Intern Med.* Juillet 2007;22(7):1024-29. [PMID : 17453266](#).
Cunningham CM, et coll. Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact on increasing research and guideline cautions against long-term use. *Health Policy.* Octobre 2010;97(2-3):122-9. [PMID : 20413177](#).
Grad R, et coll. Risk of a new benzodiazepine prescription in relation to recent hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* Février 1999;47(2):184-8. [PMID : 9988289](#).
Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction.* Décembre 2011;106(12):2086-109. [PMID : 21714826](#).
Olsson M, et coll. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry.* Février 2015;72(2):136-42. [PMID : 25517224](#).
Olsson M, et coll. The popularity of benzodiazepines, their advantages, and inadequate pharmacological alternatives—Reply. *JAMA Psychiatry.* 1er avril 2015. [PMID : 25830609](#).
Swinson R, Antony M, Katzman MA, Bleay P, Chokka P, Craven M, et al. Lignes directrices : Prise en charge des troubles anxieux. *Can J Psychiatry.* Juillet 2006;51 Suppl 2:1S-93S.
Yokoi Y, et coll. Benzodiazepine discontinuation and patient outcome in a chronic geriatric medical/psychiatric unit: a retrospective chart review. *Geriatr Gerontol Int.* Avril 2014;14(2):388-94. [PMID : 24666628](#).
- 10** Hashimoto E, et coll. Influence of comorbid alcohol use disorder on treatment response of depressive patients. *J Neural Transm.* Février 2015;122(2):301-6. [PMID : 24928545](#).
McIntosh C, Ritson B. Treating depression complicated by substance misuse. *Adv Psychiatr Treat.* Janvier 2001;7(5):357-64.
National Institute for Health and Care Excellence. *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence* [Internet]. Février 2011 [consulté le 1er mai 2015].
Nunes EV, et coll. Treatment of co-occurring depression and substance dependence: Using meta-analysis to guide clinical recommendations. *Psychiatr Ann.* Novembre 2008;38(11):nihpa128505. [PMID : 19668349](#).
Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health.* Novembre 2002;81-9.
Tforrens M, et coll. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 4 avril 2005;78(1):1-22. [PMID : 15769553](#).
- 11** Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. *A systematic review of combination and high-dose atypical antipsychotic therapy in patients with schizophrenia.* Optimal Use Report: CADTH Volume 1, Issue 1B [Internet]. Décembre 2011 [consulté le 1er mai 2015].
Fisher MD, et coll. Antipsychotic patterns of use in patients with schizophrenia: polypharmacy versus monotherapy. *BMC Psychiatry.* 30 novembre 2014;14:341. [PMID : 25433495](#).
- 12** Banerjee S. *The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action* [Internet]. Octobre 2009 [consulté le 1er mai 2015].
Brodaty H, et coll. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* Septembre 2012;169(9):946-53. [PMID : 22952073](#).
Gill SS, et coll. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med.* 5 juin 2007;146(11):775-86. [PMID : 17548409](#).
Gill SS, et coll. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ.* 26 février 2005;330(7489):445. [PMID : 15668211](#).
Lee PE, et coll. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ.* 10 juillet 2004;329(7457):75. [PMID : 15194601](#).
Schneider LS, et coll. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* Mars 2006;14(3):191-210. [PMID : 16505124](#).
Seitz DP, et coll. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* Juillet 2012;13(6):503,506.e2. [PMID : 22342481](#).
- 13** Allain H, et coll. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging.* 2005;22(9):749-65. [PMID : 16156679](#).
American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* Avril 2012;60(4):616-31. [PMID : 22376048](#).
Finkle WD, et coll. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc.* Octobre 2011;59(10):1883-90. [PMID : 22091502](#).
Glass J, et coll. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 19 novembre 2005;331(7526):1169. [PMID : 16284208](#).
McMillan JM, et coll. Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients. *CMAJ.* 19 novembre 2013;185(17):1499-505. [PMID : 24062170](#).
Rapoport MJ, et coll. Benzodiazepines and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 21 avril 2009;70(5):663-673. [PMID : 19389334](#).
Roszkowska J, et coll. Management of insomnia in the geriatric patient. *Am J Med.* Décembre 2010;123(12):1087-90. [PMID : 20870196](#).

À propos de L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ACPEA) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'ACPEA fait la promotion de soins et de services de qualité destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles du Canada par une approche qui englobe les dimensions biologique, psychologique et sociale, fait intervenir des professionnels de plusieurs disciplines et touche de nombreux domaines de la santé et organismes de services.



À propos de L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique

L'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique (ACPG) est fière d'être associée à la campagne Choisir avec soin. L'ACPG est un organisme national regroupant des psychiatres voués à la promotion de la santé mentale des personnes âgées au Canada par l'intermédiaire d'activités cliniques, pédagogiques, de recherche et de représentation de ses membres. Fondée en 1991, l'ACPG est considérée comme la porte-parole officielle de la psychiatrie gériatrique au Canada. L'ACPG est membre du Conseil des académies de l'Association des psychiatres du Canada et compte actuellement plus de 300 membres.



À propos de L'Association des psychiatres du Canada

L'Association des psychiatres du Canada (APC) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'APC est l'association professionnelle nationale à adhésion volontaire des 4 700 psychiatres et des 900 médecins résidents en psychiatrie du Canada. Voix nationale des psychiatres canadiens, l'APC défend les besoins professionnels de ses membres pour combler les besoins en santé mentale des Canadiens, et fait la promotion de l'excellence en enseignement, en recherche et en médecine clinique. Sa mission est de donner une forte voix collective aux psychiatres du pays et de favoriser une communauté dédiée à assurer les normes de pratique professionnelle les plus élevées possible dans les services psychiatriques offerts aux Canadiens.



Canadian Psychiatric Association
Association des psychiatres du Canada

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

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 : juin 2018



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)

Radiologie

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

par
L'Association canadienne des radiologistes
Dernière mise à jour : juin 2017



1 Évitez l'imagerie pour une lombalgie, sauf en présence de signaux d'alarme.

Les signaux d'alarme comprennent l'abcès ou l'hématome épidural soupçonné qui peut être accompagné d'une douleur aiguë, mais sans symptômes neurologiques (une imagerie d'urgence s'impose), un cancer soupçonné, une infection soupçonnée, un syndrome de la queue de cheval, un déficit neurologique grave ou progressif et une fracture par tassement soupçonnée. Dans le cas des patients chez qui on soupçonne une hernie discale ou une sténose vertébrale sans complication, l'imagerie est indiquée seulement après au moins un essai de prise en charge modérée de six semaines et si les symptômes sont assez graves pour qu'on envisage l'intervention chirurgicale.

2 Évitez l'imagerie pour des traumatismes crâniens mineurs, sauf en présence de signaux d'alarme.

Les signaux d'alarme comprennent un résultat de < 13 sur l'échelle du coma de Glasgow (GCS), un résultat de < 15 GCS deux heures après le traumatisme, un patient de 65 ans et plus, une fracture ouverte du crâne évidente, une fracture soupçonnée du crâne ouverte ou avec enfoncement, tout signe de fracture basilaire (par exemple, un hémotympan, des hématomes périorbitaires étendus, un signe de Battle, une otorrhée LCR), une amnésie rétrograde par rapport à l'événement \geq 30 minutes, un mécanisme « dangereux » (par exemple, un piéton frappé par un véhicule à moteur, un occupant éjecté d'un véhicule à moteur ou une chute d'une hauteur > 3 pieds ou > 5 marches), et la prise de Coumadin ou un trouble de la coagulation.

3 Évitez l'imagerie pour un mal de tête sans complication, sauf en présence de signaux d'alarme.

Les signaux d'alarme comprennent des maux de tête apparus récemment et dont la fréquence et la gravité augmentent rapidement, des maux de tête qui réveillent le patient, des étourdissements, un manque de coordination, des picotements ou des engourdissements associés, un nouveau déficit neurologique, et un mal de tête nouvellement apparu chez un patient qui a des antécédents de cancer ou d'immunodéficience.

4 Évitez la tomodensitométrie (TDM) pour évaluer une appendicite soupçonnée chez un enfant avant d'avoir envisagé la possibilité de lui prescrire une échographie.

Même si la TDM est précise pour l'évaluation d'une appendicite soupçonnée chez les enfants, l'échographie produit des résultats presque aussi bons si elle est réalisée par des professionnels chevronnés. Comme l'échographie réduit l'exposition au rayonnement, il s'agit de l'examen d'imagerie initial à privilégier pour les enfants. Si les résultats de l'échographie sont équivoques, on peut ensuite procéder à une TDM. Cette approche est rentable, réduit les risques possibles liés au rayonnement et est très précise : les rapports font état d'une sensibilité et d'une spécificité de 94 %.

5 Évitez de procéder à une série de radiographies de la cheville chez les adultes qui ont subi des traumatismes mineurs.

Les radiographies sont indiquées seulement en cas de douleur dans la zone malléolaire, de sensibilité des os au rebord postérieur ou au bout de l'une ou l'autre des malléoles ou d'incapacité de porter son poids pendant quatre pas à la fois immédiatement après le traumatisme et lorsque le patient se présente à l'urgence.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) a formulé ses cinq principales recommandations, dans le cadre du programme Choisir avec soin, en sollicitant d'abord l'avis d'experts et de dirigeants médicaux membres de son conseil d'administration. Elle a ensuite créé un groupe de travail chargé de trouver d'autres scénarios cliniques courants où l'imagerie pourrait être mal utilisée et où il faudrait la remettre en question. Le groupe de travail était constitué de chefs de file de la CAR, des experts dans le domaine de l'accès à l'imagerie médicale et de sa pertinence. On a ensuite réduit la liste en fonction de la plus grande possibilité d'amélioration, de la représentation d'un vaste éventail d'examen et de la disponibilité de lignes directrices fiables. Les trois premières recommandations avaient déjà fait l'objet de recherches et avaient été présentées et adoptées dans le cadre d'une autre initiative sur la pertinence en cours au Canada en 2013. L'exercice avait consisté, notamment, à obtenir l'appui des intervenants parmi un vaste éventail de collègues : technologues, spécialistes en échographie, médecins spécialisés en médecine nucléaire, médecins de famille et physiciens. L'Association a ajouté deux autres recommandations en se fondant sur des critères semblables, y compris une recherche documentaire détaillée effectuée par l'entremise de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. La liste complète des recommandations proposées a ensuite été approuvée par des organisations concernées, telles que des organisations provinciales de radiologie et les membres de la CAR. Le quatrième élément a été adapté avec l'autorisation de Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2012 American College of Radiology.

Sources

- 1** Choosing Wisely. [American Academy of Family Physicians \(AAFP\): Fifteen things physicians and patients should question](#) [Internet]. 2013 Sep 24 [consulté le 12 mars 2014].
American College of Radiology. [ACR appropriateness criteria@ low back pain](#) [Internet]. 2015 [consulté le 5 mai 2017].
Bach SM, et coll. Guideline update: What's the best approach to acute low back pain? J Fam Pract. Décembre 2009; 58(12):E1. PMID : 19961812.
Chou R, et coll. Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis. Lancet. Le 7 février 2009; 373(9662):463-72. PMID : 19200918.
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. Le 1er février 2011; 154(3):181-9. PMID : 21282698.
Goertz M, et coll. [Adult acute and subacute low back pain](#) [Internet]. Novembre 2012 [consulté le 5 mai 2017].
Michigan Quality Improvement Consortium. [Management of acute low back pain](#) [Internet]. Septembre 2012 [consulté le 5 mai 2017].
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain [Internet]. Mai 2009. PMID : 20704057.
Toward Optimized Practice. [Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain](#) [Internet]. Novembre 2011 [consulté le 5 mai 2017].
University of Michigan Health System. [Acute low back pain](#) [Internet]. Janvier 2010 [consulté le 5 mai 2017].
van Rijn RM, et coll. Computed tomography for the diagnosis of lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: A diagnostic systematic review. Eur Spine J. Février 2012; 21(2):228-39. PMID : 21915747.
Wassenaar M, et coll. Magnetic resonance imaging for diagnosing lumbar spinal pathology in adult patients with low back pain or sciatica: A diagnostic systematic review. Eur Spine J. Février 2012; 21(2):220-7. PMID : 21922287.
- 2** Davis PC, et coll. [ACR appropriateness criteria@ head trauma](#) [Internet]. 2012 [consulté le 5 mai 2017].
Holmes MW, et coll. The cost-effectiveness of diagnostic management strategies for adults with minor head injury. Injury. Septembre 2012; 43(9):1423-31. PMID : 21835403.
Jagoda AS, et coll. Clinical policy: Neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting. Ann Emerg Med. Décembre 2008; 52(6):714-48. PMID : 19027497.
Management of Concussion/mTBI Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for management of concussion/mild traumatic brain injury (mTBI). J Rehabil Res Dev. 2009;46(6):CP1-68. PMID : 20108447.
Marshall S, et coll. Clinical practice guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms. Can Fam Physician. Mars 2012;58(3):257,67, e128-40. PMID : 22518895.
Motor Accidents Authority NSW (MAA). [Guidelines for mild traumatic brain injury following closed head injury: Acute/post-acute assessment and management](#) [Internet]. 2008 [consulté le 5 mai 2017].
Ontario Neurotrauma Foundation. [Guidelines for mild traumatic brain injury and persistent symptoms](#) [Internet]. 2011 [consulté le 5 mai 2017].
Pandor A, et coll. Diagnostic management strategies for adults and children with minor head injury: A systematic review and an economic evaluation. Health Technol Assess. Août 2011; 15(27):1-202. PMID : 21806873.
Pandor A, et coll. Diagnostic accuracy of clinical characteristics for identifying CT abnormality after minor brain injury: A systematic review and meta-analysis. J Neurotrauma. Le 20 mars 2012; 29(5):707-18. PMID : 21806474.
Reed D. [Adult trauma clinical practice guidelines: Initial management of closed head injury in adults](#) [Internet]. 2011 [consulté le 5 mai 2017].
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). [Early management of patients with a head injury: A national clinical guideline](#) [Internet]. Mai 2009 [consulté le 5 mai 2017].
Smits M, et coll. Minor head injury: CT-based strategies for management—a cost-effectiveness analysis. Radiology. Février 2010; 254(2):532-40. PMID : 20093524.
West TA, et coll. [Care of the patient with mild traumatic brain injury](#) [Internet]. 2011 [consulté le 5 mai 2017].
Work Loss Data Institute. [Head \(trauma, headaches, etc., not including stress & mental disorders\)](#) [Internet]. 2011 [consulté le 5 mai 2017].
- 3** Beithon J, et coll. [Institute for clinical systems improvement. Diagnosis and treatment of headache](#) [Internet]. Janvier 2013 [consulté le 5 mai 2017].
Choosing Wisely. [American College of Radiology: Five things physicians and patients should question](#) [Internet]. 2013 [consulté le 5 mai 2017].
Edlow JA, et coll. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. Ann Emerg Med. Octobre 2008; 52(4):407-36. PMID : 18809105.
Hayes LL, et coll. [ACR appropriateness criteria@: Headache – child](#) [Internet]. 2012 [consulté le 23 février 2014].
Jordan YJ, et coll. Computed tomography imaging in the management of headache in the emergency department: Cost efficacy and policy implications. J Natl Med Assoc. Avril 2009; 101(4):331-5. PMID : 19397223.
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). [Headaches: Diagnosis and management of headaches in young people and adults](#) [Internet]. Septembre 2012 [consulté le 23 février 2014].
Qualité des services de santé Ontario. Neuroimaging for the evaluation of chronic headaches: An evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2010; 10(26):1-57. PMID : 23074404.
Sandrini G, et coll. Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache (2e édition). Eur J Neurol. Mars 2011; 18(3):373-81. PMID : 20868464.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). [Diagnosis and management of headache in adults: A national clinical guideline](#) Novembre 2008 [consulté le 5 mai 2017].
Toward Optimized Practice. [Guideline for primary care management of headache in adults](#) [Internet]. Septembre 2016 [consulté le 23 février 2014].

- 4 Adibe OO, et coll. An evidence-based clinical protocol for diagnosis of acute appendicitis decreased the use of computed tomography in children. *J Pediatr Surg.* Janvier 2011 ; 46(1):192-6. [PMID : 21238665](#).
- Bachur RG, et coll. The effect of abdominal pain duration on the accuracy of diagnostic imaging for pediatric appendicitis. *Ann Emerg Med.* Novembre 2012; 60(5):582,590.e3. [PMID : 22841176](#).
- Bachur RG, et coll. Diagnostic imaging and negative appendectomy rates in children: Effects of age and gender. *Pediatrics.* Mai 2012 ;129(5):877-84. [PMID : 22508920](#).
- Bachur RG, et coll. Advanced radiologic imaging for pediatric appendicitis, 2005-2009: Trends and outcomes. *J Pediatr.* Juin 2012; 160(6):1034-8. [PMID : 22192815](#).
- Burr A, et coll. Glowing in the dark: Time of day as a determinant of radiographic imaging in the evaluation of abdominal pain in children. *J Pediatr Surg.* Janvier 2011; 46(1):188-91. [PMID : 21238664](#).
- Choosing Wisely. *American College of Radiology: Five things physicians and patients should question* [Internet]. 2013 [consulté le 5 mai 2017].
- Krishnamoorthi R, et coll. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology.* Avril 2011; 259(1):231-9. [PMID : 21324843](#).
- Park JS, et coll. Accuracies of diagnostic methods for acute appendicitis. *Am Surg.* Janvier 2013; 79(1):101-6. [PMID : 23317620](#).
- Ramarajan N, et coll. An interdisciplinary initiative to reduce radiation exposure: Evaluation of appendicitis in a pediatric emergency department with clinical assessment supported by a staged ultrasound and computed tomography pathway. *Acad Emerg Med.* Novembre 2009; 16(11):1258-65. [PMID : 20053244](#).
- Santillanes G, et coll. Prospective evaluation of a clinical practice guideline for diagnosis of appendicitis in children. *Acad Emerg Med.* Août 2012; 19(8):886-93. [PMID : 22849662](#).
- Thirumoorthi AS, et coll. Managing radiation exposure in children--reexamining the role of ultrasound in the diagnosis of appendicitis. *J Pediatr Surg.* Décembre 2012; 47(12):2268-72. [PMID : 23217887](#).
- Wan MJ, et coll. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis--a markov decision analytic model. *Radiology.* Février 2009; 250(2):378-86. [PMID : 19098225](#).
- 5 Bennett DL, et coll. *ACR appropriateness criteria@ acute trauma to the foot* [Internet]. 2014 [consulté le 5 mai 2017].
- Blackham JE, et coll. Can patients apply the ottawa ankle rules to themselves? *Emerg Med J.* Novembre 2008; 25(11):750-1. [PMID : 18955612](#).
- Can U, et coll. Safety and efficiency of the ottawa ankle rule in a swiss population with ankle sprains. *Swiss Med Wkly.* Le 3 mai 2008; 138(19-20):292-6. [PMID : 18491243](#).
- Dowling S, et coll. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and midfoot in children: a meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 2009 Apr;16(4):277-87. [PMID : 19187397](#).
- Gravel J, et coll. Prospective validation and head-to-head comparison of 3 ankle rules in a pediatric population. *Ann Emerg Med.* Octobre 2009; 54(4):534,540.e1. [PMID : 19647341](#).
- Jenkin M, et coll. Clinical usefulness of the ottawa ankle rules for detecting fractures of the ankle and midfoot. *J Athl Train.* Septembre-octobre 2010; 45(5):480-2. [PMID : 20831394](#).
- Knudsen R, et coll. Validation of the Ottawa ankle rules in a Danish emergency department. *Dan Med Bull.* Mai 2010; 57(5):A4142. [PMID : 20441713](#).
- Lin CW, et coll. Economic evaluations of diagnostic tests, treatment and prevention for lateral ankle sprains: A systematic review. *Br J Sports Med.* Décembre 2013; 47(18):1144-9. [PMID : 22554849](#).
- National Guideline Clearinghouse. Guideline summary: Ankle and foot disorders. [Internet]. Le 28 octobre 2013 [le 5 mai 2017].
- Petscavage J, et coll. Overuse of concomitant foot radiographic series in patients sustaining minor ankle injuries. *Emerg Radiol.* Juillet 2010; 17(4):261-5. [PMID : 19834751](#).
- Polzer H, et coll. Diagnosis and treatment of acute ankle injuries: Development of an evidence-based algorithm. *Orthop Rev (Pavia).* Le 2 janvier 2012; 4(1):e5. [PMID : 22577506](#).
- Seah R, et coll. Managing ankle sprains in primary care: What is best practice? A systematic review of the last 10 years of evidence. *Br Med Bull.* 2011;97:105-35. [PMID : 20710025](#).
- Wang X, et coll. Clinical value of the ottawa ankle rules for diagnosis of fractures in acute ankle injuries. *PLoS One.* Le 30 avril 2013; 8(4):e63228. [PMID : 23646202](#).
- Work Loss Data Institute. *Guideline summary: Ankle & foot (acute & chronic)* [consulté le 5 mai 2017].

À propos de L'Association canadienne des radiologistes

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) est une fière partenaire de Choisir avec soin. La CAR est la société nationale des radiologistes au Canada et elle défend des normes de pratique élevées en imagerie centrées sur les patients en encourageant l'apprentissage continu et la recherche. Porte-parole national de la profession de radiologiste, la CAR travaille au nom des plus de 2 500 radiologistes et radiologistes en formation au Canada.



Canadian Association of Radiologists
L'Association canadienne des radiologistes

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Rhumatologie

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

par
La Société canadienne de rhumatologie
Dernière mise à jour : juin 2018



1 Évitez de prescrire un ANA comme examen de dépistage chez les patients qui n'ont pas de signes ou de symptômes précis d'un lupus érythémateux disséminé (LED) ou d'une autre collagénose.

Il ne faut pas utiliser un ANA pour investiguer des patients qui ne présentent pas de symptômes précis (par exemple, la photosensibilité, l'érythème en papillon, la polyarthrite symétrique, etc.) ou sans avoir procédé à une évaluation clinique qui peut aboutir à un diagnostic présomptif de LED ou d'une autre collagénose, puisque beaucoup d'affections non rhumatismales produisent une réactivité aux ANA et que cette réactivité peut être présente même chez des sujets témoins « en bonne santé » (jusqu'à 20 %). Chez un patient qui présente, avant l'examen, une faible probabilité de maladie rhumatologique associée aux ANA, les résultats positifs de tests ANA peuvent être trompeurs et entraîner d'autres examens inutiles, un diagnostic erroné et même un traitement inapproprié.

2 Évitez de prescrire un test HLA-B27, sauf si l'on soupçonne une spondylarthrite à cause de signaux ou de symptômes particuliers.

Le test HLA-B27 n'est pas utile à lui seul comme examen de diagnostic chez un patient qui souffre de lombalgie et qui ne présente pas d'autres signes ou symptômes de spondylarthrite (SpA) (par exemple, la dorsalgie inflammatoire depuis plus de trois mois apparue avant l'âge de 45 ans, la synovite périphérique, l'enthésite, la dactylite, le psoriasis ou l'uvéite) parce qu'il est peu probable que l'on diagnostique une spondylarthropathie chez ces patients. Si l'on utilise le test HLA-B27, il faut au moins deux signes ou symptômes de SpA ou des résultats d'imagerie positifs pour déclarer qu'un patient est atteint de SpA axiale. Il ne sert à rien, sur le plan clinique, de prescrire un test HLA-B27 sans résultat d'imagerie positif ni signes ou symptômes suggestifs de SpA.

3 Évitez de répéter des examens d'ostéodensitométrie plus souvent qu'aux 2 ans.

Les ostéodensitométries répétées aux 2 ans sont appropriées dans la plupart des contextes cliniques et plusieurs lignes directrices en vigueur sur l'ostéoporose les appuient. À cause de la précision limitée de l'examen, il peut falloir au moins deux ans pour mesurer de façon fiable un changement de la densité minérale osseuse. Si les teneurs minérales de l'os sont stables ou si les personnes présentent un faible risque de fracture, on peut alors envisager un contrôle moins fréquent, par exemple, aux cinq à dix ans. Des intervalles plus courts et plus longs entre la répétition des examens peuvent être appropriés compte tenu du taux prévu de changements de la teneur minérale de l'os et du risque de fracture.

4 Évitez de prescrire des bisphosphonates aux patients qui ont un faible risque de fracture.

Il n'y a pas d'éléments de preuve convaincants selon lesquels une thérapie contre l'ostéoporose chez les patients atteints d'ostéopénie seulement réduit le risque de fracture. Les revues Cochrane de trois bisphosphonates (alendronate, étidronate, risedronate), réalisés en 2008, n'ont révélé aucune réduction statistiquement significative de la prévention primaire des fractures chez les femmes ménopausées. Le risque de fracture est calculé au moyen de l'outil d'évaluation des risques de l'Association canadienne des radiologistes et d'Ostéoporose Canada (CAROC), ou de FRAXMC, outil d'évaluation des risques de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé. Les deux sont disponibles sous forme de calculateurs en ligne. Comme l'efficacité n'en est pas démontrée, l'utilisation généralisée des bisphosphonates chez les patients qui présentent un faible risque de fracture n'est pas recommandée à l'heure actuelle.

5 Évitez de procéder à des scintigraphies osseuses totales pour le dépistage diagnostique de l'arthrite périphérique et axiale chez les adultes.

Il est habituellement possible de diagnostiquer une arthrite inflammatoire périphérique et axiale en se basant sur un questionnaire et des antécédents appropriés, un examen médical et des investigations de base. En effet, les scintigraphies osseuses totales, comme la scintigraphie au MDP Tc-99m, ne sont pas suffisamment spécifiques pour permettre de diagnostiquer une polyarthrite inflammatoire ou une spondyloarthrite. De plus, leur utilité clinique est limitée. Cette approche sans scintigraphie est moins coûteuse et réduit l'exposition aux radiations.

Comment la liste a été établie

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) a formulé ses cinq principales recommandations dans le contexte du programme Choisir avec soin en utilisant un processus à étapes multiples qui combine une méthodologie consensuelle et une revue de la littérature. Un comité directeur a demandé à un groupe de rhumatologues actifs de diverses régions du Canada et de types de pratiques diverses de créer un comité Choisir avec soin. Le groupe a formulé une liste de recommandations potentielles en se basant sur la méthode Delphi. Les recommandations très convergentes et considérées très prévalentes ont été soumises par sondage aux membres de la SCR. Ceux-ci ont classé ces principaux points en fonction du contenu, de leur impact et de leur importance. Un sous-comité de la méthodologie a discuté des éléments en fonction de leur pertinence pour la rhumatologie, de leur incidence possible sur les patients et des résultats du sondage des membres. Les cinq principaux éléments potentiels sont passés au stade de la revue de la littérature. Le conseil d'administration de la SCR a approuvé la liste qui a été revue par un groupe de collaborateurs qui sont aussi des patients atteints de maladies rhumatismales. Ces collaborateurs travailleront avec la SCR pour veiller à ce que les énoncés Choisir avec soin soient traduits en langage clair et rendus accessibles pour les patients et le public.

Sources

- 1 BC Guidelines. [Antinuclear antibody \(ANA\) testing protocol](#) [Internet]. Juin 2013 [consulté le 5 mai 2017]
Kavanaugh A, et coll. Guidelines for clinical use of the antinuclear antibody test and tests for specific autoantibodies to nuclear antigens. American College of Pathologists. Arch Pathol Lab Med. Janvier 2000; 124(1):71-81. PMID : [10629135](#).
Solomon DH, et coll. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: Antinuclear antibody testing. Arthritis Rheum. Août 2002; 47(4):434-44. PMID : [12209492](#).
Tozzoli R, et coll. Guidelines for the laboratory use of autoantibody tests in the diagnosis and monitoring of autoimmune rheumatic diseases. Am J Clin Pathol. Février 2002; 117(2):316-24. PMID : [11863229](#).
- 2 Rostom S, et coll. New tools for diagnosing spondyloarthropathy. Joint Bone Spine. Mars 2010; 77(2):108-14. PMID : [20153677](#).
Rudwaleit M, et coll. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis. Mai 2004; 63(5):535-43. PMID : [15082484](#).
Rudwaleit M, et coll. The development of assessment of SpondyloArthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. Ann Rheum Dis. Juin 2009; 68(6):777-83. PMID : [19297344](#).
Sidiropoulos PI, et coll. Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: Systematic literature search of the 3E initiative in rheumatology involving a broad panel of experts and practising rheumatologists. Rheumatology (Oxford). Mars 2008; 47(3):355-61. PMID : [18276738](#).
- 3 Papaioannou A, et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. JAMC. Le 2 août 2011; cmaj.100771.DC3. PMID : [20940232](#).
Schousboe JT, et coll. Executive summary of the 2013 international society for clinical densitometry position development conference on bone densitometry. J Clin Densitom. Octobre-décembre 2013; 16(4):455-66. PMID : [24183638](#).
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. Le 1er mars 2011; 154(5):356-64. PMID : [21242341](#).
- 4 FRAX®. [WHO fracture risk assessment tool](#) [Internet]. Juin 2011 [consulté le 5 mai 2017].
Osteoporose Canada. [Évaluation du risque sur 10 ans – Femmes et hommes](#) [Internet]. 2010 [consulté le 5 mai 2017]
Roux C. Osteopenia: Is it a problem?. Int J Clin Rheumatol. Décembre 2009; 4(6):651-5.
Wells GA, et coll. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. Le 23 janvier 2008; (1):CD001155. PMID : [18253985](#).
Wells GA, et coll. Etidronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. Le 23 janvier 2008; (1):CD003376. PMID : [18254018](#).
Wells G, et coll. Risedronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. Le 23 janvier 2008; (1):CD004523. PMID : [18254053](#).
- 5 Fisher BA, et coll. Do tc-99m-diphosphonate bone scans have any place in the investigation of polyarthralgia? Rheumatology (Oxford). Juin 2007; 46(6):1036-7. PMID : [17449485](#).
Picano E, et coll. Unnecessary radiation exposure from medical imaging in the rheumatology patient. Rheumatology (Oxford). Septembre 2011; 50(9):1537-9. PMID : [21183451](#).
Song IH, et coll. The diagnostic value of scintigraphy in assessing sacroiliitis in ankylosing spondylitis: A systematic literature research. Ann Rheum Dis. Novembre 2008; 67(11):1535-40. PMID : [18230629](#).
Whallett A, et coll. Isotope bone scans: An assessment of their diagnostic use in polyarticular pain of uncertain origin. Ann Rheum Dis. Août 2003; 62(8):784-5. PMID : [12860741](#).

À propos de la Société canadienne de rhumatologie

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) est une fière partenaire de Choisir avec soin. Comptant plus de 500 membres, dont un peu plus de 400 rhumatologues, la SCR s'est donné la mission de promouvoir la poursuite de l'excellence dans les soins de l'arthrite ainsi que dans l'éducation et la recherche. La SCR s'efforce de fournir les meilleurs services et le soutien nécessaire à ses membres pour prodiguer la meilleure qualité de soins possible aux patients. Cela comprend un large éventail de sujets abordés par des conférenciers au cours de la réunion scientifique annuelle, un site Web riche en information, des programmes visant à attirer les étudiants en médecine en rhumatologie, des prix pour récompenser ses membres, le développement de lignes directrices, des possibilités de financement de la recherche et d'excellents partenariats de travail avec d'autres organisations.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Soins de longue durée

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

par

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée

Dernière mise à jour : juin 2018



1 Évitez de transférer les résidents fragiles des centres d'hébergement vers les hôpitaux, à moins que leur confort ou que leurs besoins médicaux urgents ne puissent être assurés dans leur établissement.

Les transferts vers les hôpitaux pour évaluation et traitement sont devenus habituels lorsqu'il y a une détérioration de l'état de santé. Or, dans bien des cas, ces transferts sont peu utiles et peuvent même causer une morbidité accrue. Une étude canadienne a évalué à 47 % la proportion des hospitalisations considérées évitables, tandis qu'une étude américaine récente a fait état d'une proportion de 39 % qui seraient « potentiellement évitables ». Un transfert va souvent de pair avec un séjour prolongé dans un environnement inconnu et stressant pour le patient. Parmi les autres risques, il y a entre autres : délire, infections nosocomiales, effets secondaires des médicaments, carence de sommeil et perte rapide de la force musculaire suite à l'alitement. Les risques dépassent souvent les avantages. Les résidents évalués et traités dans leur établissement bénéficieront de soins plus individualisés, d'un meilleur confort et de soins de fin de vie. Si un transfert est inévitable, il faut donner des instructions préalables claires à l'hôpital receveur quant aux besoins du patient. Le respect du choix des patients est un enjeu fondamental dans toute décision de transfert vers un hôpital. Il faut avoir une compréhension claire des objectifs de soins du patient en tenant compte de son état de santé, de ses valeurs et de ses préférences. Cela réduira les probabilités de transferts inappropriés. Ces objectifs doivent faire l'objet de discussions préalables et fréquentes avec le patient et ses proches, y compris pour identifier si le confort, le fonctionnement et la qualité de vie sont leurs objectifs de soins les plus importants.

2 N'ayez pas d'emblée recours aux antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Les personnes atteintes de démence peuvent parfois être dérangeantes, avoir un comportement agressif et résister à leurs soins personnels. Il y a souvent une explication à un comportement (la douleur, par exemple) et le fait d'identifier et de corriger la cause peut rendre un traitement pharmacologique superflu. Lorsqu'un traitement pharmacologique est choisi, des antipsychotiques sont souvent prescrits, mais ils procurent un avantage limité et peuvent causer de graves torts, y compris une mort prématurée. Ces médicaments devraient être limités aux cas où des mesures non pharmacologiques ont déjà été essayées sans succès et lorsque les patients peuvent être un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Lorsqu'un antipsychotique est prescrit, il faut alors exercer une surveillance périodique et fréquemment tenter d'en réduire la dose ou de le cesser afin de prévenir tout préjudice.

3 Ne procédez pas à des tests d'urine par bâtonnet ni à des cultures d'urine en l'absence de signes et symptômes clairs d'infection urinaire (IU).

À moins qu'il y ait des signes manifestes d'infection urinaire tels qu'un inconfort urinaire, une douleur abdominale ou dorsale, une pollakiurie, une urgence mictionnelle ou de la fièvre, aucun test ne devrait être effectué. Les tests révèlent souvent la présence de bactéries dans l'urine; en effet, jusqu'à 50 % des échantillons testés démontrent la présence de bactéries en l'absence de symptômes locaux affectant l'appareil uro-génital. Les tests superflus et le traitement des bactériuries asymptomatiques au moyen d'antibiotiques entraînent un risque accru de diarrhée et d'infection à *Clostridium difficile*. De plus, la surutilisation d'antibiotiques contribue à une augmentation des bactéries qui leur deviendront résistants.

4 Ne posez pas de sonde d'alimentation parentérale à des personnes atteintes de démence avancée. Aidez-les plutôt à s'alimenter.

La pose d'une sonde d'alimentation parentérale ne prolonge pas l'espérance de vie des patients atteints de démence et n'améliore pas leur qualité de vie. Si l'état de santé du résident s'est détérioré et qu'il manifeste des problèmes de santé récurrents et évolutifs, c'est qu'il arrive peut-être au terme de sa vie et qu'il ne tirera alors aucun avantage de la pose d'une sonde d'alimentation. Les sondes d'alimentation sont souvent posées pour éviter que les patients n'aspirent leurs aliments ou deviennent dénutris. Des études montrent que les sondes d'alimentation ne rendent pas les patients plus confortables et ne les soulagent pas. Les sondes d'alimentation peuvent causer des surcharges hydriques, de la diarrhée, des douleurs abdominales et de l'inconfort ou même des lésions causées par la sonde elle-même. Une sonde d'alimentation peut en fait accroître le risque d'aspiration et de pneumonie d'aspiration. Chez les personnes qui souffrent de démence avancée et qui ont de la difficulté à manger, on doit privilégier l'assistance à l'alimentation plutôt que de leur installer une sonde d'alimentation parentérale.

5**Ne maintenez pas ou n'ajoutez pas de médicaments à long terme sauf s'ils sont clairement indiqués et qu'on en attend un bienfait raisonnable chez le patient.**

La pharmacothérapie à long terme devrait être cessée si elle n'est plus requise (p. ex., antiacides, antihypertenseurs) puisqu'elle peut réduire la qualité de vie des résidents et n'avoir que peu d'utilité chez un aîné fragile dont l'espérance de vie est limitée (p. ex., statines, médicaments contre l'ostéoporose). Les médicaments prescrits dans le but d'atteindre des résultats objectivables et précis chez les adultes vivant dans la communauté (p. ex., glycémie, tension artérielle) pourraient au contraire avoir des effets négatifs sur la mobilité, le fonctionnement, la mortalité et la qualité de vie des aînés fragiles en établissements de soins de longue durée.

6**Ne demandez pas de tests de dépistage ou de routine pour des maladies chroniques simplement parce qu'un prélèvement sanguin est effectué.**

À moins d'être certain qu'un traitement pourrait améliorer la qualité de vie du patient, n'effectuez pas ces tests. Les tests de routine peuvent mener à un traitement inapproprié et nuisible chez des résidents fragiles qui arrivent au terme de leur vie et contribuer aussi à une mauvaise utilisation des ressources limitées de soins de santé qui méritent d'être utilisées plus judicieusement.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée du Canada (ACDMSLD) a établi la liste de ses 6 grandes recommandations sous la supervision de son directeur. Les membres de l'ACDMSLD ont été invités à participer par courriel à l'élaboration de cette liste. Deux médecins bénévoles se sont joints au directeur pour former un groupe de travail : Choisir avec soin. Pour représenter les patients, des patients du groupe «Patients pour la sécurité des patients du Canada», ayant à leur tête un représentant, se sont joints au groupe de travail. Comme point de départ, les listes préparées par l'«Association américaine des directeurs médicaux» et par la «Société canadienne de gériatrie» ont été passées en revue. Aucune de ces listes n'était spécifique aux patients âgés résidant en établissement de soins de longue durée. Le processus visait à présenter des recommandations valides et pertinentes pour ces patients canadiens et notre système de soins de santé. Lors de discussions en petits groupes au sein du groupe de travail, les six recommandations ont été proposées. Le document a par la suite été distribué aux membres du conseil d'administration de l'ACDMSLD pour commentaires additionnels et approbation.

Sources

- 1 Walker JD, Teare GF, Hogan DB, et coll. Identifying potentially avoidable hospital admissions from Canadian long-term care facilities. *Med Care*. Février 2009; vol. 47, no 2 : p. 250-254. PMID : 19169127.
Walsh EG, Wiener JM, Haber S, et coll. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and Home- and Community-Based Services waiver programs. *J Am Geriatr Soc*. Mai 2012; vol. 60, no 5 : p. 821-829. PMID : 22458363.
- 2 Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. Septembre 2012; vol. 169, no 9 : p. 946-953. PMID : 22952073.
Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry*. Mars 2006; vol. 14, no 3 : p. 191-210. PMID : 16505124.
Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, et coll. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. Juillet 2012; vol. 13, no 6 : p. 503-506.e2. PMID : 22342481.
- 3 High KP, Bradley SF, Gravenstein S, et coll. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Le 15 janvier 2009; vol. 48, no 2 : p. 149-171. PMID : 19072244.
Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, et coll. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. Le 1er mars 2005; vol. 40, no 5 : p. 643-654. PMID : 15714408.
Stone ND, Ashraf MS, Calder J, et coll. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Octobre 2012; vol. 33, no 10 : p. 965-977. PMID : 22961014.
- 4 Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, et coll. Oral feeding options for people with dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. Mars 2011; vol. 59, no 3 : p. 463-472. PMID : 21391936.
Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, et coll. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. Mars 2010; vol. 58, no 3 : p. 580-584. PMID : 20398123.
Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 15 avril 2009; no 2 : CD007209. PMID : 19370678.
Sorrell JM. Use of feeding tubes in patients with advanced dementia: are we doing harm? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Mai 2010; vol. 48, no 5 : p. 15-18. PMID : 20415291.
Teno JM, Gozalo PL, Mitchell SL, et coll. Does feeding tube insertion and its timing improve survival? *J Am Geriatr Soc*. Octobre 2012; vol. 60, no 10 : p. 1918-1921. PMID : 23002947.
- 5 Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et coll. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. Le 1er mai 2008; vol. 358, no 18 : p. 1887-1898. PMID : 18378519.
Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, et coll. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. *Drugs Aging*. Octobre 2012; vol. 29, no 10 : p. 829-837. PMID : 23044639.
James PA, Oparil S, Carter BL, et coll. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. Le 5 février 2014; vol. 311, no 5 : p. 507-520. PMID : 24352797.
Muntner P, Bowling CB, Shimbo D. Systolic blood pressure goals to reduce cardiovascular disease among older adults. *Am J Med Sci*. Août 2014; vol. 348, no 2 : p. 129-134. PMID : 24978394.
Tinetti ME, Han L, Lee DS, et coll. Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older adults. *JAMA Intern Med*. Avril 2014; vol. 174, no 4 : p. 588-595. PMID : 24567036.
- 6 American Medical Directors Association (AMDA). Health maintenance in the long term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2012.
Clarfield AM. Screening in frail older people: an ounce of prevention or a pound of trouble? *J Am Geriatr Soc*. Octobre 2010; vol. 58, no 10 : p. 2016-2021. PMID : 20929471.
Gill TM. The central role of prognosis in clinical decision making. *JAMA*. Le 11 janvier 2012; vol. 307, no 2 : p. 199-200. PMID : 22235093.
Gross CP. Cancer screening in older persons: a new age of wonder. *JAMA Intern Med*. Octobre 2014; vol. 174, no 10 : p. 1565-1567. PMID : 25133660.
Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 17 juillet 2012; vol. 157, no 2 : p. 120-134. PMID : 22801674.
Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, et coll. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. *JAMA Intern Med*. Octobre 2014; vol. 174, no 10 : p. 1558-1565. PMID : 25133746.
van Hees F, Habbema JD, Meester RG, et coll. Should colorectal cancer screening be considered in elderly persons without previous screening? A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*. Le 3 juin 2014; vol. 160, no 11 : p. 750-759. PMID : 24887616.

À propos de l'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée

L'Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Son objectif est d'améliorer la capacité de leadership des médecins dans les centres de soins infirmiers afin d'améliorer la qualité des soins, mais surtout la qualité de vie des patients.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

Soins infirmiers

Les neuf interventions et traitements sur lesquels le personnel infirmier et les patients devraient s'interroger

par

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Dernière mise à jour : mai 2017



1 Ne pas insérer ou laisser en place une sonde urinaire à demeure sans évaluation quotidienne.

L'utilisation de sondes urinaires à demeure chez les patients hospitalisés est courante. Toutefois, elles peuvent entraîner des préjudices évitables comme une infection des voies urinaires, une septicémie et le délirium. Les lignes directrices recommandent une évaluation systématique des indications appropriées pour les sondes urinaires, dont l'obstruction urinaire aiguë, les maladies graves et les soins de fin de vie, ainsi que la réduction au minimum de leur durée d'utilisation. Il a été démontré que les stratégies conformes aux lignes directrices concernant l'utilisation inappropriée de sondes urinaires permettent de réduire le nombre d'infections associées aux soins de santé.

2 Ne pas conseiller l'autosurveillance de la glycémie entre les consultations médicales aux diabétiques de type 2 qui n'utilisent pas l'insuline, ni d'autres médicaments qui pourraient augmenter le risque d'hypoglycémie.

De nombreuses études montrent que, une fois que la valeur thérapeutique cible est atteinte, l'auto-surveillance de la glycémie est peu utile pour la maîtrise du taux glycémique pour la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 et ne prenant pas d'insuline ni d'autres médicaments qui pourraient augmenter le risque d'hypoglycémie. L'autosurveillance de la glycémie peut être indiquée pendant une maladie aiguë, un changement de médicaments ou une grossesse, lorsque des antécédents de risque d'hypoglycémie sont présents (p. ex. l'utilisation d'une sulfonylurée) et lorsque la personne doit être suivie pour maintenir les cibles, des facteurs qui devraient faire partie de l'évaluation et de l'éducation du client.

3 Ne pas ajouter de literie supplémentaire (draps, alèses) sous les patients reposant sur des surfaces thérapeutiques.

Des épaisseurs supplémentaires de literie peuvent limiter les capacités d'absorption de la pression des surfaces thérapeutiques (comme les matelas ou les coussins thérapeutiques). Par conséquent, des épaisseurs supplémentaires de draps et d'alèses peuvent contribuer aux lésions cutanées et nuire à la guérison de plaies de pression existantes.

4 Ne pas administrer d'oxygène pour traiter une dyspnée non hypoxique.

On administre souvent de l'oxygène pour soulager l'essoufflement. Pourtant, l'apport d'oxygène ne procure aucun bienfait au patient essoufflé lorsqu'il n'est pas hypoxique. Il est démontré qu'un supplément d'air est aussi efficace qu'un apport d'oxygène dans ce cas.

5 Ne pas utiliser de façon systématique des produits d'incontinence (y compris les culottes ou serviettes d'incontinence) chez les personnes âgées.

Les produits d'incontinence pour adultes sont fréquemment utilisés chez les patients continents (surtout les femmes) à faible mobilité. Pourtant, la littérature associe leur utilisation à des résultats indésirables multiples, comme la perception d'une faible estime de soi et d'une qualité de vie réduite, des taux d'incidence élevés de dermatite, des plaies de pression et des infections des voies urinaires. Le personnel infirmier devrait procéder à une évaluation approfondie auprès des personnes âgées pour déterminer le risque de résultats indésirables avant d'utiliser des produits d'incontinence ou d'en poursuivre l'utilisation. L'élaboration d'un plan de soins lié à la continence devrait constituer un processus de prise de décisions concerté qui comprend les souhaits connus des clients entourant leurs besoins en matière de soins et les perspectives des aidants et de l'équipe de soins de santé.

6 Ne pas conseiller un tube d'alimentation pour les clients atteints de démence avancée sans assurer un processus de prise de décisions concerté qui comprend les souhaits connus des clients entourant leurs besoins futurs en matière de soins et les perspectives des aidants et de l'équipe de soins de santé.

L'alimentation par tube auprès des personnes âgées atteintes de démence avancée n'offre aucun bienfait par rapport à l'alimentation méthodique à la main en ce qui concerne les résultats de la pneumonie par aspiration et le prolongement de la vie. Alors que la nourriture est l'élément nutritif privilégié, des suppléments nutritionnels oraux peuvent s'avérer bénéfiques si l'intervention est conforme aux objectifs de soins connus de la personne. L'alimentation par tube peut contribuer à l'inconfort chez le client et donner lieu à de l'agitation, à l'utilisation de moyens de contention physiques et chimiques et à l'aggravation des plaies de pression.

7 Ne pas recommander des médicaments antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes de la démence.

Les personnes atteintes de démence présentent fréquemment des comportements réactifs, qui sont souvent perçus à tort pour de l'agressivité, de la résistance aux soins et d'autres comportements difficiles ou perturbateurs. Dans de tels cas, des médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais leurs avantages demeurent limités et ils peuvent causer des dommages graves, y compris la mort prématurée. L'utilisation de ces médicaments doit être limitée aux cas où les mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou d'autres personnes. Le fait de déterminer et de traiter les causes du changement de comportement peut rendre un traitement médicamenteux inutile. Si le personnel infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, il a la responsabilité de discuter de ses préoccupations avec le prescripteur.

8 Ne pas recommander d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes indicateurs d'infection urinaire.

Les signes et symptômes indicateurs d'une infection des voies urinaires sont la fréquence accrue, l'urgence, la douleur ou la sensation de brûlure à la miction, la douleur supra-pubienne, une douleur au flanc et la fièvre. Une urine foncée, d'aspect trouble ou malodorante pourrait ne pas indiquer une infection des voies urinaires, mais plutôt un apport en fluide inadéquat. Des études de cohortes n'ont révélé aucun effet indésirable associé à la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées. Non seulement le traitement antimicrobien de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées ne montre aucun avantage, mais il fait augmenter les effets antimicrobiens indésirables. Des critères de consensus ont été définis pour caractériser les symptômes cliniques particuliers qui, lorsqu'ils sont associés à une bactériurie, définissent l'infection urinaire. Les exceptions à ces critères comprennent le dépistage et le traitement de la bactériurie asymptomatique recommandés avant les procédures urologiques pour lesquelles des saignements des muqueuses sont prévus. Si le personnel infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, il a la responsabilité de discuter de ses préoccupations avec le prescripteur.

9 Ne pas recommander d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter les symptômes dépressifs légers chez les adultes.

Les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse dans les cas de dépression modérée ou grave. Pour les patients présentant des symptômes légers, une évaluation complète, une surveillance et un soutien continus, des interventions psychosociales et la modification des habitudes de vie devraient être envisagés en premier recours. Ces interventions permettraient d'éviter les effets secondaires des médicaments et d'établir des facteurs étiologiques qui pourraient être importants dans l'évaluation et la prise en charge futures. Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour les patients atteints de dépression légère persistante qui ont des antécédents de dépression plus grave ou chez qui les autres interventions ont échoué. Si le personnel infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, il a la responsabilité de discuter de ses préoccupations avec le prescripteur.

Comment la liste a été établie

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) a établi cette liste « Choisir avec soin » à l'intention du personnel infirmier en rassemblant un groupe de travail composé de 12 infirmières et infirmiers de diverses spécialités infirmières de tout le Canada représentant une vaste gamme de régions géographiques, de milieux de pratiques et d'expérience. Le groupe de travail a commencé par envisager sa liste potentielle en examinant des recommandations existantes, dont les listes des sociétés de spécialité participant au projet « Choisir avec soin » et la liste de l'American Academy of Nursing (AAN), qui ont déjà été soumises à un processus d'examen rigoureux des données. Par ailleurs, les membres ont formulé des recommandations sur de nouveaux éléments fondés sur des données. Le groupe de travail a évalué 195 éléments pertinents à la pratique infirmière au moyen d'un processus structuré élaboré aux fins de ce projet. Deux évaluateurs indépendants ont évalué chacun de ces éléments (171 éléments relatifs à la médecine « Choisir avec soin », 15 éléments de l'AAN « Choisir avec soin » et neuf éléments soumis de façon indépendante). Au moyen d'un processus Delphi pour les deux rondes de révision suivantes, le groupe a raffiné et adapté les 36 éléments jusqu'à l'atteinte d'un consensus sur une liste finale de neuf éléments. Un examen de la littérature a été mené pour confirmer les données de ces éléments, et la recherche infirmière à l'appui a été ajoutée lorsqu'approprié. Par la suite, la liste finale a été soumise à une consultation exhaustive, à laquelle des experts de la profession infirmière en sécurité des patients, divers membres du Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers, des membres de l'AIIIC et de ses organismes membres, ainsi que des défenseurs des intérêts des patients ont apporté leur contribution. En novembre 2016, la liste du personnel infirmier « Choisir avec soin » a été présentée au conseil d'administration de l'AIIIC, qui a confirmé sans hésitation son soutien et son approbation.

Sources

- 1 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. [APIC Implementation Guide: Guide To Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections](#) [En ligne] 2014 (consulté le 14 octobre 2016).
Choisir avec soin. [Société canadienne de médecine d'hôpital : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2015 (consulté le 21 octobre 2016).
Colli J, et al. National trends in hospitalization from indwelling urinary catheter complications, 2001-2010. *Int Urol Nephrol*. 2014 Feb;46(2):303-8. [PMID : 23934618](#).
Hooton TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010 Mar 1;50(5):625-63. [PMID : 20175247](#).
Jain P, et al. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. 1995 Jul 10;155(13):1425-9. [PMID : 7794092](#).
Krein SL, et al. Barriers to reducing urinary catheter use: a qualitative assessment of a statewide initiative. *JAMA Intern Med*. 2013 May 27;173(10):881-6. [PMID : 23529627](#).
Landrigan CP, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010 Nov 25;363(22):2124-34. [PMID : 21105794](#).
Lo E, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014 Sep;35 Suppl 2:S32-47. [PMID : 25376068](#).
Miller BL, et al. A multimodal intervention to reduce urinary catheter use and associated infection at a Veterans Affairs Medical Center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Jun;34(6):631-3. [PMID : 23651896](#).
O'Mahony R, et al. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med*. 2011 Jun 7;154(11):746-51. [PMID : 21646557](#).
Ramanathan R, et al. Urinary tract infections in surgical patients. *Surg Clin North Am*. 2014 Dec;94(6):1351-68. [PMID : 25440128](#).
- 2 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Optimal therapy recommendations for the prescribing and use of blood glucose test strips. *CADTH Technol Overv*. 2010; 1(2):e0109. [PMID : 22977401](#).
Association canadienne du diabète. [Autosurveillance de la glycémie : Outil de recommandation à l'intention des professionnels de la santé](#) [En ligne]. 2013 (consulté le 21 octobre 2016).
Brownlee C. [For diabetics not on insulin, self-monitoring blood sugar has no benefit](#). Bibliothèque Cochrane [En ligne]. 2012 (consulté le 18 octobre 2016).
Cameron C, et al. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ*. 2010 Jan 12;182(1):28-34. [PMID : 20026626](#).
Choisir avec soin. [Collège des médecins de famille du Canada : Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Choisir avec soin. [Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Gomes T, et al. Blood glucose test strips: options to reduce usage. *CMAJ*. 2010 Jan 12;182(1):35-8. [PMID : 20026624](#).
O'Kane MJ, et al. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ*. 2008 May 24;336(7654):1174-7. [PMID : 18420662](#).
- 3 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team. 3e éd.](#) [En ligne]. 2016 (consulté le 18 octobre 2016).
Institute for Healthcare Improvement. *How-to guide: prevent pressure ulcers*. Cambridge, MA: IHI; 2011.
Keast DH, et al. Best practice recommendations for the prevention and treatment of pressure ulcers: update 2006. *Adv Skin Wound Care*. 2007 Aug;20(18):447-60. [PMID : 17762312](#).
Williamson R, et al. The effect of multiple layers of linens on surface interface pressure: results of a laboratory study. *Ostomy Wound Manage*. 2013 Jun;59(6):38-48. [PMID : 23749661](#).
- 4 Abernethy AP, et al. Effect of palliative oxygen versus (room) air in relieving breathlessness in patients with refractory dyspnea: a double-blind, randomized controlled trial. *Lancet*. 2010 Sep 4;376(9743):784-793. [PMID : 20816546](#).
Booth S, et al. Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? *Am J Respir Crit Care Med*. 1996 May;153(5):1515-8. [PMID : 8630595](#).
Bruera E, et al. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. *Palliat Med*. 2003 Dec;17(8):659-63. [PMID : 14694916](#).
Choisir avec soin. [Société canadienne des médecins de soins palliatifs : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Marciniuk DD, et al. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir J*. 2011 Mar-Apr;18(2):69-78. [PMID : 21499589](#).
Ontario Health Technology Assessment Service COPD Collaborative. [Chronic obstructive pulmonary disease \(COPD\) evidentiary framework](#) [En ligne]. 2012 (consulté le 18 octobre 2016).
Philip J, et al. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Dec;32(6):541-50. [PMID : 17157756](#).
Uronis HE, et al. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2008 Jan 29;98(2):294-9. [PMID : 18182991](#).

- 5 Agnew R, et al. Promoting urinary continence with older people: a selective literature review. *Int J Older People Nurs.* 2009 Mar;4(1):58-62. [PMID : 20925803](#).
Cave CE. Evidence-based continence care: an integrative review. *Rehabil Nurs.* 2016 Aug 11. [PMID : 27510945](#).
Coffey A, et al. Incontinence: assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007 Dec;4(4):179-86. [PMID : 18076461](#).
Netsch D. Continence Care Literature Review 2012. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013 Nov-Dec;40(Suppl.): S21-9.
Zisberg, A. Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011 Sep-Oct;38(5):559-64. [PMID : 21873910](#).
Zisberg A, et al. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jun;59(6):1099-104. [PMID : 21649620](#).
- 6 Allen VJ, et al. Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. *Clin Nutr.* 2013 Dec;32(6):950-7. [PMID : 23591150](#).
American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Aug;62(8):1590-3. [PMID : 25039796](#).
Choisir avec soin. [Société canadienne de gériatrie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Finucane TE, et al. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA.* 1999 Oct 13;282(14):1365-70. [PMID : 10527184](#).
Gabriel SE, et al. Getting the methods right: the foundation of patient-centered outcomes research. *N Engl J Med.* 2012 Aug 30;367(9):787-90. [PMID : 22830434](#).
Hanson LC. Tube feeding versus assisted oral feeding for persons with dementia: using evidence to support decision-making. *Ann Longterm Care.* 2013 Jan;21(1):36-39.
Hanson LC, et al. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Nov;59(11):2009-16. [PMID : 22091750](#).
Palecek EJ, et al. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Mar;58(3):580-4. [PMID : 20398123](#).
Teno JM, et al. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc.* 2011 May;59(5):881-6. [PMID : 21539524](#).
- 7 Alberta Health Services. [Appropriate use of antipsychotics \(AUA\) toolkit](#) [En ligne]. 2013 (consulté le 19 octobre 2016).
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care](#) [En ligne]. 2016 (consulté le 19 octobre 2016).
Brodsky H, et al. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* 2012 Sep;169(9):946-53. [PMID : 22952073](#).
Choisir avec soin. [Société canadienne de gériatrie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Gill SS, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med.* 2007 Jun 5;146(11):775-86. [PMID : 17548409](#).
Gill SS, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ.* 2005 Feb 26;330(7489):445. [PMID : 15668211](#).
Joller P, et al. Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician.* 2013 Mar;59(3):255-60. [PMID : 23486794](#).
Lee PE, et al. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ.* 2004 Jul 10;329(7457):75. [PMID : 15194601](#).
Rochon PA, et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med.* 2008 May 26;168(10):1090-6. [PMID : 18504337](#).
Schneider LS, et al. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Mar;14(3):191-210. [PMID : 16505124](#).
Seitz DP, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Jul;13(6):503-6.e2. [PMID : 22342481](#).
- 8 Abrutyn E, et al. Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? *Ann Intern Med.* 1994 May 15;120(10):827-33. [PMID : 7818631](#).
Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. [Symptom-free pee: let it be](#) [En ligne]. 2016 (consulté le 25 novembre 2016).
Centers for Disease Control and Prevention. [CDC/NHSN surveillance definitions for specific types of infections](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 25 nov. 2016).
Choisir avec soin. [Société canadienne de gériatrie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2007 Aug;23(3):585-94. [PMID : 17631235](#).
Mum's Health. [Anti-infective guidelines for community-acquired infections](#). 13e éd. [En ligne]. 2013 (consulté le 18 octobre 2016).
Nicolle LE, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis.* 2005 Mar 1;40(5):643-54. [PMID : 15714408](#).
Rowe TA, et al. Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infect Dis Clin North Am.* 2014 Mar;28(1):75-89. [PMID : 24484576](#).
Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Urinary Tract Infections in Long Term Care Facilities. [Diagnosis and management of urinary tract infections in long term care facilities](#) [En ligne]. 2015 (consulté le 25 novembre 2016).
- 9 Barbui C, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2011 Jan;198(1):11-6. [PMID : 21200071](#).
Choisir avec soin. [Association des psychiatres du Canada : Les treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2015 (consulté le 21 octobre 2016).
Cuijpers P, et al. Are psychosocial and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry.* 2008 Nov;69(11):1675-85. [PMID : 18945396](#).
Esposito E, et al. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry.* 2007 Dec;52(12):780-9. [PMID : 18186178](#).
Fournier JC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010 Jan 6;303(1):47-53. [PMID : 20051569](#).
Kirsch I, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 2008 Feb;5(2):e45. [PMID : 18303940](#).
National Collaborating Centre for Mental Health. [Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Édition révisée](#). [En ligne]. 2010 (consulté le 18 octobre 2016).
National Institute for Health and Care Excellence. [Depression: evidence update April 2012](#) [En ligne]. 2012. Accessible ici : (consulté le 18 octobre 2016).

À propos de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

En tant que fédération de dix associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant également des infirmières et infirmiers autorisés indépendants du Québec et de l'Ontario et des infirmières et infirmiers autorisés retraités de l'ensemble du pays, l'AICC fait progresser la pratique et la profession infirmières, améliore la santé des Canadiens et renforce le système de santé public et sans but lucratif du Canada.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Soins infirmiers : contrôle et prévention des infections

Les sept interventions et traitements sur lesquels le personnel infirmier et les patients devraient s'interroger

par

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Prévention et contrôle des infections Canada

Dernière mise à jour : novembre 2017



1 Ne pas procéder à des tests d'urine par bâtonnet ou ne pas envoyer d'échantillons d'urine aux fins de culture à moins que des symptômes affectant les voies urinaires ne soient présents.

Ne pas procéder à des tests d'urine par bâtonnet ou ne pas envoyer d'échantillons d'urine aux fins de culture lorsque les patients, clients ou résidents (y compris les personnes âgées ou les personnes qui souffrent de diabète) ne présentent aucun symptôme d'une infection des voies urinaires ou pendant un suivi pour confirmer l'efficacité d'un traitement. Des échantillons ne devraient être prélevés qu'en présence de symptômes urinaires comme un inconfort urinaire, la pollakiurie, une urgence mictionnelle, une douleur suspubienne, une douleur au côté et de la fièvre. Une urine foncée, d'aspect trouble ou malodorante pourrait ne pas indiquer une infection des voies urinaires, mais plutôt un apport en fluide inadéquat. Le délire ne constitue pas un symptôme de cystite chez les patients non cathétérisés. Les tests révèlent souvent la présence de bactéries dans l'urine; en effet jusqu'à 50 % des échantillons testés démontrent la présence de bactéries en l'absence de symptômes locaux affectant l'appareil uro-génital. Les tests superflus et le traitement des bactériuries asymptomatiques au moyen d'antibiotiques entraînent un risque accru de diarrhée et d'infection à *Clostridium difficile*. De plus, la surutilisation d'antibiotiques contribue à une augmentation des bactéries qui leur deviendront résistantes. Les seules exceptions à une surutilisation du genre est le dépistage en début de grossesse (des lignes directrices claires existent à cet effet), et le dépistage de la bactériurie asymptomatique avant des interventions urologiques pour lesquelles on s'attend à des saignements des muqueuses.

2 Ne pas recommander d'antibiotiques pour des infections susceptibles d'être d'origine virale, comme une maladie s'apparentant à la grippe.

Comme la vaste majorité des infections des voies respiratoires supérieures sont virales, les antibiotiques sont rarement indiqués et peuvent entraîner des effets indésirables. La surutilisation ou la mauvaise utilisation des antibiotiques peut entraîner une résistance accrue aux antibiotiques chez le patient et au sein de la société en général. Les médicaments antiviraux sont autorisés pour le traitement de la grippe et la prophylaxie au Canada. Leur utilisation dépendra de nombreux facteurs comme le risque pour le patient, les antécédents pertinents et la durée et gravité des symptômes. Si l'infirmière ou l'infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, elle ou il a la responsabilité de discuter de ces préoccupations avec le prescripteur.

3 Ne pas utiliser abusivement des gants.

Les gants ne devraient être portés que : (1) lorsqu'une évaluation indique un risque de contact avec la peau lésée, du sang ou des liquides organiques, des membranes muqueuses ou des surfaces contaminées (conformément aux pratiques systématiques); (2) dans les situations (contact) où des précautions supplémentaires sont indiquées; (3) pendant les contacts avec des agents chimiques (p. ex. le nettoyage du milieu de travail, la préparation d'une chimiothérapie, etc.). Lorsque nécessaire, les gants devraient être enfilés immédiatement avant et retirés immédiatement après l'intervention, et les mains devraient être nettoyées ensuite. Les gants ne sont pas de mise pour les contacts sociaux (p. ex. une poignée de mains) ou lorsque le contact se limite à une peau intacte (p. ex. la prise de la tension artérielle, l'habillage d'un client) ou à des surfaces propres. Il n'est pas recommandé de porter plusieurs épaisseurs de gants ni de remplacer l'hygiène des mains par le port de gants. L'hygiène des mains est la façon la plus importante de prévenir la transmission d'infections et l'utilisation d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool (DMBA) est la méthode privilégiée. Si les gants doivent être portés après le nettoyage des mains, les faire sécher avant l'enfilage des gants pour réduire le risque de dermatite de contact irritative et de colonisation des mains. Si les mains ne sont pas visiblement souillées, le risque de dermatite peut être réduit en évitant le nettoyage des mains et en utilisant plutôt le DMBA.*

4 Ne pas envoyer des échantillons recueillis inutilement ou inadéquatement pour des tests.

Ne pas envoyer systématiquement des échantillons aux fins de tests et de dépistage (p. ex. *Staphylococcus aureus* résistant à la méthiciline [SARM]) à moins de présence de preuves cliniques d'infection (c.-à-d. des incisions ou les yeux). Si l'échantillon de la plus grande qualité ne peut être obtenu qu'au moyen d'un prélèvement par frottis de la peau, de la plaie ou du tissu infecté, nettoyer la région avec une solution saline stérile préalablement pour réduire les contaminants de surface. Ne pas prélever un échantillon de l'écoulement à moins d'une demande particulière. Des échantillons recueillis de façon inadéquate ou de piètre qualité (y compris les frottis) peuvent nuire à la sécurité des patients en provoquant un traitement antimicrobien (dans les cas de colonisation) et faire grimper les dépenses de laboratoire et de pharmacie. Pour promouvoir l'utilisation antimicrobienne et optimiser le traitement des patients infectés, tout en réduisant les examens en laboratoire de microbiologie non nécessaires, une attention particulière devrait être accordée à la collecte appropriée des échantillons.

5 Ne pas procéder à un prélèvement de selles qui ne sont pas liquides aux fins d'échantillonnage ou de test de contrôle pour l'infection à *Clostridium difficile*.

Ne pas prélever systématiquement ou manipuler des échantillons aux fins de dépistage de l'infection à *Clostridium difficile* lorsque les selles ne sont pas liquides (c.-à-d. lorsqu'elles ne prennent pas la forme du contenant prévu pour le prélèvement), lorsque le patient a déjà obtenu les résultats d'un test d'amplification des acides nucléiques au cours des sept derniers jours (p. ex. réaction en chaîne de la polymérase) ou comme test de contrôle bactériologique. Un test positif en l'absence de diarrhée représente probablement une colonisation par *C. difficile*. La reprise du test de dépistage du *C. difficile* dans les sept jours suivant un test négatif ajoute également peu au diagnostic. Un test de contrôle bactériologique chez les patients qui ont récemment souffert d'une infection à *C. difficile* n'est pas non plus recommandé, puisque la colonisation peut se poursuivre indéfiniment. Des précautions en matière de contact sont nécessaires jusqu'à ce que les symptômes, comme la diarrhée, se résorbent.

6 Ne pas prolonger l'utilisation de dispositifs invasif.

Les dispositifs invasifs (comme les cathéters intravasculaires centraux et les tubes endotrachéaux) ne devraient pas être utilisés sans indication particulière (déterminée par évaluation clinique appropriée) et ne devraient pas être laissés en place sans nouvelle évaluation quotidienne. Le cas échéant, les dispositifs invasifs ne devraient pas être utilisés pendant une période plus longue que nécessaire compte tenu qu'ils brisent l'intégrité de la peau et de l'organisme et sont des portails d'entrée des infections.

7 Ne pas raser les poils pour des interventions médicales. L'usage de tondeuses est conseillé si l'élimination des poils est nécessaire.

Le rasage des poils (c.-à-d. avant une intervention, pour l'insertion des dispositifs d'accès vasculaire et l'application d'électrodes) peut provoquer des micro-coupures et des irritations à la surface cutanée sous-jacente. Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé, les poils ne devraient pas être éliminés à moins qu'ils ne nuisent à une intervention chirurgicale. L'utilisation de rasoirs avant une chirurgie accroît les incidents d'infection de plaies par rapport à la tondeuse, aux crèmes dépilatoires ou au maintien de la pilosité. Si la pilosité doit être éliminée, l'utilisation d'une tondeuse est suffisante pour toute partie du corps (l'utilisation du rasoir n'est pas appropriée pour aucun site opératoire). Les tondeuses devraient être utilisées le plus près possible du moment de la chirurgie. Pour faciliter un meilleur contact des électrodes ou des pansements pour dispositifs d'accès vasculaire, des tondeuses chirurgicales jetables (ou dont la tête réutilisable a été nettoyée et désinfectée) devraient être utilisés.

Comment la liste a été établie

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et Prévention et contrôle des infections Canada (PCI) ont établi cette liste Choisir avec soin à l'intention du personnel infirmier en rassemblant un groupe de travail composé de huit infirmières et infirmiers spécialisés en prévention et contrôle des infections de tout le Canada, représentant une vaste gamme de régions géographiques et de milieux de pratique. Le groupe de travail a commencé par envisager sa liste potentielle en examinant des recommandations existantes, dont les listes des sociétés de spécialité participant au projet Choisir avec soin et la liste de l'American Academy of Nursing (AAN), qui ont déjà été soumises à un processus d'examen rigoureux des données. Par ailleurs, les membres ont formulé des recommandations sur de nouveaux éléments fondés sur des données. Le groupe de travail a évalué 298 éléments pertinents à la pratique infirmière au moyen d'un processus structuré élaboré aux fins de ce projet. Deux évaluateurs indépendants ont évalué chacun de ces éléments (217 éléments relatifs à la médecine Choisir avec soin, 15 éléments de l'AAN Choisir avec soin et 66 éléments soumis de façon indépendante). Au moyen d'un processus Delphi modifié pour les deux rondes de révision suivantes, le groupe a raffiné et adapté les 30 éléments jusqu'à l'atteinte d'un consensus sur une liste finale de sept éléments. Un examen de la littérature a été mené pour confirmer les données de ces éléments, et la recherche infirmière à l'appui a été ajoutée lorsqu'approprié. Par la suite, la liste finale a été soumise à une consultation exhaustive, à laquelle des experts de la profession infirmière en sécurité des patients, des membres du Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers, des défenseurs des intérêts des patients, des membres de l'AIIIC et de ses organismes membres, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et des évaluateurs cliniciens internes de Choisir avec soin ont apporté leur contribution. En septembre 2017, la liste du personnel infirmier Choisir avec soin a été présentée aux conseils d'administration de PCI et de l'AIIIC, qui ont confirmé sans hésitation leur soutien et donné leur approbation.

Sources

- 1 American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin; No. 91: Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. *Obstet Gynecol.* 2008 Mar;111(3):785-94. PMID : 18310389.
Choisir avec soin. Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée : Les six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [En ligne]. 2017 [cité le 27 sept. 2017].
Choisir avec soin. Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada : Les cinq éléments et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [En ligne]. 2017 [cité le 27 sept. 2017].
High KP, et al. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009 Jan 15;48(2):149-71. PMID : 19072244.
Juthani-Mehta, M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults *Clin Geriatr Med.* 2007 Aug;23(3):585-94, vii. PMID : 17631235.
MUMS Health PAACT CME. Anti-infective guidelines for community-acquired infections [En ligne]. 2013 [cité le 27 sept. 2017].
Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. *Infect Dis Clin North Am.* 2003 Jun;17(2):367-94. PMID : 12848475.
Nicolle LE, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis.* 2005 Mar 1;40(5):643-54. PMID : 15714408.
Sloane PD, et al. Urine culture testing in community nursing homes: Gateway to antibiotic overprescribing. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2017 May;38(5):524-531. PMID : 28137327.
Stone ND, et al. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012 Oct;33(10):965-77. PMID : 22961014.
Zabarsky TF, et al. Sustained reduction in inappropriate treatment of asymptomatic bacteriuria in a long-term care facility through an educational intervention. *Am J Infect Control.* 2008 Sep;36(7):476-80. PMID : 18786450.
- 2 Choisir avec soin. Collège des médecins de famille du Canada : Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [En ligne]. 29 oct. 2014 [cité le 27 sept. 2017].
Gouvernement du Canada. Information pour les professionnels de la santé : grippe (influenza) [En ligne]. 2017 [cité le 27 sept. 2017].
Hirschmann JV. Antibiotics for common respiratory tract infections in adults. *Arch Intern Med.* 2002 Feb 11;162(3):256-64. PMID : 11822917.
Low D. Reducing antibiotic use in influenza: Challenges and rewards. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Apr;14(4):298-306. PMID : 18093237.
Organisation mondiale de la Santé. The evolving threat of antimicrobial resistance: Options for action [En ligne]. 2012 [cité le 27 sept. 2017].
Schumann SA, et al. Patients insist on antibiotics for sinusitis? Here is a good reason to say "no". *J Fam Pract.* 2008 Jul;57(7):464-8. PMID : 18625169.
Smith SR, et al. Treatment of mild to moderate sinusitis. *Arch Intern Med.* 2012 Mar 26;172(6):510-3. PMID : 22450938.
- 3 *« L'utilisation de désinfectants pour les mains à base d'alcool est la méthode d'hygiène des mains privilégiée dans les milieux de soins, à moins qu'une exception ne s'applique (p. ex. lorsque les mains sont visiblement souillées par des matières organiques ou si l'exposition à un norovirus et à des agents pathogènes sporulés comme *Clostridium difficile* est fortement soupçonnée ou avérée, y compris au cours d'éclousions impliquant ces organismes). »
Agence de la santé publique du Canada. Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins [En ligne]. 2012 [cité le 25 sept. 2017].
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Hand antisepsis procedures: A review of the guidelines [En ligne]. 2017 [cité le 27 sept. 2017].
Agence de la santé publique du Canada. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins [En ligne]. 2012 [cité le 27 sept. 2017].
Boyce JM, et al. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002 Dec;23(12 Suppl):S3-40. PMID : 12515399.
Cashman MW, et al. Contact dermatitis in the United States: Epidemiology, economic impact, and workplace prevention. *Dermatol Clin.* 2012 Jan;30(1):87-98, viii. PMID : 22117870.
Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé, 3e éd. [En ligne]. 2012 [cité le 27 sept. 2017].
Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans tous les établissements de soins de santé, 4e éd. [En ligne]. 2014 [cité le 25 sept. 2017].
Conly JM. Personal protective equipment for preventing respiratory infections: what have we really learned? *CMAJ.* 2006 Aug 1;175(3):263. PMID : 16880447.
Fuller C, et al. "The dirty hand in the latex glove": a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011 Dec;32(12):1194-9. PMID : 22080658.
Korniewicz DM, et al. Barrier protection with examination gloves: Double versus single. *Am J Infect Control.* 1994 Feb;22(1):12-5. PMID : 8172370.
Marimuthu K, et al. The effect of improved hand hygiene on nosocomial MRSA control. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2014 Nov 26;3:34. PMID : 25937922.

Organisation mondiale de la Santé. [WHO guidelines on hand hygiene in health care](#) [En ligne]. 2009 [cité le 27 sept. 2017].

Pittet D, et al. The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009 Jul;30(7):611-22. PMID : 19508124.

Smedley J, et al. Management of occupational dermatitis in healthcare workers: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2012 Apr;69(4):276-9. PMID : 22034544.

- 4 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire](#). 3e éd. [En ligne]. 2016 [cité le 27 sept. 2017].
Avidic E, et al. The role of the microbiology laboratory in antimicrobial stewardship programs. *Infect Dis Clin North Am.* 2014 Jun;28(2):215-35. PMID : 24857389.
Bonham P. Swab cultures for diagnosing wound infections: a literature review and clinical guideline. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009 Jul-Aug;36(4):389-95. PMID : 19609159.
MacVane SH, et al. The Role of Antimicrobial Stewardship in the Clinical Microbiology Laboratory: Stepping Up to the Plate. *Open Forum Infect Dis.* 2016 Sep 21;3(4):ofw201. PMID : 27975076.
Miller JM. Poorly Collected Specimens May Have a Negative Impact on Your Antibiotic Stewardship Program. *Clinical Microbiology Newsletter.* 2016 Mar 15;38(6):43-8.
Morency-Potvin P, et al. Antimicrobial Stewardship: How the Microbiology Laboratory Can Right the Ship. *Clin Microbiol Rev.* 2016 Dec 14;30(1):381-407. PMID : 27974411.
- 5 Agence de la santé publique du Canada. [Infection à Clostridium Difficile : Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections pour la gestion dans les établissements de soins actifs](#) [En ligne]. 2013 [cité le 27 sept. 2017].
Aichinger E, et al. Nonutility of repeat laboratory testing for detection of Clostridium difficile by use of PCR or enzyme immunoassay. *J Clin Microbiol.* 2008 Nov;46(11):3795-7. PMID : 18784320.
Choisir avec soin. [Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2017. [cité le 27 sept. 2017].
Luo RF, et al. Is repeat PCR needed for diagnosis of Clostridium difficile infection? *J Clin Microbiol.* 2010 Oct;48(10):3738-41. PMID : 20686078.
Luo RF, et al. Alerting physicians during electronic order entry effectively reduces unnecessary repeat PCR testing for Clostridium difficile. *J Clin Microbiol.* 2013 Nov;51(11):3872-4. PMID : 23985918.
- 6 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. [APIC implementation guide: Guide to preventing central line-associated infections](#) [En ligne]. 2015 [cité le 27 sept. 2017].
Centers for Disease Control and Prevention. [Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011](#) [En ligne]. 2011 [cité le 27 sept. 2017].
Institut canadien pour la sécurité des patients. [Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux \(CIC\) : Trousse de départ](#) [En ligne]. 2012 [cité le 27 sept. 2017].
Klompas M, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014 Aug;35(8):915-36. PMID : 25026607.
- 7 Anderson DJ, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014 Jun;35(6):605-27. PMID : 24799638.
Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada. [Normes, ligne directrice et énoncés de position de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires](#). 13e éd. [En ligne]. 2017 [cité le 27 sept. 2017].
Association of Perioperative Registered Nurses. [Guidelines for perioperative practice](#). 2017 ed. [En ligne]. 2017 [cité le 27 sept. 2017].
Broekman ML. Neurosurgery and shaving: what's the evidence? *J Neurosurg.* 2011 Oct;115(4):670-8. PMID : 21721875.
Infusion Nurses Society. [Infusion therapy standards of practice \(standard 33\)](#) [En ligne]. 2016 [cité le 27 sept. 2017].
Institut canadien pour la sécurité des patients, Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! [Infections du site opératoire \(ISO\) : Trousse de départ](#) [En ligne]. 2014 [cité le 27 sept. 2017].

À propos de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

En tant que fédération de dix associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant également des infirmières et infirmiers autorisés indépendants du Québec et de l'Ontario et des infirmières et infirmiers autorisés retraités de l'ensemble du pays, l'AIIIC fait progresser la pratique et la profession infirmières, améliore la santé des Canadiens et renforce le système de santé public et sans but lucratif du Canada.



À propos de Prévention et contrôle des infections Canada

PCI Canada est un organisme multidisciplinaire pour les professionnels de la santé et d'autres personnes qui s'occupent de la prévention et du contrôle des infections. PCI Canada a été constitué en vertu de la Loi sur les corporations canadiennes en 1976 et est un organisme sans but lucratif enregistré. PCI Canada compte plus de 1 600 membres.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Soins infirmiers : G erontologie

Six interventions et traitements sur lesquels le personnel infirmier et les patients devraient s'interroger

par

L'association des infirmières et infirmiers du Canada

Canadian Gerontological Nursing Association

Dernière mise à jour : Avril 2018



1 **Ne suggérez pas d'emblée une antibiothérapie chez les personnes âgées, à moins qu'elle ne concorde avec les objectifs thérapeutiques.**

L'antibiothérapie peut sauver des vies, mais elle n'est pas d epourvue d'effets ind esirables, particulièrement chez la personne âgée. L'utilisation des antibiotiques n'est appropriée que si elle concorde avec les souhaits et les objectifs thérapeutiques de la personne âgée. L'utilisation d'antibiotiques qui prolongeront la vie pourrait aller à l'encontre des souhaits du patient ou de l'approche palliative des soins. Il faut discuter avec la personne âgée et ses proches pour s'assurer qu'ils comprennent l'impact de l'antibiothérapie.

2 **N'utilisez pas d'emblée une antibiothérapie intraveineuse chez les personnes âgées qui sont capables de prendre et d'absorber des médicaments oraux.**

Lorsque des antibiotiques sont indiqués et qu'ils concordent avec le plan de soins de la personne âgée, les préparations intraveineuses ne devraient pas être le premier choix à moins qu'il n'y ait aucune autre voie d'administration sécuritaire et efficace. De nombreux antibiotiques ont une excellente biodisponibilité et ils n'ont que rarement besoin d'être administrés par voie intraveineuse. L'utilisation des préparations orales de ces médicaments permet de réduire les remplacements et d'éviter le maintien de dispositifs d'accès veineux et leurs complications. De plus, la diminution du recours à l'accès veineux peut prévenir le transfert d'une personne âgée loin de son milieu de vie courant pour l'accès à des soins plus complexes.

3 **N'envoyez pas les personnes âgées fragiles à l'hôpital à moins d'un urgent besoin de soins et que leurs objectifs de soins thérapeutiques ne puissent être pris en charge dans leur milieu de vie courant.**

Les transferts vers les hôpitaux pour évaluation et traitement sont devenus habituels lorsqu'il y a une détérioration de l'état de santé. Toutefois, les préjudices peuvent dépasser les bienfaits et entraîner une morbidité accrue. Dans une étude canadienne, environ la moitié des hospitalisations ont été considérées comme évitables. Un transfert va souvent de pair avec un séjour prolongé dans un environnement inconnu et stressant pour le patient âgé. Les autres risques incluent : délire, infections nosocomiales, effets secondaires des médicaments, carence de sommeil et perte rapide de la force musculaire pendant l'alitement. Les personnes âgées fragiles évaluées et traitées dans leur milieu de vie courant peuvent recevoir des soins plus individualisés, être plus confortables et bénéficier de soins de fin de vie. Si un transfert est inévitable, une approche en collaboration centrée sur la personne âgée est nécessaire pour expliquer son niveau de fonctionnement et son plan de soins et s'assurer qu'on réponde à ses besoins. Il faut accorder beaucoup d'importance aux objectifs thérapeutiques de la personne âgée, y compris l'intégration d'une approche palliative des soins.

4 **N'encouragez pas l'alitement chez les personnes âgées durant un séjour hospitalier à moins que cela ne soit m dicaleme t indiqué.**

Le repos au lit prolongé ou les restrictions à la déambulation durant un séjour hospitalier causent un déconditionnement et une perte de la masse musculaire. Il s'agit des principaux facteurs responsables de la perte d'autonomie à la marche chez les adultes âgés hospitalisés. Jusqu'à 65 % des personnes âgées qui peuvent marcher de façon autonome perdront cette capacité durant un séjour hospitalier. Marcher durant le séjour hospitalier est crucial pour le maintien de cette capacité fonctionnelle. La perte de l'autonomie à la marche prolonge la durée du séjour hospitalier et augmente le recours aux services de réadaptation, le risque de placement dans un établissement de soins de longue durée et le risque de chutes durant l'hospitalisation et après le congé hospitalier. Elle impose en outre des demandes accrues aux aidants naturels et accroît le risque de mortalité. Comparativement à des personnes âgées qui ne marchent pas durant leur séjour hospitalier, celles qui au moment de leur congé sont capables de franchir en marchant une plus longue distance quittent l'hôpital plus rapidement, s'acquittent plus facilement des tâches de la vie quotidienne de base de manière autonome et récupèrent plus rapidement après l'intervention chirurgicale.

5**N'utilisez pas de contentions chez les personnes âgées avant d'avoir exploré toutes les autres solutions.**

Des contentions sont le plus souvent appliquées lorsqu'une personne âgée est agitée ou lorsque son état de santé change. Ce sont des situations qui requièrent une évaluation et une attention immédiates plutôt que des contentions. Les contentions peuvent être mécaniques, physiques, chimiques ou environnementales – par exemple, des dispositifs ou des médicaments utilisés pour restreindre la mobilité d'une personne. Le risque de préjudices associé aux contentions, incluant des complications graves, voire le décès, en dépasse largement les avantages perçus. Des soins sécuritaires et de qualité peuvent être prodigués au moyen d'une approche comportant le moins de contentions possible.

6**Ne changez pas d'emblée la position des personnes âgées toutes les deux heures à moins que cela ne cadre avec leur plan de soins.**

Les plans individualisés de changements de position devraient concorder avec les besoins de la personne âgée en matière de soins. Repositionner une personne âgée toutes les 2 heures est souvent considéré comme la norme et est appliquée dans plusieurs milieux de soins pour tenter d'éviter les plaies de lit et les ulcères de pression. Or, cette fréquence particulière de changements de position repose sur peu de preuves. Dans certains cas, elle est excessive; dans d'autres cas, elle est insuffisante. Pour les personnes âgées exposées à un faible risque de plaies, cette pratique peut gravement nuire à leur qualité de vie, car elle cause une carence de sommeil et du dérangement, ce qui peut conduire au délire, à la dépression et à d'autres problèmes psychiatriques. Paradoxalement en raison du frottement, les changements de position trop fréquents chez l'adulte âgé peuvent aussi contribuer aux ulcères de pression. À l'inverse, un changement de position toutes les deux heures pourrait être insuffisant chez les personnes exposées à un risque plus élevé de plaies, y compris celles qui présentent une tolérance tissulaire diminuée ou une mobilité réduite. Pour établir un horaire de repositionnement adapté à tous les niveaux de risques chez la personne âgée, il est important d'utiliser un outil validé pour évaluer le risque de lésions cutanées de chaque client et de créer un plan de repositionnement personnalisé.

Comment la liste a été établie

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et la Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA) ont établi leur liste Choisir avec soin pour les soins infirmiers en formant un groupe de travail en soins infirmiers de 11 membres. Le groupe était composé d'experts en soins infirmiers gériatologiques des quatre soins du Canada, représentant un éventail complet de régions et de milieux de pratique. Le groupe de travail a commencé à élaborer sa liste en passant en revue les recommandations existantes, dont les éléments Choisir avec soin des sociétés de spécialistes et la liste Choosing Wisely de l'American Academy of Nursing (AAN) qui reposaient sur des preuves rigoureusement vérifiées. Les membres ont en outre formulé des recommandations concernant de nouveaux éléments fondés sur des preuves. Le groupe de travail a évalué la pertinence de 260 éléments pour les soins infirmiers gériatologiques à l'aide d'un processus structuré expressément adapté à cette tâche. Chacun de ces éléments (227 éléments de Choisir avec soin, 20 éléments de Choosing Wisely de l'AAN et 13 éléments soumis sur une base indépendante) a été évalué par deux examinateurs indépendants avant d'être validé par le groupe. À l'aide d'un processus Delphi modifié pour les deux rondes suivantes de révision, le groupe a raffiné et adapté 17 éléments jusqu'à l'atteinte d'un consensus concernant la liste définitive de six éléments. Une revue de la littérature scientifique a été menée pour confirmer les preuves à l'appui de ces éléments et des travaux de recherche en soins infirmiers les ont aussi étayés selon le cas. La liste a par la suite fait l'objet d'une consultation élargie; on a recueilli les commentaires d'experts en soins infirmiers axés sur la sécurité des patients, de membres du Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers, de représentants des patients, de membres des sections de l'AIIC, d'infirmières et infirmiers de l'AIIC, de conseillers en soins infirmiers principaux, de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et des professionnels de la santé réviseurs de Choisir avec soin à l'interne. En mars 2018, la liste Choisir avec soin pour les soins infirmiers gériatologiques a été présentée à l'exécutif de la CGNA et au Conseil de l'AIIC, qui ont tous deux fourni leur plein appui et donné leur aval.

Sources

- 1 Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (L'). [Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger en infectiologie](#). Juin 2017. [En ligne]. (consulté le 21 octobre 2017).
Centers for Disease Control and Prevention. [Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs](#). 2014. [En ligne]. (consulté le 21 octobre 2017).
Dellit T.H. et coll. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. Le 15 janv. 2007; vol. 44, n° 2 : p. 159-177. PMID : 17173212.
Reimer-Kirkham S. et coll. 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *J Clin Nurs*. Août 2016; vol. 25, nos 15-16 : p. 2189-2199. PMID : 27312279.
Sawatzky R. et coll. Embedding a Palliative Approach in Nursing Care Delivery: An Integrated Knowledge Synthesis. *ANS Adv Nurs Sci*. Juillet/septembre 2017; vol. 40, n° 3 : p. 261-277. PMID : 27930401.
The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. *American Geriatrics Society*. Updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. Nov. 2015; vol. 63, n° 11 : p. 2227-2246. PMID : 26446832.
Toward Optimized Practice. [Diagnosis and Management of Nursing Home Acquired Pneumonia](#). Mars 2015. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
Toward Optimized Practice. [Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection in Long Term Care Facilities](#). Janvier 2015. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
van Buul L.W. et coll. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. Juillet 2012; vol. 13, n° 6 : p. 568. e1-13. PMID : 22575772.
- 2 Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie (L'). [Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger en infectiologie](#). Juin 2017. [En ligne]. (consulté le 21 octobre 2017).
Centers for Disease Control and Prevention. [Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs](#). 2014. [En ligne]. (consulté le 21 octobre 2017).
Dellit T.H. et coll. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. Le 15 janv. 2007; vol. 44, n° 2 : p. 159-177. PMID : 17173212.
The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. *American Geriatrics Society* updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. Nov. 2015; vol. 63, n° 11 : p. 2227-2246. PMID : 26446832.
Toward Optimized Practice. [Diagnosis and Management of Nursing Home Acquired Pneumonia](#). Mars 2015. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
van Buul LW, et coll. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. Juillet 2012; vol. 13, n° 6 : p. 568. e1-13. PMID : 22575772.
- 3 Association canadienne des directeurs médicaux en soins de longue durée (L'). [Six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#). Janvier 2017. [En ligne]. (consulté le 21 octobre 2017).
Ouslander J.G. et coll. The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) quality improvement program: an overview for medical directors and primary care clinicians in long term care. *J Am Med Dir Assoc*. Mars 2014; vol. 15, n° 3 : p. 162-170. PMID : 24513226.
Reimer-Kirkham S. et coll. 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *J Clin Nurs*. Août 2016; vol. 25, nos 15-16 : p. 2189-2199. PMID : 27312279.
Sawatzky R. et coll. Embedding a Palliative Approach in Nursing Care Delivery: An Integrated Knowledge Synthesis. *ANS Adv Nurs Sci*. Juillet/septembre 2017; vol. 40, n° 3 : p. 261-277. PMID : 27930401.
Walker J.D. et coll. Identifying potentially avoidable hospital admissions from Canadian long-term care facilities. *Med Care*. Févr. 2009; vol. 47, n° 2 : p. 250-254. PMID : 19169127.
Walsh E.G. et coll. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and Home- and Community-Based Services waiver programs. *J Am Geriatr Soc*. Mai 2012; vol. 60, n° 5 : p. 821-829. PMID : 22458363.
- 4 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Rapid Response: Mobilization of Adult Inpatients in Hospitals or Long-Term/Chronic Care](#). 2014. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
American Academy of Nursing. [Twenty things nurses and patients should question](#) [Internet]. Oct. 2014. [En ligne]. (consulté le 21 octobre 2017).
Coker R.H. et coll. Bed rest promotes reductions in walking speed, functional parameters, and aerobic fitness in older, healthy adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Janvier 2015; vol. 70, n° 1 : p. 91-96. [En ligne]. PMID : 25122628.
English K.L. et coll. Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. Janvier 2010; vol. 13, n° 1 : p. 34-39. PMID : 19898232.
Kortebein P. et coll. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Oct. 2008; vol. 63, n° 10 : p. 1076-1081. PMID : 18948558.
Liu B. et coll. Outcomes of Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON): a multisite interrupted time series evaluation of an implementation intervention to increase patient mobilisation. *Age Ageing*. Le 1^{er} janvier 2018; vol. 47, n° 1 : p. 112-119. PMID : 28985310.
Padula C.A. et coll. Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *Nurs Care Qual*. Oct.-déc. 2009; vol. 24, n° 4 : p. 325-331. PMID : 19395979.
Pashikanti L. et coll. Impact of early mobilization protocol on the medical-surgical inpatient population: an integrated review of literature. *Clin Nurse Spec*. Mars- avril 2012; vol. 26, n° 2 : p. 87-94. PMID : 22336934.

- 5 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [Rapid Response - Removal of Physical Restraints in Long Term Care Settings: Clinical Safety and Harm](#). Le 11 déc. 2013. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
 Alberta Health Services. [Appropriate Use of Antipsychotics \(AUA\) Toolkit Working Group](#), Alberta Health Services. AUA Toolkit for Care Teams. 2016. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
 Alberta Health Services. [Restraint as a Last Resort Toolkit](#). 2018. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
 American Academy of Nursing. [Twenty things nurses and patients should question](#) [En ligne]. Oct. 2014. (consulté le 21 octobre 2017).
 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (L'). [Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins](#). Deuxième édition. Juillet 2016. [En ligne]. (consulté en octobre 2017).
 Bourbonnière M. et coll. Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. Août 2003; vol. 51, n° 8 : p. 1079-1084. PMID : 12890069.
 Choisir avec soin. [Lorsque la psychose n'est pas le diagnostic, pour réduire l'utilisation inappropriée des antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée](#). Juillet 2016. [En ligne]. (consulté en janvier 2018).
 Evans L. et coll. Two decades of research on physical restraint: impact on practice and policy. In: Hinshaw A., Grady P., réd. *Shaping Health Policy Through Nursing Research*. Première éd. New York, NY: Springer; 2018 : p. 167-184.
 Evans L.K. et coll. Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys. *Am J Nurs*. Mars 2008; vol. 108, n° 3 : p. 40-49; quiz 50. PMID : 18316908.
 Minnick A.F. et coll. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *J Nurs Scholarsh*. 2007; vol. 39, n° 1 : p. 30-37. PMID : 17393963. [En ligne].
 Registered Nurses' Association of Ontario. [Promoting Safety: Alternative Approaches to the use of Restraints](#). Février 2012. [En ligne]. (consulté en octobre 2017).
- 6 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (L'). [Évaluation et prise en charge des lésions de pression par l'équipe de soins pluridisciplinaire](#). Troisième édition. Mai 2016. [En ligne]. (consulté en octobre 2017).
 Bergstrom N. et coll. Turning for Ulcer Reduction: a multisite randomized clinical trial in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. Oct. 2013; vol. 61, n° 10 : PMID : 24050454.
 Gillespie B.M. et coll. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Base de données des révisions systématiques Cochrane*. Le 3 avril 2014; n° 4 : CD009958. PMID : 24700291.
 Kamdar B.B. et coll. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med*. Mars-avril 2012; vol. 27, n° 2 : p. 97-111. PMID : 21220271.
 Kamdar B.B. et coll. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*. Mars 2013; vol. 41, n° 3 : p. 800-809. PMID : 23314584.
 Norton L. et coll. [Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Pressure Injuries](#) [Internet]. Dernière mise à jour, le 24 janvier 2018. (consulté en janvier 2018).
 Pilkington S. et coll. Causes and consequences of sleep deprivation in hospitalised patients. *Nurs Stand*. Semaine du 7 au 13 août 2013; vol. 27, n° 49 : p. 35-42. PMID : 23924135.

À propos de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est la voix professionnelle nationale et mondiale des soins infirmiers au Canada représentant plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens. L'AIIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.



À propos de la Canadian Gerontological Nursing Association

La Canadian Gerontological Nursing Association est un organisme qui représente les infirmières et infirmiers en soins gériatologiques et promeut la pratique en soins infirmiers gériatologiques ici et à l'étranger. La vision de la CGNA est de promouvoir l'excellence en soins infirmiers gériatologiques grâce au leadership, aux connaissances et à des bourses d'études. La mission de la CGNA est de répondre aux besoins des Canadiens âgés en matière de soins de santé et à ceux des infirmières qui participent avec eux aux soins de santé.



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 | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)

Soins intensifs

Les cinq examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne de soins intensifs

La Société canadienne des thérapeutes respiratoires

L'Association canadienne des infirmiers et infirmières en soins intensifs

Dernière mise à jour : juin 2018



1 **Ne débutez pas ou ne continuez pas les interventions de maintien des fonctions vitales, à moins qu'elles ne cadrent avec les valeurs du patient et avec des objectifs de soins réalistes.**

Les patients et leurs familles apprécient souvent que l'on évite les mesures de maintien des fonctions vitales invasives ou excessives dans un contexte de fin de vie. Or, de nombreux patients mourants reçoivent des traitements intensifs de maintien des fonctions vitales en partie parce que les médecins négligent de s'informer des préférences de leurs patients et de formuler des recommandations.

2 **Ne prolongez pas la ventilation mécanique en utilisant les sédatifs et le repos au lit de façon excessive.**

Le maintien de l'immobilité ou d'une mobilité minimale chez les patients sévèrement malades durant leurs soins peut entraîner une perte musculaire et un déconditionnement. L'utilisation excessive ou prolongée de sédatifs est associée à une détérioration de leur devenir, y compris une augmentation du delirium, une utilisation excessive de l'imagerie diagnostique en présence de coma, un nombre accru de trachéostomies, une prolongation de la ventilation mécanique et des durées de séjour aux soins intensifs (SI).

3 **Ne maintenez pas la ventilation mécanique sans évaluer quotidiennement la capacité du patient à respirer spontanément.**

La vérification de la capacité du patient à respirer sans ventilation mécanique par des essais de respiration spontanée permet aux médecins de reconnaître plus rapidement les patients qui peuvent être libérés de la ventilation mécanique.

4 **Ne demandez pas de radiographies thoraciques de routine chez les patients sévèrement malades, à moins de chercher une réponse à une question clinique précise.**

Les radiographies thoraciques (rayons X des poumons) ne sont pas indiquées d'emblée chez les patients sévèrement malades, sauf en cas d'interventions spécifiques (par exemple, tube endotrachéal, sonde naso – ou oro-gastrique, cathéter veineux central, cathéter artériel pulmonaire ou autre intervention nécessitant une vérification après insertion) ou afin d'obtenir des renseignements sur une question spécifique en lien avec une modification de l'état clinique du patient, et si ces renseignements vont probablement mener à une décision précise en lien avec le diagnostic ou le traitement.

5 **N'administrez pas d'emblée de transfusions de culots globulaires à des patients de SI hémodynamiquement stables dont le taux d'hémoglobine (Hb) est supérieur à 70 g/L (un seuil de 80 g/L peut être considéré chez les patients qui doivent subir une chirurgie cardiaque ou orthopédique, et ceux qui souffrent de maladie cardiovasculaire évolutive).**

L'administration non nécessaire de culots globulaires cause plus de dommage que de bien et gaspille des ressources limitées qui devraient être réservées à des patients chez qui elles sont clairement indiquées. Les transfusions de culots globulaires administrées à un seuil d'Hb supérieur à 70 g/L n'améliorent pas la survie des patients de SI et sont associées à une augmentation du nombre de complications et à des coûts plus élevés. Cela a fait l'objet d'études approfondies, et une stratégie transfusionnelle restrictive mène à une mortalité similaire ou moindre comparativement à des seuils d'Hb plus élevés, en plus de potentiellement réduire d'autres complications, comme l'AVC et les infections.

Comment la liste a été établie

La liste de recommandations Choisir avec soin concernant les soins intensifs a été dressée par un groupe de travail collaboratif formé de la Société canadienne des soins intensifs (SCSI), de l'Association canadienne des infirmiers et infirmières en soins intensifs (Canadian Association of Critical Care Nurses), de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires et des représentants pharmaciens, diététistes et physiothérapeutes. La liste initiale de recommandations a été dressée par le groupe de travail, avec l'appui de groupes Google de la SCSI. Une méthode Delphi modifiée a été utilisée pour extraire 10 éléments de la liste initiale. Une méthode Delphi modifiée a ensuite été utilisée pour générer les domaines d'intérêt en vue de la classification des éléments et de leur sélection pour en arriver une liste définitive de 5 éléments. Les membres de toutes les sociétés participantes ont été interrogés lors du Congrès canadien en soins intensifs de 2016 et durant les deux semaines suivantes. Les éléments de la liste ont été modifiés après l'examen des résultats du sondage et des commentaires formulés par l'équipe de direction de la campagne Choisir avec soin.

Sources

- 1 Downar, J.; You, J.J.; Bagshaw, S.M.; et coll. Nonbeneficial treatment Canada: definitions, causes, and potential solutions from the perspective of healthcare practitioners*. Crit Care Med. Février 2015; vol. 43, no 2 : p. 270-281. [PMID : 25377017](#).
- 2 Myburgh, J.; Abillama, F.; Chiumello, D.; et coll. End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care. Août 2016; vol. 34 : p. 125-130. [PMID : 27288625](#).
- 3 Burry, L.; Rose, L.; McCullagh, I.J.; et coll. Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 9 juillet 2014; no 7 : CD009176. [PMID : 25005604](#).
- 4 Schweickert, W.D.; Pohlman, M.C.; Pohlman, A.S.; et coll. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. The Lancet. Le 30 mai 2009; vol. 373, no 9678 : p. 1874-1882. [PMID : 19446324](#).
- 5 Girard, T.D.; Kress, J.P.; Fuchs, B.D., et coll. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomized controlled trial. The Lancet. Le 12 janvier 2008; vol. 371, no 9607 : p. 126-134. [PMID : 18191684](#).
- 6 Ganapathy, A.; Adhikari, N.K.; Spiegelman, J.; et coll. Routine chest X-rays in intensive care units: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. Le 12 décembre 2012; vol. 16, no 2 : p. R68. [PMID : 22541022](#).
- 7 Carson, J.L.; Guyatt, G.; Heddle, N.M.; et coll. Clinical Practice Guidelines From the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage. JAMA. Le 15 novembre 2016; vol. 316, no 19 : p. 2025-2035. [PMID : 27732721](#).

À propos de la Société canadienne des soins intensifs

La Société canadienne des soins intensifs (SCSI) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCSI est la société nationale qui représente les médecins intensivistes œuvrant auprès des populations adultes et pédiatriques au Canada. La pratique de la médecine de soins intensifs au Canada est multidisciplinaire et les membres de la SCSI détiennent une spécialité de base en anesthésie, médecine, pédiatrie, médecine d'urgence ou chirurgie et en certaines spécialités chirurgicales telles que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

À propos de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs (Canadian Association of Critical Care Nurses, CACCN) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La CACCN est une association professionnelle bénévole d'infirmières et d'infirmiers en soins intensifs. La CACCN milite pour l'excellence des soins infirmiers dans le contexte des soins intensifs au Canada. L'objectif de ses membres est de promouvoir des soins de qualité axés sur les patients et les familles canadiens aux prises avec une maladie ou un traumatisme menaçant le pronostic vital.

À propos de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires

La Société canadienne des thérapeutes respiratoires (SCTR) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. La SCTR est l'association professionnelle nationale des inhalothérapeutes. Fondée en 1964 sous le nom Canadian Society of Inhalation Therapy Technicians, la SCTR se consacre à l'excellence en soins cardiorespiratoires.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Soins palliatifs

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

par

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs

Dernière mise à jour : juin 2017



1 Éviter de retarder l'administration de soins palliatifs au patient gravement malade, présentant une détresse physique, psychologique, sociale ou spirituelle, sous prétexte qu'il reçoit un traitement visant la maladie.

Les soins palliatifs procurent un soutien accru au patient atteint d'une maladie limitant son espérance de vie ainsi qu'aux membres de sa famille. Peu importe la maladie diagnostiquée, le pronostic et le schéma thérapeutique, le patient symptomatique peut bénéficier de soins palliatifs. Des études révèlent que l'intégration des soins palliatifs à un traitement modifiant l'évolution de la maladie permet de soulager la douleur et les symptômes en plus d'accroître la qualité de vie du patient et le degré de satisfaction des membres de sa famille. Il est prouvé que l'administration précoce de soins palliatifs rend moins nécessaire le recours à des traitements énergiques en fin de vie, tout en prolongeant la vie dans certaines populations de patients et en réduisant considérablement les coûts d'hospitalisation.

2 Éviter de retarder les discussions sur la planification préalable des soins.

La planification préalable des soins est une démarche qui comporte la désignation d'un mandataire ou d'une personne qui prendra les décisions à la place d'une autre, transmettra ses valeurs ou ses désirs en ce qui concerne les soins médicaux. Cette démarche vise à aider une personne à se préparer à prendre des décisions ponctuelles d'ordre médical et à guider son mandataire ou représentant pour le cas où elle deviendrait incapable de prendre elle-même des décisions. La planification préalable des soins est une bonne mesure à prendre tant pour les adultes en bonne santé, les patients et les membres de leurs familles que pour les fournisseurs de soins de santé; c'est une démarche qu'il faut faire tôt et répéter à intervalles réguliers et à mesure que les circonstances changent. Il est démontré que le fait de discuter de la planification préalable des soins hausse le degré de satisfaction du patient et des membres de sa famille, permet de faire concorder les volontés du patient et celles de sa famille, accélère la préparation des documents de planification préalable des soins, réduit le risque que les patients reçoivent des soins à l'hôpital et raccourcit la durée du séjour à l'hôpital, et augmente les chances pour un patient de recevoir des soins palliatifs.

3 Éviter l'administration d'oxygène pour traiter une dyspnée non hypoxique.

On administre souvent de l'oxygène pour soulager l'essoufflement chez des patients atteints d'une maladie au stade avancé. Pourtant, l'apport d'oxygène ne procure aucun bienfait au patient essoufflé mais qui n'est pas hypoxique. Il est démontré qu'un supplément d'air est aussi efficace qu'un apport d'oxygène dans ce cas.

4 Éviter d'utiliser les émoullients fécaux sans autre agent pour prévenir la constipation causée par les analgésiques opioïdes.

Le docusate sodique est un émoullient fécal d'usage répandu. Une revue des preuves révèle qu'il n'est pas plus efficace qu'un placebo dans la prévention ou la prise en charge de la constipation et qu'en plus, il est très peu utile lorsqu'il est administré pour soulager la constipation causée par les analgésiques opioïdes. Par rapport à un placebo, le docusate sodique n'a pas permis d'augmenter la fréquence des selles ni de les ramollir. Il n'a pas non plus soulagé les symptômes fréquents de la constipation causée par les analgésiques opioïdes, comme la difficulté d'évacuation des selles, les selles dures, les crampes abdominales et l'évacuation incomplète des selles.

5 Éviter la transfusion de globules rouges lorsque les seuils de concentration d'hémoglobine ou l'hématocrite ont été établis de façon arbitraire en l'absence de symptômes ou si les transfusions antérieures n'ont été d'aucune utilité.

La nécessité d'une transfusion sanguine varie selon l'évaluation clinique et l'étiologie de l'anémie. Aucun test de laboratoire ni aucun paramètre physiologique ne permet de prédire à lui seul la nécessité d'une transfusion sanguine. Les transfusions sanguines sont associées à un risque accru de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés très vulnérables. Les événements défavorables vont de bénins à graves, y compris des réactions allergiques, des réactions hémolytiques aiguës, un choc anaphylactique, une lésion pulmonaire grave reliée à une transfusion, une surcharge circulatoire reliée à une transfusion et la septicémie.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, la Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) a réuni un petit groupe de membres auquel elle a demandé de choisir 5 recommandations importantes parmi une courte liste de 10 suggestions. Les recommandations étaient fondées sur l'expérience et la pertinence pour l'exercice de la médecine palliative au Canada. On a fait circuler la courte liste de recommandations parmi les membres du conseil de la SCMSP et tous les organismes provinciaux et nationaux œuvrant dans le domaine des soins palliatifs et représentant un vaste éventail de régions géographiques, de milieux d'exercice, de types d'établissements de soins de santé et d'expérience pour recueillir des commentaires. Après avoir revu la liste, les membres de la SCMSP ont été invités à répondre à un sondage en ligne et à établir une liste de 10 suggestions par ordre d'importance et de pertinence. Le sondage a été mis en ligne lors de la conférence internationale annuelle de SCMSP. À l'aide des commentaires obtenus des répondants, on a établi une liste de 5 suggestions principales et revu leurs formulations. On a examiné et revu les recommandations en collaboration avec l'équipe de la campagne Choisir avec soin pour s'assurer qu'elles cadraient bien avec les objectifs globaux de la campagne. On a cherché de la documentation servant à soutenir les recommandations avec l'aide de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et de Qualité des services de santé Ontario. La recommandation 1 a été adaptée avec la permission de l'American Academy of Hospice and Palliative Medicine à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question in Hospice and Palliative Medicine, © 2013 American Academy of Hospice and Palliative Medicine. La recommandation 5 a été adoptée à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question, © 2014 Société canadienne de médecine interne établie.

Sources

- 1** Bakitas M, et coll. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA*, le 19 août 2009;302(7):741-9. PMID : [19690306](#).
Brumley R, et coll. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*, juillet 2007;55(7):993-1000. PMID : [17608870](#).
Ciemins EL, et coll. The economic and clinical impact of an inpatient palliative care consultation service: a multifaceted approach. *J Palliat Med*, décembre 2007;10(6):1347-55. PMID : [18095814](#).
Delgado-Guay MO, et coll. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team. *Cancer*, le 15 janvier 2009;115(2):437-45. PMID : [19107768](#).
Earle CC, et coll. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*, le 10 août 2008;26(23):3860-6. PMID : [18688053](#).
Fowler R, et coll. End-of-life care in Canada. *Clin Invest Med*, 2013;36(3):E127-32. PMID : [23739666](#).
Gade G, et coll. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med*, mars 2008;11(2):180-90. PMID : [18333732](#).
Greer JA, et coll. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, le 1er février 2012;30(4):394-400. PMID : [22203758](#).
Morrison RS, et coll. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*, le 8 septembre 2008;168(16):1783-90. PMID : [18779466](#).
Qaseem A, et coll. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, le 15 janvier 2008;148(2):141-46. PMID : [18195338](#).
Temel JS, et coll. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol*, le 10 juin 2011;29(17):2319-26. PMID : [21555700](#).
Temel JS, et coll. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, le 19 août 2010;363(8):733-742. PMID : [20818875](#).
- 2** Detering KM, et coll. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 2010;340:c1345. PMID : [20332506](#).
Houben CH, et coll. Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*, juillet 2014;15(7):477-489. PMID : [24598477](#).
Newton J, et coll. Evaluation of the introduction of an advanced care plan into multiple palliative care settings. *Int J Palliat Nurs*, novembre 2009;15(11):554-61. PMID : [20081730](#).
Poppe M, et coll. Qualitative evaluation of advanced care planning in early dementia (ACP-ED). *PLoS One*, 2013;8(4):e60412. PMID : [23630571](#).
- 3** Abernethy AP, et coll. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*, le 4 septembre 2010;376(9743):784-93. PMID : [20816546](#).
Booth S, et coll. Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? *Am J Respir Crit Care Med*, mai 1996;153(5):1515-8. PMID : [8630595](#).
Bruera E, et coll. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. *Palliat Med*, décembre 2003;17(8):659-663. PMID : [14694916](#).
Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) evidentiary framework. *Ont Health Technol Assess Ser*, 2012;12(2):1-97. PMID : [23074430](#).
Philip J, et coll. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, décembre 2006;32(6):541-50. PMID : [17157756](#).
Uronis HE, et coll. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*, le 29 janvier 2008;98(2):294-9. PMID : [18182991](#).
- 4** Ahmedzai SH, et al. [Constipation in people prescribed opioids](#) [Internet]. *Clin Evid*, 2010 [consulté le 2 juin 2014].
Fosnes GS, et coll. Effectiveness of laxatives in elderly--a cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatr*, 2011;11:76. PMID : [22093137](#).
Hawley PH, et coll. A comparison of sennosides-based bowel protocols with and without docusate in hospitalized patients with cancer. *J Palliat Med*, mai 2008;11(4):575-81. PMID : [18454610](#).
Ruston T, et coll. Efficacy and side-effect profiles of lactulose, docusate sodium, and sennosides compared to PEG in opioid-induced constipation: a systematic review. *Can Oncol Nurs J*, automne 2013;23(4):236-246. PMID : [24428006](#).
Tarumi Y, et coll. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral docusate in the management of constipation in hospice patients. *J Pain Symptom Manage*, janvier 2013;45(1):2-13. PMID : [22889861](#).
- 5** Bracey AW, et coll. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. *Transfusion (Paris)*, octobre 1999;39(10):1070-1077. PMID : [10532600](#).
Carson JL, et coll. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012;4:Cd002042. PMID : [22513904](#).
Hebert PC, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med*, le 11 février 1999;340(6):409-17. PMID : [9971864](#).
Marik PE, et coll. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. *Crit Care Med*, septembre 2008;36(9):2667-74. PMID : [18679112](#).
Papaioannou A, et coll. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ*, le 23 novembre 2010;182(17):1864-1873. PMID : [20940232](#).
Villanueva C, et coll. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*, le 3 janvier 2013;368(1):11-21. PMID : [23281973](#).
Susantitaphong P, et coll. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a meta-analysis. *Am. J. Kidney Dis*. Jun 2012;59(6):829-840. PMID : [22465328](#).

À propos de La Société canadienne des médecins de soins palliatifs

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. La SCMSP est une organisation qui regroupe des membres cliniciens, éducateurs, universitaires, chercheurs et spécialistes consacrés à l'amélioration des soins palliatifs aux patients et à leurs familles par le biais de l'avancement et de l'amélioration de la médecine palliative et de la formation en médecine palliative.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Technologie de radiation médicale

Les cinq examens et traitements sur lesquels les technologues en radiation médicale et les patients devraient s'interroger

par

L'Association canadienne des technologues en radiation médicale

Dernière mise à jour : décembre 2018



1 Avant de procéder à une épreuve d'imagerie chez un patient, vérifiez les antécédents cliniques pertinents et assurez-vous d'avoir un formulaire de requête dûment complété afin de prévenir les examens superflus et répétitifs.

La vérification précise et complète des antécédents cliniques protège les patients et évite de répéter des examens inutilement. Les technologues en radiation médicale (TRM) sont encouragés à dialoguer avec leurs patients pour compléter les renseignements cliniques disponibles. Les TRM devraient parler avec les autres membres de l'équipe soignante s'ils veulent clarifier une demande d'épreuve d'imagerie.

2 Ne procédez pas aux épreuves d'imagerie médicale ou aux traitements de radiothérapie avant d'avoir évalué l'état de préparation du patient pour éviter d'avoir à répéter l'intervention.

En préparant bien les patients, on évite d'avoir à répéter les interventions; c'est une étape importante pour la qualité des soins et la sécurité des patients, tant en imagerie médicale qu'en radiothérapie. Une approche multidisciplinaire pour la préparation à l'intervention souligne l'importance d'une bonne planification pour obtenir les résultats souhaités de l'intervention et faire en sorte qu'elle ne doive pas être annulée ou répétée. La préparation comprend : les résultats des analyses de laboratoire demandées, le respect des consignes diététiques et l'administration des prémédications. Le technologue en radiation médicale (TRM) a la responsabilité de veiller à ce que les patients aient bien suivi toutes les instructions pour se préparer à l'intervention.

3 Ne procédez pas aux épreuves d'imagerie médicale ou aux traitements de radiothérapie avant d'avoir évalué la capacité du patient à tolérer l'intervention pour éviter d'avoir à répéter les épreuves ou d'en fausser les résultats.

Beaucoup de patients ont de la difficulté à tolérer les épreuves d'imagerie médicale et les traitements de radiothérapie, ce qui les oblige souvent à reprendre les examens ou en fausse les résultats. Les technologues en radiation médicale (TRM) doivent dialoguer avec les patients, leurs proches et les autres professionnels de la santé pour s'assurer que les patients sont physiquement, mentalement et émotionnellement aptes à subir l'intervention proposée.

4 Ne procédez pas aux épreuves d'imagerie médicale ou aux traitements de radiothérapie sans utiliser les stratégies et les technologies de réduction de doses de radiation appropriées ou disponibles.

Prévenir l'administration de doses de radiation non nécessaires aux patients est une préoccupation importante pour les technologues en radiation médicale (TRM). Les TRM devraient utiliser les appareils, logiciels, accessoires et directives aux patients à leur disposition (avant et après l'intervention) afin de réduire la dose administrée dès la planification des interventions d'imagerie médicale et de radiothérapie et l'alignement du traitement. Toutes les épreuves et l'imagerie devraient être effectuées dans le respect du principe ALARA (As Low as Reasonably Achievable) pour optimiser la dose appropriée en fonction de chaque situation clinique.

5 N'utilisez pas un nouvel accès veineux périphérique si un dispositif d'accès veineux central approprié est disponible.

Avant d'utiliser un nouvel accès veineux périphérique, évaluez les accès veineux centraux sur le plan de leur compatibilité avec les produits de contraste injectés. Cela prévient l'installation de cathéters superflus qui causent de l'inconfort aux patients.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM) a dressé sa liste de 5 recommandations Choisir avec soin en mettant sur pied à cet effet un comité central d'experts en la matière représentant les quatre disciplines de la technologie en radiation médicale (TRM) : technologie radiologique, médecine nucléaire, résonance magnétique et radiothérapie. Ce comité a rédigé et transmis les résumés de 10 recommandations à des intervenants professionnels clés, dont le conseil d'administration de l'ACTRM, l'Alliance des organismes de réglementation des technologues en radiation médicale du Canada et les associations provinciales de TRM. Cette consultation s'est inspirée de la méthode Delphi pour dégager les 5 recommandations clés. Des comités individuels ont alors été formés pour chaque recommandation afin de procéder à une revue approfondie de la littérature scientifique et de participer à un processus rigoureux d'examen critique. Toutes les recommandations ont ensuite été révisées par le comité principal pour en assurer l'uniformité terminologique, par les médecins de la campagne Choisir avec soin, et finalement par des intervenants de la campagne Choisir avec soin.

Sources

- 1** Association canadienne des technologues en radiation médicale. [Caractère approprié d'une réquisition, d'un ordre ou d'une prescription](#). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ACTRM. Mai 2016. [En ligne]. (consulté le 17 décembre 2018).
Doshi AM et coll. Impact of patient questionnaires on completeness of clinical information and identification of causes of pain during outpatient abdominopelvic CT interpretation. *Abdom Radiol*. Déc. 2017; vol. 42, n° 12 : p. 2946-2950. PMID : 28647766.
Gunderman RB et coll. Improving Clinical Histories on Radiology Requisitions. *Academic Radiology*. 2001; vol. 8, n° 4 : p. 299-303. PMID : 11293777.
Gyftopoulos S et coll. Patient Recall Imaging in the Ambulatory Setting. *Am J Roentgenol*. 2016; vol. 206, n° 4 : p. 787-791. PMID : 26866338.
Hawkins CM et coll. Improving the availability of clinical history accompanying radiographic examinations in a large pediatric radiology department. *Am J Roentgenol*. 2014; vol. 202, n° 4 : p. 790-796. PMID : 24660708.
Munk PL. The Holy Grail — The Quest for Reliable Radiology Requisition Histories. *CARJ*. Févr. 2016; vol. 67, n° 1 : p. 1. PMID : 26800619.
Troude P et coll. Improvement of radiology requisition. *Diagnostic and Interventional Imaging*. Janv. 2014; vol. 95, n° 1 : p. 69-75. PMID : 23999241.
Zhou Y et coll. [Errors in medical imaging and radiography practice: a systematic review](#). *JMIRS*. 2015; vol. 46, n° 4 : p. 435-441.
- 2** Association canadienne des technologues en radiation médicale. [Renseigner le patient](#). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ACTRM. Nov. 2015. [En ligne]. (consulté le 17 décembre 2018).
Cramp V et coll. Use of a prospective cohort study in the development of a bladder scanning protocol to assist in bladder filling consistency for prostate cancer patients receiving radiation therapy. *J Med Radiat Sci*. Sept. 2016; vol. 63, n° 3 : p. 179-185. PMID : 27648282.
Frush DP. Overview of CT technologies for children. *Pediatr Radiol*. Oct. 2014; vol. 44, n° S3 : p 422-426. PMID : 25304699.
Taslakian B et coll. Patient evaluation and preparation in vascular and interventional radiology: What every interventional radiologist should know (Part 1). *Cardiovasc Intervent Radiol*. Mars 2016; vol. 39, n° 3 : 325-333. PMID : 26493820.
Taslakian B et coll. Patient evaluation and preparation in vascular and interventional radiology: What every interventional radiologist should know (Part 2). *Cardiovasc Intervent Radiol*. Avr. 2016; vol. 39, n° 4 : p. 489-499. PMID : 26606917.
Zaorsky NG et coll. ACR Appropriateness Criteria® external beam radiation therapy treatment planning for clinically localized prostate cancer, part I of II. *Adv Radiat Oncol*. Janv.-mars 2017; vol. 2, n° 1 : p. 62-84. PMID : 28740916.
- 3** American Society of Radiologic Technologists. [The practice standards for medical imaging and radiation therapy](#). *Radiography Practice Standards*. ASRT. Juin 2017. [En ligne]. (consulté le 6 décembre 2017).
Association canadienne des technologues en radiation médicale. [Claustrophobie](#). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ACTRM. Févr. 2016. [En ligne]. (consulté le 17 décembre 2018).
Association canadienne des technologues en radiation médicale. [Soins axés sur le patient et la famille dans la pratique](#). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ACTRM. Nov. 2015. [En ligne]. (consulté le 17 décembre 2018).
Clover K et coll. Disruption to radiation therapy sessions due to anxiety among patients receiving radiation therapy to the head and neck area can be predicted using patient self-report measures. *Psycho-Oncology*. Déc. 2011; vol. 20, n° 12 : p. 1334-1341. PMID : 20878722.
Grilo A et coll. Anxiety in cancer patients during 18F-FDG PET/CT low dose: A comparison of anxiety levels before and after imaging studies. *Nurs Res Pract*. 2017; vol. 2017 : 3057495. PMID : 28392942.
Katz RC et coll. Anxiety and the determinants in patients undergoing magnetic resonance imaging. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Juin 1994; vol. 25, n° 2 : p. 131-134. PMID : 7983222.
Story MF et coll. Accessibility of Radiology Equipment for Patients with Mobility Disabilities. *Human Factors*. Oct. 2008; vol. 50, n° 5 : p. 801-810. PMID : 19110840.
Wollman D et coll. Tolerance of MRI procedures by the oldest old. *Magn Reson Imaging*. Nov. 2004; vol. 22, n° 9 : p. 1299-1304. PMID : 15607102.
- 4** Akin EA, et coll. [Optimizing-Oncologic-FDG-PET-CT-Scans-to-Decrease-Radiation-Exposure](#) (mis à jour en avril 2017). *Image Wisely*. [En ligne]. (consulté le 7 décembre 2017).
Alessio AM et coll. Role of Reference Levels in Nuclear Medicine: A Report of the SNMMI Dose Optimization Task Force. *J Nucl Med*. Sept. 2015; vol. 56, n° 12 : p. 1960-1964. PMID : 26405164.
Association canadienne des technologues en radiation médicale. [Réduire au minimum l'exposition du patient](#). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ACTRM. Mai 2012. [En ligne]. (consulté le 17 décembre 2018).
Commission canadienne de sûreté nucléaire. Guide d'application de la réglementation. Maintenir les expositions et les doses au « [niveau le plus pas qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre \(ALARA\)](#) » G-129, Révision 1. CCSN. Mai 2012. [En ligne]. (consulté le 7 décembre 2017).
Commission canadienne de sûreté nucléaire. Guide d'application de la réglementation. [Règlement sur la radioprotection](#) (amendé en sept 2017). DORS/2000-203. CCSN. [En ligne]. (consulté le 4 décembre 2017).
Commission internationale de protection radiologique. [Publication 105 de la CIPR, 2007](#). [En ligne]. (consulté le 14 octobre 2017).
[Diagnostic Reference Levels, CT Diagnostic Reference Levels from the ACR CT Accreditation Program](#). *Image Wisely*. Nov. 2010. [En ligne]. (consulté le 14 octobre 2017).
Harkness B. [Dose Reduction in Planar Nuclear Medicine Imaging](#). *Image Wisely*. [En ligne]. Nov. 2012; vol. 345 : p. e7191. [En ligne]. (consulté le 7 décembre 2017).
Hedgire SS et coll. Recent advances in cardiac computed tomography dose reduction strategies: a review of scientific evidence and technical developments. *J Med Imaging (Bellingham)*. Août 2017; vol. 4, n° 3 : p. 031211. PMID : 28894760.
Moser JB et coll. Radiation dose-reduction strategies in thoracic CT. *Clin Radiol*. Mai 2017; vol. 72, n° 5 : p. 407-420. PMID : 28139204.
Raff GL et coll. Advanced Cardiovascular Imaging Consortium Co-Investigators. Radiation dose from cardiac computed tomography before and after implementation of radiation dose-reduction techniques. *JAMA*. Juin 2009; vol. 301, n° 22 : p. 2340-2348. PMID : 19509381.
Rawat U et coll. ACR White Paper-Based Comprehensive Dose Reduction Initiative Is Associated with a Reversal of the Upward Trend in Radiation Dose for

Chest CT. J Am Coll Radiol. Déc. 2015; vol. 12, n° 12 Partie A : p. 1251-1256. PMID : 26482816.

Reiner BI. The Quality/Safety Medical Index: a Standardized Method for Concurrent Optimization of Radiation Dose and Image Quality in Medical Imaging. J Digit Imaging. Déc. 2014; vol. 27, n° 6 : p. 687-691. PMID : 25193788.

Santé Canada. Code de sécurité 35 : Procédures de sécurité pour l'installation, l'utilisation et le contrôle des appareils à rayons X dans les grands établissements radiologiques médicaux. Gouvernement du Canada (mis à jour le 14 janvier 2015). [En ligne]. (consulté le 7 décembre 2017).

- 5 Bonciarelli G et coll. GAVeCeLT consensus statement on the correct use of totally implantable venous access devices for diagnostic radiology procedures. J Vasc Access. Oct.-déc. 2011; vol.12, n° 4: p. 292-305. PMID : 21534233.
- Bujis SB et coll. Systematic review of the safety and efficacy of contrast injection via venous catheters for contrast-enhanced computed tomography. Eur J Radiol Open. Sept. 2017; vol. 4 : p. 118-122. PMID : 29034281.
- Herts BR et coll. Power injection of contrast media using central venous catheters: feasibility, safety, and efficacy. AJR Am J Roentgenol. Févr. 2001; vol. 176, n° 2 : 447-453. PMID : 11159092.
- Plumb AA et coll. The use of central venous catheters for intravenous contrast injection for CT examinations. Br J Radiol. Mars 2011; vol. 84, n° 999 : p. 197-203. PMID : 21325362.
- Tee FY et coll. Patient Perceptions and Experience of Pain, Anxiety and Comfort during Peripheral Intravenous Cannulation in Medical Wards: Topical Anaesthesia, Effective Communication, and Empowerment. International Journal of Nursing Science. 2015; vol. 5, n° 2 : p. 41-46.
- Wienbeck S, et al. Prospective study of access site complications of automated contrast injection with peripheral venous access in MDCT. Am J Roentgenol. 2010 Oct;vol195(4):825-829. PMID:20858804.

À propos de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale

L'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. L'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM) est l'association nationale canadienne et l'organisme d'agrément des technologues en radiologie, en médecine nucléaire, en résonance magnétique et des radiothérapeutes. Reconnue au Canada et à l'étranger comme une voix de premier plan dans la défense des intérêts de plus de 12 000 membres de la profession de la technologie de radiation médicale, l'ACTRM fait autorité sur les questions cruciales qui affectent ses membres et leur pratique.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

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

Urologie

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

par

L'Association des urologues du Canada

Dernière mise à jour : Decembre 2017



1 Éviter de prescrire une scintigraphie osseuse de routine et un tomодensitogramme du bassin chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque.

Il y a peu de chances que des métastases apparaissent chez les patients à faible risque (d'après les critères de classification de d'Amico et les lignes directrices du National Comprehensive Cancer Network). Par conséquent, l'examen par imagerie est généralement superflu chez le patient présentant un cancer de la prostate nouvellement diagnostiqué, chez qui le dosage de l'APS est < 20 ng/mL et le score de Gleason ne dépasse pas 6, à moins que les antécédents médicaux ou l'examen clinique ne semblent indiquer la présence de métastases à distance. Il y a plus de chances que des métastases se forment en présence d'un cancer de grade élevé, qui se caractérise par une prolifération tumorale rapide et agressive dans des zones périphériques comme les os ou les ganglions lymphatiques.

2 Éviter de prescrire un dosage de la testostérone sérique chez les hommes ne présentant aucun symptôme d'hypogonadisme.

Chez l'homme atteint de dysfonction érectile, un dosage de la testostérone ne devrait être prescrit qu'en cas de signes et symptômes d'hypogonadisme.

3 Éviter de prescrire de la testostérone chez les hommes atteints de dysfonction érectile mais dont le taux de testostérone est normal.

Bien que le traitement par la testostérone puisse augmenter la libido, il semble qu'il n'ait aucun effet important sur la fonction érectile chez l'homme dont le taux de testostérone est normal.

4 Éviter de prescrire un agent antimicrobien pour traiter une bactériurie chez l'homme âgé.

Selon les résultats de certaines études, il semble qu'une bactériurie asymptomatique non traitée chez l'homme âgé ne soit pas associée à un risque significatif de morbidité. Le traitement d'une bactériurie asymptomatique chez l'homme âgé par un agent antimicrobien n'a aucun bienfait, sans compter qu'il a des effets antimicrobiens indésirables accrus. On a élaboré des critères consensuels permettant de caractériser des symptômes cliniques spécifiques qui, lorsqu'ils sont associés à une bactériurie, servent à diagnostiquer une infection des voies urinaires. Le dépistage et le traitement d'une bactériurie asymptomatique sont recommandés avant une intervention urologique au cours de laquelle un saignement de muqueuses est prévu.

5 Éviter d'ordonner une échographie abdominale chez les garçons présentant une cryptorchidie.

L'échographie abdominale est peu utile pour localiser la position testiculaire ou confirmer la présence d'un testicule impalpable à l'examen physique. Des études révèlent qu'il y avait encore de très bonnes chances que les testicules soient présents même si l'examen échographique était négatif. Il n'y a pas beaucoup de chances que l'échographie permette de localiser les testicules.

Comment la liste a été établie

À l'aide de son Comité des guides de pratique, l'Association des urologues du Canada (AUC) a revu les preuves fondées sur les lignes directrices et suggestions de l'American Urological Association (AUA) pour établir les points pouvant faire partie de la liste de recommandations proposée dans le cadre de la campagne Choisir avec soin. Après avoir été informés du processus, les membres de l'association ont eu l'occasion de soumettre des suggestions par courriel. Les membres du comité ont revu un certain nombre de recommandations et d'un commun accord, ont proposé cinq interventions ou examens sur lesquels il conviendrait de s'interroger. Ces recommandations ont été revues et approuvées par le Comité des guides de pratique de l'AUC. Les 1re, 3e et 5e recommandations ont été adoptées avec la permission de l'American Urological Association à partir de la liste intitulée Five Things Physicians and Patients Should Question établie en 2013. La 4e recommandation a été adoptée de la liste intitulée Ten Things Physicians and Patients Should Question®, avec la permission de l'American Geriatrics Society; The American Geriatrics Society, New York (New York). Reproduit avec permission. www.americangeriatrics.org.

Sources

- 1 American Urological Association. [Prostate-Specific Antigen Best Practice Statement \[Internet\]](#). Linthicum (MD) : AUA; 2009 [consulté le 5 mai 2017]. National Comprehensive Cancer Network. [NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology \[En ligne\]](#). 2017 [consulté le 5 mai 2017].
- 2 American Urological Association. [Management of Erectile Dysfunction Clinical Practice Guideline \[Internet\]](#). Linthicum (MD) : AUA; 2011 [consulté le 5 mai 2017].
The Endocrine Society. [Testosterone Therapy in Adult Men with Androgen Deficiency Syndromes: An Endocrinology Society Clinical Practice Guideline \[En ligne\]](#). 2010 [consulté le 5 mai 2017].
- 3 American Urological Association. [Management of Erectile Dysfunction Clinical Practice Guideline \[Internet\]](#). Linthicum (MD): AUA; 2011 [consulté le 5 mai 2017].
- 4 Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med*. Août 2007;23(3):585-594. [PMID : 17631235](#).
Nordenstam GR, et coll. Bacteriuria and mortality in an elderly population. *N Engl J Med*. 1er mai 1986;314(18):1152-1156. [PMID : 3960089](#).
Nicolle LE, et coll. Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med*. Juil. 1987;83(1):27-33. [PMID : 3300325](#).
Nicolle LE, et coll. Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. 1er mars 2005;40(5):643-65. [PMID : 15714408](#).
- 5 National Advisory Committee on Blood and Blood Products (NAC). [Prothrombin Complex Concentrates \[En ligne\]](#). 2014 mai [consulté le 5 mai 2017].
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sign 129: [Antithrombotics: Indications and Management \[En ligne\]](#). 2013 juin [consulté le 5 mai 2017].
Tasian G, et coll. Diagnostic performance of ultrasound in Nonpalpable Cryptorchidism: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. Jan. 2011; 127(1): 119-128. [PMID : 21149435](#).

À propos de L'Association des urologues du Canada

L'Association des urologues du Canada (AUC) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'AUC représente et donne une voix à tous les urologues canadiens et encourage l'engagement de tous les membres de la profession afin d'assurer le plus haut niveau de soins en urologie pour les Canadiens.

Canadian Urological Association  Association des urologues du Canada
The Voice of Urology in Canada. *La voix de l'urologie au Canada.*

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

 choisiravecsoin.org |  info@choisiravecsoin.org |  [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) |  [/choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)