

Respect des recommandations ANAES pour le délais de prescription d'imagerie dans les lombalgies et lombosciatiques aigües en cabinet de médecine générale

Laure Mouchikhine

► **To cite this version:**

Laure Mouchikhine. Respect des recommandations ANAES pour le délais de prescription d'imagerie dans les lombalgies et lombosciatiques aigües en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01286666>

HAL Id: dumas-01286666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286666>

Submitted on 11 Mar 2016

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

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

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2015

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 7 Avril 2015

A NICE

Par Laure MOUCHIKHINE

Née le 12 janvier 1986 à Fontainebleau (77)

Respect des recommandations ANAES pour le délai de prescription d'imagerie dans les lombalgies et lombosciatiques aiguës en cabinet de médecine générale

Directeur de Thèse : Madame le Dr Claire DESTOMBE

Président de Jury : Monsieur le Pr Olivier GUERIN

Assesseurs : Monsieur le Pr Philippe HOFLIGER

Monsieur le Pr Stéphane SCHNEIDER

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs de la Faculté de Médecine de Nice

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Doyen | M. BAQUÉ Patrick |
| Assesseurs | M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique |
| Conservateur de la bibliothèque | Mme DE LEMOS Annelyse |
| Chef des services administratifs | Mme CALLEA Isabelle |
| Doyens Honoraires | M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel |

Professeurs Honoraires

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

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNE Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. POIREE Jean-Claude

ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|
| M. AMIEL Jean | Urologie |
| M. BENCHIMOL Daniel | Chirurgie Générale |
| M. BOILEAU Pascal | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| M. DAR COURT Jacques | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. DESNUELLE Claude | Biologie Cellulaire |
| Mme EULLER-ZIEGLER Liana | Rhumatologie |
| M. FENICHEL Patrick | Biologie du Développement et de la Reproduction |
| M. FUZIBET Jean-Gabriel | Médecine Interne |
| M. GASTAUD Pierre | Ophtalmologie |
| M. GILSON Éric | Biologie Cellulaire |
| M. GRIMAUD Dominique | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M. HASSEN KHODJA Reda | Chirurgie Vasculaire |
| M. HÉBUTERNE Xavier | Nutrition |
| M. HOFMAN Paul | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. LACOUR Jean-Philippe | Dermato-Vénérologie |
| Mme LEBRETON Élisabeth | Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique |
| M. MICHIELS Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. MOUROUX Jérôme | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. PAQUIS | Neurochirurgie |
| M. PRINGUEY Dominique | Psychiatrie d'Adultes |
| M. QUATREHOMME Gérald | Médecine Légale et Droit de la Santé |
| M. ROBERT Philippe | Psychiatrie d'Adulte |
| M. SANTINI Joseph | O.R.L. |
| M. THYSS Antoine | Cancérologie, Radiothérapie |
| M. VAN OBERGHEN Emmanuel | Biochimie et Biologie Moléculaire |

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------|
| M. BAQUE Patrick | Anatomie, Chirurgie Générale |
| M. BATT Michel | Chirurgie Vasculaire |
| M.BÉRARD Étienne | Pédiatrie |
| M.BERNARDIN Gilles | Réanimation Médicale |
| M.BONGAIN André | Gynécologie-Obstétrique |
| M. CASTILLO Laurent | O.R.L. |
| Mme CRENESSE Dominique | Physiologie |
| M.DE PERETTI Fernand | Anatomie-Chirurgie Orthopédique |
| M.DRICI Milou-Daniel | Pharmacologie Clinique |
| M. ESNAULT Vincent | Néphrologie |
| M.FERRARI Émile | Cardiologie |
| M.GIBELIN Pierre | Cardiologie |
| M.GUGENHEIM Jean | Chirurgie Digestive |
| Mme ICHAI Carole | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M.LONJON Michel | Neurochirurgie |
| M.MARQUETTE Charles-Hugo | Pneumologie |
| M.MARTY Pierre | Parasitologie et Mycologie |
| M.MOUNIER Nicolas | Cancérologie, Radiothérapie |
| M.PADOVANI Bernard | Radiologie et Imagerie Médicale |
| Mme PAQUIS Véronique | Génétique |
| M.RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et Réanimation Chirurgicale |
| Mme RAYNAUD Dominique | Hématologie |
| M.ROSENTHAL Éric | Médecine Interne |
| M.SCHNEIDER Stéphane | Nutrition |
| THOMAS Pierre | Neurologie |
| M.TRAN Albert Hépat | Gastro-entérologie |

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------|
| M.ALBERTINI Marc | Pédiatrie |
| Mme ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie |
| M.BAHADORAN Philippe | Cytologie et Histologie |
| M.BARRANGER Emmanuel | Gynécologie Obstétrique |
| M.BENIZRI Emmanuel | Chirurgie Générale |
| Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence | Cancérologie –Génétique |
| M.BREAUD Jean | Chirurgie Infantile |
| Mlle BREUIL Véronique | Rhumatologie |
| M. CANIVET Bertrand | Médecine Interne |
| M.CARLES Michel | Anesthésiologie Réanimation |
| M.CASSUTO Jill-Patrice | Hématologie et Transfusion |
| M.CHEVALLIER Patrick | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M.DUMONTIER Christian | Chirurgie plastique |
| M.FERRERO Jean-Marc | Cancérologie ; Radiothérapie |
| M.FOURNIER Jean-Paul | Thérapeutique |
| M.FREDENRICH Alexandre | Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques |
| Mlle GIORDANENGO Valérie | Bactériologie-Virologie |
| M.GUÉRIN Olivier | Gériatrie |
| M.HANNOUN-LEVI Jean-Michel | Cancérologie ; Radiothérapie |
| M.IANNELLI Antonio | Chirurgie Digestive |
| M.JOURDAN Jacques | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M.LEVRAUT Jacques | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M.PASSERON Thierry | Dermato-Vénérologie |
| M.PICHE Thierry | Gastro-entérologie |

| | |
|----------------------|---------------------------------------------------|
| M.PRADIER Christian | Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention |
| M.ROGER Pierre-Marie | Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales |
| M.ROHRLICH Pierre | Pédiatrie |
| M.RUIMY Raymond | Bactériologie-virologie |
| Mme SACCONI Sabrina | Neurologie |
| M.SADOUL Jean-Louis | Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques |
| M.STACCINI Pascal | Biostatistiques et Informatique Médicale |
| M.TROJANI Christophe | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| M.VENISSAC Nicolas | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

| | |
|--------------------------|-------------------|
| M. SAUTRON Jean-Baptiste | Médecine Générale |
|--------------------------|-------------------|

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|------------------------------|--------------------------------------------------|
| Mme ALUNNI Véronique | Médecine Légale et Droit de la Santé |
| M.AMBROSETTI Damien | Cytologie et Histologie |
| Mme BANNWARTH Sylvie | Génétique |
| M.BENOLIEL José | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| Mme BERNARD-POMIER Ghislaine | Immunologie |
| Mme BUREL-VANDENBOS Fanny | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| M. DELOTTE Jérôme | Gynécologie-Obstétrique |
| M.DOGLIO Alain | Bactériologie-Virologie |
| M.FOSSE Thierry | Bactériologie-Virologie-Hygiène |
| M. GARRAFFO Rodolphe | Pharmacologie Fondamentale |
| Mme HINAULT Charlotte | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mlle LANDRAUD Luce | Bactériologie-Virologie |
| Mme LEGROS Laurence | Hématologie et Transfusion |
| Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle | Physiologie |
| Mme MOCERI Pamela | Cardiologie |
| Mme MUSSO-LASSALLE Sandra | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| M. NAÏMI Mourad | Biochimie et Biologie moléculaire |
| M.PHILIP Patrick | Cytologie et Histologie |
| Mme POMARES Christelle | Parasitologie et mycologie |
| M.ROUX Christian | Rhumatologie |
| M.TESTA Jean | Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention |
| M.TOULON Pierre | Hématologie et Transfusion |

PROFESSEURS ASSOCIÉS

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| M.HOFLIGER Philippe | Médecine Générale |
| Mme POURRAT Isabelle | Médecine Générale |
| M. PRENTKI Marc | Biochimie et Biologie moléculaire |

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Mme CHATTI Kaouthar | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. DARMON David | Médecine Générale |
| M. GARDON Gilles | Médecine Générale |
| Mme MONNIER Brigitte | Médecine Générale |
| M. PAPA Michel | Médecine Générale |

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| M.BERTRAND François | Médecine Interne |
| M.BROCKER Patrice | Médecine Interne Option Gériatrie |
| M.CHEVALLIER Daniel | Urologie |
| Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella | Médecine Physique et Réadaptation |
| M.QUARANTA Jean-François | Santé Publique |

REMERCIEMENTS

A Claire DESTOMBE, ma directrice de thèse. Merci pour ton enseignement, ta gentillesse et ton dévouement pour avoir accepté de m'aider pour cette thèse.

Au Professeur Olivier GUERIN. Merci de présider cette thèse.

Aux Professeurs HOFLIGER et SCHNEIDER. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Professeur Alain SARAUX, chef de service de Rhumatologie du CHU de Brest, pour son aide précieuse tout au long de ce travail.

A l'équipe du DIM de l'hôpital de Fréjus Saint-Raphaël : le Dr Laure VALERIO et Monsieur MEJDOUBI Najm-Eddine. Merci pour votre disponibilité pour l'analyse des résultats de cette étude.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION..... | 13 |
| RECOMMANDATIONS DE L'ANAES | 15 |
| RECOMMANDATIONS DE LA SOCIETE FRANCAISE DE RADIOLOGIE ... | 18 |
| MATERIEL ET METHODE | 22 |
| 1 - Patients..... | 22 |
| 2 - Protocole de l'étude | 22 |
| 3 - Type d'analyse statistique | 23 |
| 4 - Critères de jugement..... | 23 |
| Objectif principal..... | 23 |
| Critère de jugement principal | 24 |
| Objectifs secondaires..... | 24 |
| RESULTATS | 25 |
| 1 - Population de patients étudiée | 25 |
| 2 - Les médecins généralistes | 27 |
| 3 - Réalisation d'examens d'imagerie : fréquence | 27 |
| Sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques communes..... | 28 |
| Sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques urgentes ou symptomatiques | 29 |
| 4 - Délai de réalisation des imageries | 31 |
| Dans le sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques communes | 31 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Dans le sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques urgentes ou symptomatiques | 31 |
| DISCUSSION | 32 |
| 1 - Comparaison aux recommandations de l'ANAES | 34 |
| Influence du type de douleur | 37 |
| Influence du sexe du patient | 38 |
| Influence de l'âge du médecin prescripteur | 40 |
| 2 - Pertinence de l'examen selon le contexte | 41 |
| 3 - La justification des prescriptions par les médecins généralistes | 44 |
| CONCLUSION | 47 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 50 |
| ANNEXES | 52 |
| BIBLIOGRAPHIE | 54 |
| RESUME | 58 |

INTRODUCTION

Les lombalgies et les lombosciatiques occupent une part importante de la médecine générale [1]. Elles font partie des diagnostics les plus fréquemment rencontrés lors des consultations urgentes en médecine de premier recours. Les lombalgies sont le motif de consultation de 10 % des patients de médecine générale. On estime que 50 à 85 % de la population française en a souffert ou en souffrira au cours de sa vie [2]. Une étude suédoise récente (2012) montre qu'environ 4% de la population consulte annuellement en raison de ce type de douleur [3, 6].

Les lombalgies et les lombosciatiques font l'objet d'un grand nombre de prescription d'examen d'imagerie [7]. Cela implique un coût considérable, comparable à ceux induits par les maladies coronaires, le diabète ou la dépression [8]. Les coûts attribués aux douleurs du dos semblent aller en augmentant au fil des ans dans de nombreux pays [9], excepté aux Pays-Bas [10], ce qui nous donne un espoir de pouvoir influencer favorablement cette évolution [3]. Ces demandes d'examens ne sont pas toujours justifiées, puisque 80% des patients guérissent spontanément dans un délai inférieur à 8 semaines [11].

En février 2000, l'ANAES a publié des recommandations indiquant les cas où la prescription d'imagerie était justifiée [4]. La Société Française de Radiologie a également mis au point un Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale en 2013 [5].

Dans un contexte de volonté de restriction du coût de la santé, il paraît intéressant de voir si ces recommandations ont été intégrées dans la pratique des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral.

Nous allons rappeler les recommandations de l'ANAES [4] et celles de la Société Française de Radiologie [5], puis nous exposerons notre étude et nous discuterons des résultats obtenus.

RECOMMANDATIONS DE L'ANAES [4]

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et la Direction Générale de la Santé (DGS). Elles ont été établies entre autres par La Société Française de Rhumatologie, Le Collège National des Généralistes Enseignants, La Société Française de Radiologie, La Société Française de Médecine Générale, en février 2000.

Les présentes références s'appliquent aux lombalgies et lombosciatiques aiguës définies par un délai d'évolution inférieur à trois mois. La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier, la lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1.

L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient visent à identifier :

1) les lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans (grade B) ;

- en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicable, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique (grade B). La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;
- en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de C Reactive Protein (CRP) sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique (grade C).

2) les urgences diagnostiques et thérapeutiques (grade C) :

- sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés) ;
- sciatique paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 (cf. échelle MRC tableau) et/ou comme la progression d'un déficit moteur ;
- sciatique avec syndrome de la queue de cheval définie par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention ; d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

Échelle MRC (Medical Research Council of Great Britain) de 0 à 5

5 Force normale

4 Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance

3 Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance

2 Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur

1 Ébauche de mouvement

0 Aucun mouvement

En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique.

Les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques.

Il n'y a pas de place pour la réalisation d'examens électrophysiologiques dans la lombalgie ou la lombosciatique aiguë (grade C).

Grade des recommandations et correspondance niveau de preuve

Grade A : preuve scientifique établie

Grade B : présomption scientifique

Grade C : faible niveau de preuve

RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE RADIOLOGIE [5]

Extraits du Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale.

Edité par la Société Française de Radiologie et la Société Française de Médecine Nucléaire sous l'égide de la Haute Autorité de Santé et de l'Autorité de sûreté nucléaire.

Lombalgies aiguës ; lombo-radiculalgies mécaniques (date de validation médicale 01/01/2013)

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom | Radiographie du rachis lombo-sacré |
| Recommandations | Indiqué seulement dans des cas particuliers |
| Description | Les douleurs lombaires aiguës sont généralement liées à une pathologie qui ne peut être diagnostiquée sur une radiographie simple (exception faite du tassement ostéoporotique). Une radiographie simple normale peut être faussement rassurante. En dehors de la recherche d'une |

| | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>lombalgie dite symptomatique ou urgente, il n'y a pas lieu de demander d'imagerie dans les premières semaines d'évolution, sauf quand les modalités du traitement choisi (manipulation et infiltration) exigent d'éliminer une lombalgie spécifique et de rechercher l'étiologie précise des douleurs.</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom | IRM du rachis lombo-sacré |
| Recommandations | Non indiqué initialement |
| Description | <p>En cas d'échec du traitement médical, la mise en évidence d'une étiologie mécanique (hernie discale, arthrose ...) nécessite une IRM ou un scanner.</p> <p>L'IRM, non irradiante, plus sensible, avec un champ de visualisation plus large et qui explore l'espace sous-arachnoïdien, est préférable.</p> <p>IRM ou TDM sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (infiltration épidurale par exemple).</p> <p>Les récurrences douloureuses postopératoires sont du domaine du spécialiste et requièrent en général une IRM.</p> |

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom | Scanner du rachis lombo-sacré |
| Recommandations | Non indiqué initialement |
| Description | <p>En cas d'échec du traitement médical, la mise en évidence d'une étiologie mécanique (hernie discale, arthrose...) nécessite une IRM ou un scanner.</p> <p>L'IRM, non irradiante, plus sensible, avec un champ de visualisation plus large et qui explore l'espace sous-arachnoïdien, est préférable.</p> <p>IRM ou TDM sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (infiltration épidurale par exemple).</p> <p>Les récurrences douloureuses postopératoires sont du domaine du spécialiste et requièrent en générale une IRM.</p> |

Cas particuliers : Lombalgie dans un contexte particulier ou éventuellement assortie de signes de gravité comme : début < 20, > 55 ans, syndrome de la queue de cheval, déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs, antécédents de cancer, VIH, perte de poids, usage de drogue par voie intraveineuse, corticothérapie, douleurs inflammatoires.

| | |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom | IRM du rachis lombo-sacré |
| Recommandations | Indiqué |
| Description | <p>Ces cas relèvent d'un avis spécialisé rapide que le recours à l'imagerie ne doit pas retarder. Des clichés simples normaux peuvent être faussement rassurants.</p> <p>L'IRM est généralement l'examen le plus efficace.</p> <p>La scintigraphie du squelette peut aussi être utilisée pour détecter d'éventuelles atteintes osseuses, dans le cas de douleurs chroniques ou lorsqu'une infection est suspectée.</p> <p>Du fait de la meilleure résolution des images, la TEP/TDM du squelette au fluorure (18F) ou au FDG est préférable à la scintigraphie. La TEP/TDM est indiquée si suspicion d'infection, en cas de persistance des douleurs lombaires après chirurgie.</p> |

MATERIEL ET METHODE

1- Patients

Les patients inclus dans l'étude sont des hommes et des femmes de plus de 18 ans, qui se sont présentés chez leur médecin généraliste en ville pour une douleur de type lombalgie ou lombosciatique de moins de 3 mois d'évolution.

2- Protocole de l'étude

Deux questionnaires ont été envoyés – par courrier postal - à un médecin généraliste ayant une activité libérale. 100 questionnaires ont été envoyés à 50 médecins généralistes. Le médecin devait remplir un questionnaire par patient. Les médecins concernés exercent tous en cabinet libéral, dans la région de Fréjus et Saint Raphaël (83). Tous les médecins de Fréjus et Saint-Raphaël présents dans l'annuaire ont été contactés, ainsi que ceux des communes circulaires.

Ce questionnaire recueillait (ANNEXE 1) :

- L'âge du médecin
- Le type de douleur du patient (lombalgie ou lombosciatique)
- La date de début de la douleur
- Si le médecin prescrivait ou non une imagerie

- La date de prescription de l'imagerie s'il en prescrivait une et le type d'imagerie (TDM/IRM/ radiographie standard)
- La raison de sa prescription (question ouverte)

Le médecin devait nous retourner les réponses de manière anonyme par courrier postal.

3- Type d'analyse statistique

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective. Les résultats ont été analysés avec le test du Chi2 pour les variables quantitatives et avec le test t de Student pour les variables qualitatives. Le logiciel Statistica v6.1 a été utilisé.

4- Critères de jugement

Les résultats de l'étude ont été comparés aux deux référentiels choisis, à savoir les recommandations de l'ANAES de février 2000 [4] et les recommandations de la Société Française de Radiologie de 2013 [5].

*** Objectif principal**

L'objectif principal est d'évaluer le non respect des recommandations ANAES. C'est à dire d'évaluer le taux de prescription d'imagerie pour une lombalgie ou lombosciatique aiguë commune, avant 7 semaines d'évolution.

*** Critère de jugement principal**

Le critère de jugement principal est l'absence d'élément de l'ANAES justifiant la prescription d'une imagerie, dans une lombosciatique ou une lombalgie, de moins de 7 semaines d'évolution.

*** Objectifs secondaires**

Le premier objectif secondaire est d'évaluer le nombre de prescriptions d'imagerie, lorsqu'il s'agit d'une lombalgie ou d'une lombosciatique urgente ou symptomatique.

Nous évaluerons par la suite si trois critères que nous avons défini - l'âge du médecin, le sexe du patient, le type de douleur - ont un rôle sur le non respect des recommandations de l'ANAES.

Puis, nous évaluerons si l'examen d'imagerie prescrit est adapté au contexte du cas.

Nous analyserons enfin le motif de prescription.

RESULTATS

L'étude s'est déroulée sur 2 mois. C'est-à-dire que nous avons attendu 2 mois les réponses des médecins généralistes à partir de la date d'envoi des questionnaires. Nous avons pu recueillir 43 questionnaires concernant donc 43 patients (soit 43% des questionnaires envoyés). Les questionnaires provenaient de 25 médecins généralistes. Nous avons inclus tous les questionnaires dans l'étude.

1- Population de patients étudiée

Géographiquement la population de cette étude s'est située dans l'Est-Var , dans les villes de Fréjus et Saint Raphaël, et dans quelques communes limitrophes.

Répartition selon le sexe : il y avait 22 femmes (soit 53,66 % de la population totale) et 19 hommes (soit 43,34 %). Dans 2 questionnaires le sexe du patient n'était pas précisé.

Age des patients.

L'âge moyen était de 52,72 +/- 16,45 ans (de 19 à 89 ans).

Répartition des différents types de lombosciatiques/lombalgies (au total n= 43)

- Urgentes/symptomatiques n = 26 (soit 60,46 %)
- Communes n = 17 (soit 39,53 %)

Tableau 1. Répartition des critères ANAES de prescription

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| Traumatisme | 8 |
| Traitement corticoïdes | 6 |
| Perte de poids récente | 4 |
| Antécédent tumoral | 4 |
| Echec du traitement symptomatique après 4 semaines | 8 |
| Syndrome inflammatoire biologique | 3 |
| Fièvre | 0 |
| Recrudescence nocturne des douleurs | 13 |
| Immunodépression | 1 |
| Infection urinaire | 0 |
| Prise de drogue IV | 0 |
| Hyperalgie résistant aux opiacés | 8 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| Paralysie | 2 |
| Syndrome de la queue de cheval | 2 |
| Manipulation ou infiltration prévue | 10 |

Certains patients présentaient plusieurs de ces critères en même temps.

Répartition selon le type de douleur.

On distinguait : 19 lombalgies (soit 47,50 % de la population) et 21 lombosciatiques (soit 52,50 %). Dans 3 cas, il n'a pas été indiqué s'il s'agissait d'une lombalgie ou d'une lombosciatique.

2- Les médecins généralistes

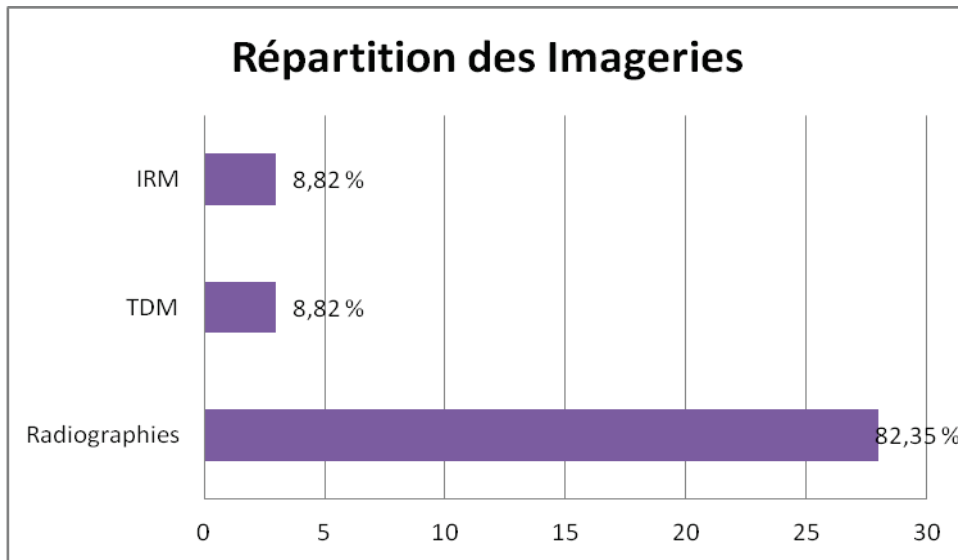
Au total, 25 médecins généralistes ont répondu aux questionnaires.

Au niveau des caractéristiques des médecins, la moyenne d'âge était de 55,83 +/- 9,48 ans (de 37 à 80 ans).

3- Réalisation d'examens d'imagerie : fréquence

Au total, 34 patients, soit 79,07 % de la population étudiée, ont bénéficié d'une imagerie.

Les examens réalisés ont été distribués de la façon suivante :



(3 IRM, 3 TDM, 28 Radiographies)

Globalement, toutes lombalgies ou lombosciatiques confondues, l'examen prescrit le plus souvent est la radiographie, dans 82,35% des cas.

Analyse dans les deux sous-groupes

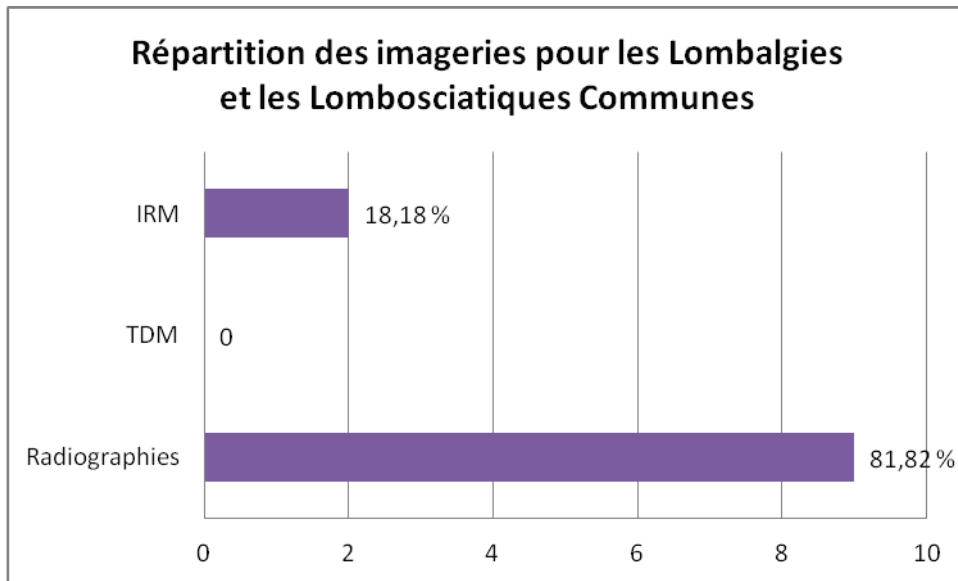
Nous avons divisé la population en deux sous-groupes. D'une part, les lombalgies et lombosciatiques communes. D'autre part, les lombalgies et lombosciatiques urgentes ou symptomatiques.

a) Sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques communes

17 patients ont présenté une lombalgie ou une lombosciatique commune.

Parmi ces patients, 11 ont eu une imagerie (soit 64,70 %).

La répartition des imageries réalisées est la suivante :



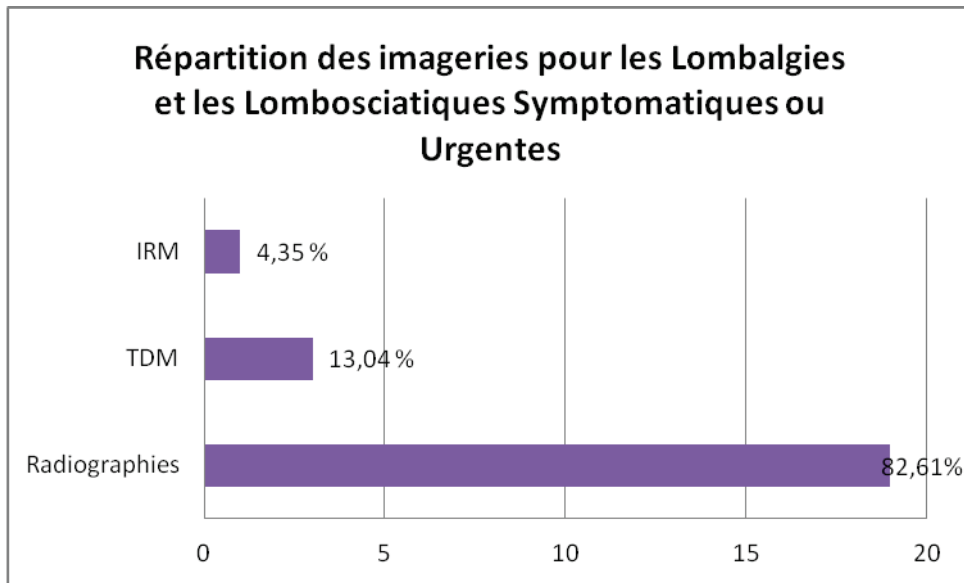
(IRM : 2, TDM : 0, Radiographies : 9)

b) Sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques urgentes ou symptomatiques

26 patients ont présenté une lombalgie ou une lombosciatique, urgente ou symptomatique.

Parmi ces patients, 23 ont eu une imagerie (soit 88,46 %).

La répartition des imageries faites est la suivante :



(IRM : 1, TDM : 3, Radiographies : 19)

Dans la population étudiée, on ne peut pas dire qu'il y ait une différence significative ($p = 0.137$) entre les 2 sous-groupes. En moyenne, le nombre d'imagerie demandée par les médecins généralistes est semblable, qu'il s'agisse d'une lombalgie ou d'une lombosciatique commune, ou bien qu'il s'agisse d'une lombalgie ou d'une lombosciatique urgente ou symptomatique.

4 - Délai de réalisation des imageries

Pour les patients qui ont eu une imagerie dans le cadre d'une lombalgie ou d'une lombosciatique de moins de 3 mois d'évolution, le délai moyen était de 18,32 jours.

Analyse dans les deux sous-groupes

a) Dans le sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques communes

Le délai moyen de réalisation d'un examen d'imagerie était de 20,75 jours.

- 20,67 jours en moyenne pour la réalisation d'une radiographie
- 21,50 jours en moyenne pour la réalisation d'une IRM

Il n'y a pas eu de TDM prescrit.

b) Dans le sous-groupe des lombalgies et lombosciatiques urgentes ou symptomatiques

Le délai moyen de réalisation d'un examen d'imagerie était de 16,79 jours.

- 16,00 jours en moyenne pour la réalisation d'une radiographie
- 14,33 jours en moyenne pour la réalisation d'un TDM
- 36,00 jours en moyenne pour la réalisation d'une IRM (une seule IRM prescrite)

DISCUSSION

L'étude a duré deux mois et concernait 43 patients âgés de 52,72 +/- 16,45 ans en moyenne. Dans une étude de 2007, réalisée dans le Val de Marne (94), dont la population concernait des hommes et des femmes de plus de 18 ans présentant une lombalgie ou une lombosciatique aiguë, adressée à un rhumatologue par leur médecin généraliste, la classe d'âge des 30-60 ans est la plus touchée : 48,8% (14% avaient moins de 30 ans et 37,2% avaient plus de 60 ans) [39]. C'est également le cas dans notre étude, où la classe d'âge des 30-60 ans représente 62,79% des patients (9,30% pour les moins de 30 ans et 27,91% pour les plus de 60 ans). Dans une méta-analyse américaine de 2010, la population la plus touchée se trouve entre 30 et 50 ans [47].

Parmi les patients dont on connaissait le sexe, 46,34 % étaient des hommes et 53,66 % étaient des femmes. Ces résultats sont comparables avec ceux de la littérature [12]. Une enquête menée à partir des données de l'enquête décennale santé 2002-2003 (INSEE) avait pour cible l'ensemble des "ménages ordinaires" résidant en France métropolitaine. L'échantillon comptait 14 248 personnes âgées de 30 à 64 ans, dont 46,9% étaient des hommes. La prévalence des lombalgies au moins 1 jour dans les 12 derniers mois étaient de 54% chez les hommes et de 57%

chez les femmes. Donc parmi les patients lombalgiques, 54,44% étaient des femmes (45,56% étaient des hommes).

La population, pour les besoins de l'étude, a été divisée en deux sous-groupes. Un sous-groupe de patients présentant une lombalgie ou une lombosciatique commune (39,53 % de la population totale). Un sous-groupe de patients présentant une lombalgie ou une lombosciatique urgente ou symptomatique (60,46 % de la population totale). Dans notre étude, la part des lombalgies/lombosciatiques communes est plus faible que celle des urgentes ou symptomatiques. Ce résultat diffère des observations faites dans la littérature. En effet, les lombalgies communes représenteraient la grande majorité des cas (90 %) de lombalgies prises en charge par les professionnels de santé [15]. Ces résultats sont surprenants et ont été un obstacle à l'analyse statistique. En effet notre échantillon de lombalgies et lombosciatiques communes s'est avéré deux fois moins important que nous l'espérions. Dans ce type d'enquête, les médecins généralistes ne se rappellent-ils pas que des cas les plus "graves" ? (biais de sélection).

1- Comparaison aux recommandations de l'ANAES

On constate dans notre étude, que 9 patients (soit 52,94 %) du sous-groupe des lombalgies ou lombosciatiques communes aiguës ont eu un examen d'imagerie avant 7 semaines d'évolution. C'est-à-dire qu'un bilan radiologique a été prescrit à ces 9 patients qui ne présentaient pas de critères de réalisation d'un bilan radiologique selon l'ANAES. 8 patients ont eu une radiographie, 1 patient a eu une IRM, aucun n'a eu de TDM.

Il existerait donc une sur-prescription d'examens radiologiques pour les lombalgies et les lombosciatiques aiguës communes.

Par ailleurs, on s'aperçoit que des patients n'ont pas eu de prescription d'examen malgré la présence de signes ANAES. Cette situation se retrouve dans 11,54 % des cas de notre étude, soit 3 patients sur 26. Il existe donc dans notre étude un défaut de prescription d'imagerie pour les lombalgies ou lombosciatiques aiguës symptomatiques. Mais cette proportion reste minime - bien que potentiellement grave sur la prise en charge du patient.

Le non respect du délai de prescription est au final plus important pour des prescriptions faites avant 7 semaines d'évolution à tort, que pour des imageries non réalisées. Le non respect total du délai concerne 12 cas dans notre étude, soit 29,27 % de la population.

On constate qu'entre les deux sous-groupes (lombalgies communes et lombalgies urgentes ou symptomatiques), la différence sur le respect des recommandations de l'ANAES est significative ($p = 0,009$). Dans les lombalgies et lombosciatiques urgentes et symptomatiques, les recommandations sur le délai de prescription sont largement plus suivies que dans le groupe des lombalgies communes.

Nous ne pouvons dans cette étude, que constater les prescriptions en excès lors d'une consultation donnée. En effet, des prescriptions inutiles peuvent être prescrites lors d'une consultation ultérieure, avant le délai des 7 semaines, mais après la fin de notre étude. Sur un échantillon plus important, il faudrait aussi faire préciser au médecin généraliste s'il s'agit de la première consultation pour ce motif.

Ces résultats vont cependant dans le même sens que ceux retrouvés dans d'autres études réalisées en France et à l'étranger dans des pays industrialisés [3, 7, 16, 17]. Dans d'autres pays, des recommandations similaires à celles de l'ANAES ont été publiées, avec des critères indiquant la nécessité de prescrire une imagerie. Ces "guidelines" qualifient ces critères de "Red Flags", et rappellent l'inutilité de prescrire une imagerie dans les lombalgies et lombosciatiques de moins de 12 semaines d'évolution s'ils sont absents [31,32]. Une étude américaine de 2009 montre que parmi 35 000 bénéficiaires de l'assurance maladie qui avaient une lombalgie aiguë sans symptôme évoquant un diagnostic d'urgence ou spécifique, environ 30% ont eu une radiographie dans les 28 jours [18], même si les

recommandations de l'American College of Physicians indiquaient une prise en charge sans imagerie pour les adultes sans facteurs de risque autre qu'un âge élevé [19, 31].

Si on s'attarde un temps soit peu sur le retentissement économique de ces pratiques, on s'aperçoit que dans notre étude, le coût des examens réalisés en excès - à la consultation donnée - est de 483,96€ [48]. Puisque 80% des patients guérissent dans les 4 à 8 semaines [11], on peut estimer qu'une économie de 386,37€ aurait pu être réalisée sur nos 17 patients souffrant de lombalgie ou lombosciatique commune aiguë.

Critères d'influence

Nous avons choisi trois critères pouvant influencer la prescription ou non d'examen d'imagerie dans les lombalgies et lombosciatiques aiguës, lorsque les recommandations n'étaient pas respectées. Ces critères sont les suivants : le type de douleur, à savoir lombalgie ou lombosciatique, le sexe du patient (homme ou femme) et l'âge du médecin.

a) Influence du type de douleur

Nous avons distingué d'une part les lombalgies, d'autre part les lombosciatiques.

Il manque cette donnée dans 3 cas dans la population totale.

Toutes lombalgies confondues, dans 4 cas (21,1%) les recommandations ANAES n'ont pas été respectées. Toutes lombosciatiques confondues, dans 8 cas (38,09%) les recommandations ANAES n'ont pas été respectées.

L'analyse de ce facteur dans la population totale montre que la différence entre les deux sous-groupes n'est pas significative ($p = 0,407$). Globalement dans les lombalgies et lombosciatiques aiguës, le type de douleur n'influencerait pas sur le non respect des recommandations ANAES.)

Puis nous avons étudié l'influence du type de douleur, sur la prescription inadéquate avant 7 semaines d'évolution, dans les douleurs communes.

* Dans le groupe des patients souffrant d'une lombalgie commune aiguë ($n = 8$) : dans 37,50 % des cas ($n = 3$) les recommandations ANAES pour le délai de prescription d'imagerie n'ont pas été respectées. Il y a eu 2 radiographies (25% des examens demandés dans ce sous-groupe), 1 IRM (12,50%) et aucun TDM.

* Dans le groupe des patients souffrant d'une lombosciatique commune aiguë : dans 75,00 % des cas ($n = 6$) les recommandations ANAES pour le délai de prescription d'imagerie n'ont pas été respectées. Il y a eu 6 radiographies (75%), pas de TDM ni d'IRM.

En raison de la taille trop faible de l'échantillon nous n'avons pas pu faire de test statistique dans ce sous-groupe.

Dans une étude américaine, il est décrit qu'en l'absence de signes inquiétants, 22% des médecins ont prescrit une radiographie du rachis lombaire pour une lombalgie aiguë, et 62% pour une lombosciatique aiguë [19, 20]. Dans une revue de la littérature américaine de 2010, il est retrouvé que quand une sciatique s'ajoute à la lombalgie - quelle soit aiguë ou chronique - les praticiens prescrivaient d'avantages d'imageries inutiles [32]. Notre propre étude conclue aux mêmes résultats.

b) Influence du sexe du patient

Il manque cette donnée dans 4 cas.

Dans l'ensemble de notre population, chez 7 hommes (36,84%) les recommandations ne sont pas respectées. Chez 5 femmes (22,73%) les recommandations ANAES ne sont pas respectées. Il n'y pas de différence significative ($p = 0,518$) entre les 2 sexes concernant le respect des recommandations ANAES. Globalement, le sexe des patients n'a pas d'influence sur le respect des recommandations à propos du délai de prescription.

Au sein des lombalgies et lombosciatiques communes aiguës, nous avons séparé les patients en deux groupes : un de sexe féminin (n = 7) un autre de sexe masculin (n = 10).

* Dans le groupe des patients de sexe féminin souffrant d'une lombalgie ou d'une lombosciatique commune aiguë : dans 42,85 % des cas (n = 3) les recommandations ANAES pour le délai de prescription d'imagerie n'ont pas été respectées.

* Dans le groupe des patients de sexe masculin souffrant d'une lombosciatique ou d'une lombalgie commune aiguë : dans 60,00 % des cas (n = 6) les recommandations ANAES pour le délai de prescription d'imagerie n'ont pas été respectées.

Il ne semble pas y avoir de différence majeure entre les 2 sexes. Un échantillon plus grand permettrait d'avoir un résultat statistiquement exploitable.

Nous n'avons pas retrouvé dans les articles de la littérature de différence majeure de mode de prescription selon le sexe du patients.

c) Influence de l'âge du médecin prescripteur

L'âge du médecin est une donnée qui manque dans 7 cas.

Dans 26 cas, les médecins généralistes n'ont pas respecté les recommandations ANAES. Leur moyenne d'âge est de 56,88 +/- 9,57 ans. Dans 10 cas les médecins ont respecté les recommandations et leur moyenne d'âge est de 53,10 +/- 9,16 ans.

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative ($p = 0,290$) d'âge entre les médecins qui ne respectent pas les recommandations et ceux qui les ont respecté à la consultation donnée.

Parmi les lombalgies et les lombosciatiques communes, la moyenne d'âge des médecins qui n'ont pas respecté les recommandations ANAES est de 52,86 +/- 7,49 ans. Les médecins qui ont respecté le bon délai de prescription à la consultation donnée ont en moyenne 52,71 +/- 8,18 ans. On peut observer qu'il n'y pas de différence d'âge entre les médecins généralistes qui ont respecté le délai de prescription et ceux qui ne l'ont pas respecté.

On conclue dans notre étude que l'âge du médecin ne serait pas un facteur qui influencerait sur le respect ou non du délai de prescription d'imagerie. (Analyse avec test statistique non réalisable compte tenu de la taille trop faible de l'échantillon.)

2- Pertinence de l'examen selon le contexte : comparaison au guide de bon usage des examens d'imagerie médicale de la Société Française de Radiologie et de l'HAS [5] et les recommandations de l'ANAES [4].

Nous avons rappelé dans les chapitres correspondant les détails de ces recommandations et bonnes pratiques. Nous nous proposons de les comparer aux résultats de notre étude.

Malheureusement, les dernières recommandations de l'HAS éditées par la Société Française de Radiologie ne sont pas très claires sur le type d'examen à réaliser pour les lombalgies et lombosciatiques aiguës. Elles rappellent l'inutilité de toute imagerie dans le cas des lombalgies et lombosciatique aiguës communes durant les premières semaines. Pour les lombalgies et les lombosciatiques Urgentes ou Symptomatiques, les recommandations de 2013 sous-entendent qu'il est possible de réaliser un bilan radiologique simple en première intention, mais que celui-ci devra être complété par une IRM, ou à défaut un TDM si les conclusions sur la radiographie standard ne sont pas satisfaisantes. Hormis pour le tassement ostéoporotique, où un diagnostique de certitude peut être fait sur une radiographie simple. Nous avons cependant estimé que les critères suivants : fièvre associée à une lombalgie ou une lombosciatique évoquant une spondylodiscite relevait de l'urgence et devait bénéficier d'une IRM le jour même de la consultation. De même la présence d'un syndrome de la queue de cheval et la présence d'un déficit moteur doivent conduire à la prescription d'une IRM le jour même de la consultation,

même si un bilan radiologique simple est nécessaire pour une intervention chirurgicale éventuelle [5, 43, 45].

Dans notre étude :

Si on considère les patients qui ont bénéficié d'un examen radiologique correspondant aux recommandations ANAES. C'est à dire ceux qui avaient une lombalgie ou une lombosciatique aiguë urgente ou symptomatique, et ceux qui avaient une lombalgie ou lombosciatique commune de plus de 7 semaines d'évolution.

Parmi les lombalgies et les lombosciatiques urgentes ou symptomatiques qui ont eu un examen d'imagerie :

- 3 avaient un diagnostic d'urgence : 1 déficit moteur, 2 syndromes de la queue de cheval.
- 23 avaient un diagnostic de lombalgie ou lombosciatique symptomatique.

Parmi les lombalgies et les lombosciatiques communes : 2 cas ont eu un examen d'imagerie.

Type d'examen réalisé :

Dans les diagnostics d'urgence : 1 IRM a été prescrite en 1ère intention (déficit moteur), 2 radiographies standards ont été prescrites (syndromes de la queue de cheval)

Dans les diagnostics de lombalgies et lombosciatiques symptomatiques : 17 radiographies ont été prescrites, 1 IRM (recrudescence nocturne des douleurs) , 2 TDM (traumatisme et hyperalgie résistant aux opiacés).

Pour les lombalgies communes, les examens prescrits au delà de 7 semaines d'évolution sont une radiographie standard dans un cas et une IRM dans l'autre.

On peut tirer comme informations de ces résultats que dans 6 cas, l'examen d'imagerie demandé n'est pas adapté. Il aurait été préférable de demander une IRM pour les 2 syndromes de la queue de cheval qui ont eu une radiographie standard et de demander dans un premier temps une radiographie simple du rachis pour un traumatisme, une recrudescence nocturne des douleurs et une hyperalgie résistant aux opiacés. Par ailleurs, pour la lombalgie commune au delà de 7 semaines d'évolution qui a bénéficié d'une IRM, il aurait été préférable de demander une radiographie standard.

On peut dire que sur les 28 cas, 22 ont eu un examen adapté à leur clinique, soit 78,57%.

3- La justification des prescriptions par les médecins généralistes : question ouverte

Dans le questionnaire envoyé aux médecins généralistes, nous avons choisi de leur poser la question suivante : « Pourquoi prescrivez-vous cet examen ? ».

Nous avons essayé de rechercher certains éléments qui pourraient expliquer l'écart entre les recommandations ANAES et la pratique des médecins généralistes.

Dans notre étude, tous les médecins généralistes qui ont prescrit un examen d'imagerie ont répondu à la question. A chaque fois, il s'agissait d'une justification d'ordre scientifique. Le médecin a toujours justifié sa prescription pour rechercher une réponse organique à la douleur. Aucun n'a parlé de l'influence psychique du patient : ses angoisses, son insistance... Il n'a pas été évoqué non plus l'influence psychique du médecin face à son patient : ses propres angoisses, son vécu, ne pas décevoir son patient...

Pourtant, dans plusieurs études ces facteurs ont été retrouvés [41]. En effet les patients souhaitent une imagerie précoce, souvent la demandent, pour avoir une preuve visuelle. Dans une étude britannique, le groupe avec radiographie immédiate était plus satisfait malgré des résultats cliniques plutôt moins bons [21]. Pour les praticiens qui sont attachés à la satisfaction de leurs patients, ou qui peuvent craindre les risques médico-légaux, la pression pour prescrire un examen d'imagerie - bien que les recommandations indiquent de ne pas en prescrire - peut être considérable. Dans une enquête réalisée auprès de médecins américains, 36 %

ont dit qu'ils prescrivaient une IRM pour un premier épisode de lombalgie aiguë (2 jours) si le patient était insistant, même après lui avoir expliqué l'inutilité de l'examen. Ainsi, les attentes et les croyances des patients concernant les examens de hautes technologies peuvent entraver les efforts entrepris pour une utilisation adéquate et économiquement responsable de l'imagerie [21].

Il paraît donc nécessaire de mettre l'accent sur l'éducation des patients. Dans un essai comparant radiographie immédiate et absence de radiographie, mais avec information soigneusement argumentée au cabinet du médecin ou en dehors, on montre une satisfaction équivalente des patients. Une autre étude a montré que l'information du public sur la valeur limitée de l'imagerie a réduit la pression sur le médecin, et que ce bénéfice a persisté pendant 4 ans [22, 23]. Des actions en direction de la population ont été tentées. Une action spécifique d'information dans un état australien vs un état témoin, a montré le bénéfice sur les croyances du public, en particulier sur l'inutilité de l'imagerie à la phase initiale [23, 24]. Cette étude de 2001 a comparé l'amélioration de la prise en charge des lombalgies aiguës entre l'état de Victoria qui a bénéficié d'une campagne d'information multimédia pendant un an, et un état témoins (New South Wales). L'enquête a été réalisée par appel téléphonique auprès de la population et par courrier auprès des médecins généralistes. L'évaluation a été faite avant, pendant et après la campagne d'information, sur 4730 personnes de la population générale et sur 2556 médecins généralistes. On a constaté une amélioration significative concernant les croyances et les craintes des patients dans l'état de Victoria, et les médecins généralistes ont

décrit une amélioration significative de la prise en charge des lombalgies par rapport à leurs collègues du New South Wales (dans 70% des cas) [49]. On pourrait envisager de promouvoir l'information aux patients en distribuant des documents écrits sur les recommandations à titre informatif en cabinet de médecine générale et organiser des Formations Médicales Continues sur l'importance de la communication et de l'information des médecins généralistes aux patients.

La pratique généraliste est largement centrée sur le patient, avec toujours le soucis de ne pas contrarier les attentes du patient, de maintenir une bonne relation avec lui [23]. Cela peut expliquer les problèmes rencontrés pour l'abstention d'examens radiologiques, au delà de la méconnaissance des recommandations.

Dans notre étude, sans avoir orienté la question sur une réponse d'ordre psychologique pour justifier la prescription, aucun médecin n'a répondu en ce sens. Aux vues des études précédemment citées, il paraît très probable que ce soit pourtant le cas. Mais reconnaître qu'on prescrit tout en ayant conscience de l'inutilité de sa demande n'est certainement pas aisé. Il serait intéressant de rechercher et d'identifier dans une étude ultérieure, les facteurs d'influence au sein de la relation médecin/patient qui sont responsables de ce défaut de communication entraînant la prescription excessive d'imageries. Ces manquements inhérents à la relation médecin-patient, s'inscrivent probablement comme nous l'avons dit, dans une communication qui a ses failles. Ils appartiennent pour une part au médecin, pour une autre au patient. L'inquiétude des patients fondées sur des croyances qui leurs sont propres les amènent à demander une preuve visuelle de leur souffrance.

Ce manque de réassurance, d'informations, d'explications, peuvent engendrer ce type de réaction de la part des patients [46]. Une analyse de l'écoute du médecin, de sa disponibilité, du temps de la consultation pourrait mettre en exergue des faiblesses sur ces notions pourtant primordiales de la médecine générale. Toute bonne pratique relève également de la confiance. La confiance entre le médecin et son patient peut aussi être mise à mal par le ressenti du patient dans des domaines intrinsèques au médecin comme son âge, le manque d'assurance de son apparence. Elle peut également dépendre de l'ancienneté de la relation médecin-malade. Les résultats d'un tel travail permettrait par la suite une meilleure formation du praticien, d'assurer une meilleure communication avec son patient et une amélioration des prises en charge diagnostiques, en l'occurrence sur la prescription d'imageries dans les lombalgies et les lombosciatiques aiguës communes.

CONCLUSION

Cette étude se voulait au maximum représentative de la pratique des médecins généralistes sur la prescription d'imagerie dans les lombalgies et les lombosciatiques aiguës. Malgré cela, notre étude porte sur des effectifs faibles. Cela nous donne une idée de ce que peut être la pratique en ville mais rend difficile une extrapolation à la France entière.

Les recommandations de l'ANAES sur le délai de prescription ne sont pas bien respectées au sein de notre population, surtout dans les lombalgies et lombosciatiques communes ($p = 0,009$). Plus de la moitié des patients (52,94 %) qui n'avaient pas de critères de prescription d'examen d'imagerie ont eu une imagerie avant 7 semaines d'évolution. Une petite proportion de patients qui auraient du avoir un examen n'en a pas eu (11,54%). Les médecins généralistes ont tendance à prescrire autant d'examen, que leurs patients présentent une lombalgie/lombosciatique commune ou bien urgente/symptomatique ($p = 0,137$).

Sur les 3 critères que nous avons étudié, seul le type de douleur semble avoir une influence sur la prescription d'imagerie en excès lorsqu'il s'agit d'une

lombalgie/lombosciatique commune de moins de 7 semaines d'évolution. Les erreurs sont d'avantage présentes pour les lombosciatiques.

Concernant le type d'examen réalisé, l'imagerie prescrite apparaît plutôt adaptée au contexte.

Sur la justification de la prescription d'imagerie, la réponse a systématiquement évoqué la recherche d'un diagnostic. Pourtant, la littérature nous prouve que beaucoup d'examen d'imagerie sont prescrits inutilement sur la forte demande du patient.

Au final, on s'aperçoit que les recommandations HAS - essentiellement sur le délai de prescription d'imagerie - pour les lombalgies/lombosciatiques aiguës communes ne sont que partiellement respectées. Les lombalgies et les lombosciatiques restent encore un vrai enjeu de santé publique.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

ANNEXES

ANNEXE 1: Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Votre âge : _____

Définition: La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier, la lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie L5 ou S1.

Votre patient présente-t-il :

| | |
|--------------------|--|
| Une lombosciatique | |
| Une lombalgie | |

Son âge : _____ ans

Son sexe : M / F

Date de début des signes : __/__/__

Votre patient présente-t-il les signes suivants :

| | OUI | NON |
|----------------------------------------------------------|-----|-----|
| Traumatisme | | |
| Traitement corticoïdes | | |
| Perte de poids récente | | |
| Antécédent tumoral | | |
| Echec du traitement symptomatique à partir de 4 semaines | | |
| Syndrome inflammatoire biologique | | |
| Fièvre | | |
| Recrudescence nocturne des douleurs | | |
| Immunodépression | | |
| Infection urinaire | | |
| Prise de drogue IV | | |

| | | |
|-----------------------------------------|--|--|
| Hyperalgie résistant aux opiacés | | |
| Paralysie (déficit moteur d'emblé < 3)* | | |
| Syndrome de la Queue de Cheval | | |
| Manipulation ou infiltration prévue | | |

Prescrivez-vous une radiologie standard :

| | |
|-----|-----|
| OUI | NON |
| | |

Si oui, date de prescription : ___/___/___

Pourquoi prescrivez-vous cet examen :

Prescrivez-vous un TDM :

| | |
|-----|-----|
| OUI | NON |
| | |

Si oui, date de prescription : ___/___/___

Pourquoi prescrivez-vous cet examen :

Prescrivez-vous une IRM :

| | |
|-----|-----|
| OUI | NON |
| | |

Si oui, date de prescription : ___/___/___

Pourquoi prescrivez-vous cet examen :

BIBLIOGRAPHIE

1 - Direction Générale de la Santé : rapport GTNDO (Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique). 2003 : 571-578

2 - Benhamou M, Brondel M, Sanchez K, Poiraudéau S. Lombalgies. *Encycl. Med. Chir.* 2012 ; 7 (3) : 1-6

3 - Balaqué F, Dubler J. Place de l'imagerie dans la douleur lombaire : limites et réflexions. *Revue médicale Suisse.* 2013 ; 9 : 1351-1359

4 - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et des lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution. ANAES Edit. Février 2000

5 - Société française de radiologie, Société française de médecine nucléaire, Haute autorité de santé, Autorité de sûreté nucléaire. Guide du bon usage des examens d'imagerie. Lombalgies aiguës. Société française de radiologie, Société française de médecine nucléaire Edit. Juillet 2013

6 - Jound A, Petterson IF, Englund M. Low back pain : epidemiology of consultations. *Arthritis Care Res.* 2012 ; 64 : 1084-1088

7 - Valat JP, Valat V, Dropsy R. Lumbago et lombosciatiques récents vus en médecine générale : caractéristiques et pratiques thérapeutiques. *Rhumatologie.* 1996 ; 48 (7) : 215-223

8 - Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudéau S. Effect of a simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain : a non-randomized trial in a primary care setting. *Plos-one.* 2007 ; 2 : 1-9

9 - Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin B. Overtreating chronic back pain : time to back off ? *J. Am. Board Fam Med.* 2009 ; 22 : 62-68

- 10 - Lombeek LC, Van Tulder MW, Swinkels IC et al. The trend in total cost of back pain in the Netherland in the period 2002 to 2007. *Spine*. 2011 ; 36 : 1050-1058
- 11 - Legrand E et al. La sciatique par hernie discale : traitement conservateur ou traitement radical ? *Revue du rhumatisme*. 2007 ; 74 : 927-932
- 12 - Gourmelen J, Chastang JF, Lanoë JL, Ozguler A, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. *Anales de réadaptation et de médecine physique*. Novembre 2007 : 633-639
- 13 - Balague F, Mannion AF, Pellisse F, Cedraschi C. Clinical update : low back pain. *Lancet*. 2007 ; 369 : 726-728
- 14 - Coudeyre E, Ratinaud MC. Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité. *Revue du rhumatisme*. 2011 ; 78 : 52-55
- 15 - Rosenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Revue du rhumatisme*. Novembre 2012; 79 : 27-31
- 16 - Howcade S, Treves R. Etude rétrospective concernant le scanner lombaire dans les lombalgies et lombosciatiques dans le département de la Haute-Vienne, à propose de 132 cas. *Revue du rhumatisme*. Décembre 2002 ; 69 : 1226-12234
- 17 - Urbain S. Etude sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et des lombosciatiques aiguës communes par les médecins généralistes. Thèse de médecine. 2003
- 18 - Pham HH, Landon BE, Rechkovsky JD, Wu B, Schrey D. Rapidity and modality of imaging for acute low back pain in elderly patients. *Arch Intern Med*. 2009 ; 169 : 972-981
- 19 - Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Physicians' initial management of acute low back pain versus evidence-based guidelines. Influence of sciatica. *J Gen Intern Med*. 2005 ; 20 : 1132-1135
- 20 - Webster BS, Courtney TK, HUang YH, Martz S, Christiani DC. Imaging for low back pain : Advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2011 ; 154 : 181-189

- 21 - Deyo RA. Imaging idolatry. Arch Intern Med. 2009 ; 169 : 921-923
- 22 - Kochen Mm et al. Imaging for low back pain. Lancet. 2009; 374 : 436-437
- 23 - Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Lombalgies aiguës : données actualisées 2011. Ecouter, informer, calmer la douleur. Bibliomed. 2011 : 30-36 (www.unaformec.org)
- 24 - Buchblinder R, Jolley D Wyatt M. Population based intervention to change back pain belief and disability ; three part evaluation. BMJ. 2011 ; 322 : 1516-1520
- 25 - Osteaux M, Stadnik T. Le bon choix des investigations en imagerie médicale, le point de vue du radiologue, applications aux lombosciatiques. Revue médicale de Bruxelles. 1995 ; 16 (4) : 335-340
- 26 - Pasche O, Staeger P, Cornuz J, De Goumoens P. La lombalgie aiguë en médecine de premier recours. Revue médicale Suisse. 2011; 319 : 2242-2243
- 27 - Valat JP, Rosenberg S, Bellaïche L. Lombalgies. Critères cliniques et d'imagerie. Revue du rhumatisme. Avril 2010 ; 77 : 158-166
- 28 - Cotten A, Ludig T, Blum A. Imagerie du rachis lombaire. Journal de radiologie. Septembre 2002 ; 83 :1149-1159
- 29 - Bellaïche L, Enkanoua E. Choix de l'imagerie dans la lombosciatique commune. Revue du rhumatisme. Janvier 2004 ; 71 (54) : 77-84
- 30 - Maty M. Plaidoyer contre l'imagerie précoce des lombosciatiques communes. Revue du rhumatisme. Janvier 2004 ; 71: 93-95
- 31 - Chou R, Qoueem A, Owens DK, Shekelle P. Diagnostic imaging for low back pain : advice for high-value health care from the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine ; February 2011 ; 154 (3) : 181-189
- 32 - Scott NA, Moga C, Marshall C. Managing low back pain in the primary care setting : the know do gap. Pain Res Manag. Nov-Dec 2010 ; 15 (6) : 392-400
- 33 - Mazzola O, Motamed S. Imaging indication for low back pain in the adult population. Revue médicale Suisse. Septembre 2013 ; 9 : 1732-6

- 34 - Ollingworth W, Todol CJ, King H, et al. Primary care referrals for lumbar spine radiography : diagnostic yield and clinical guidelines. Br J Gen Pract. Jun 2002 ; 52 : 475-480
- 35 - Hoffman TC, Del Mar CB, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management : implications for evidence uptake. BMC Family Practice. 2013 ; 14 : 7
- 36 - Cherin P, De Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine Longévité. 2011 ; 3 : 137-149
- 37 - Fassier JB. Prévalence, coût et enjeux sociétaux de la lombalgie. Revue du rhumatisme. 2011 ; 78 : 38-41
- 38 - Collectif. Lombalgies et lombosciatiques aigües. Médecins et patients face aux recommandations. Bibiomed. 2011 : 211
- 39 - Breil D. Respects des recommandations de l'ANAES, en médecine générale, dans la prescription des examens complémentaires des lombosciatiques de moins de 3 mois d'évolution. Thèse de médecine générale. 2007
- 40 - Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low back pain : systemic review and meta-analysis. Lancet. 2009 ; 373 : 463-472
- 41 - Balagué F, Cedraschi C. Radiological examination in low back pain patients : Anxiety of the patient ? Anxiety of the therapist ? Joint Bone Spine. 2006 ; 73 : 508-513
- 42 - Nachenson AI. The lumbar spine : an orthopedic challenge. Spine. 1976 ; 1 : 59-71
- 43 - Pereira Miozzari AC, Genevay S. Lombalgie aigüe. HU-DMCPRU. Juin 2013 : 1-12
- 44 - Collectif. Résultats inattendus après examen d'imagerie. Qu'en penser ? Bibiomed. 1999 : 158 (www.unaformec.org)

45 - Legrand E, Massin P, Levasseur R, Hoppé E, Choppard D, Audrieu M. Stratégie diagnostiques et principes thérapeutiques au cours des spondylodiscites infectieuses bactériennes. Revue du rhumatisme. Avril 2006. 73 (4) : 373-379

46 - Moreau A, Dedianne MC, Labarere J, Terra JL. Attente et perception de la qualité de la relation entre médecins et patients. La revue du praticien. 2004. 674 : 1495-1498

47 - Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain ? JAMA. 2010 ; 303 (13) : 1295-1302

48 - www.amelie.fr site de l'assurance maladie

49 - Buchbinder and al. Effet of the media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. Spine. December 2001 ; 2 (23) : 2535-2542

RESUME

Les lombalgies aiguës sont un motif de consultation très fréquent en médecine générale et les prescriptions d'examen radiologique qui en découlent représentent un coût considérable.

Nous avons analysé dans notre étude le respect des recommandations validées par l'HAS sur la prescription d'imagerie. La population a été divisée en 2 sous-groupes : lombalgies/lombosciatiques communes et lombalgies/lombosciatiques urgentes/symptomatiques.

L'étude a inclus 43 patients, de moyenne d'âge de 52,72 +/- 25,84 ans, dont 53,66% étaient des femmes. Le sous-groupe des lombalgies/lombosciatiques communes comprenait 39,53% des patients. Dans ce sous-groupe, 64,70% des patients ont eu une imagerie, et elles étaient non justifiées dans 52,94% des cas. La présence d'une lombosciatique a entraîné davantage d'erreur. Le sexe du patient et l'âge du médecin n'ont pas eu de conséquence. Le sous-groupe des lombalgies/lombosciatiques urgentes/symptomatiques comprenait 60,45% des patients. Dans ce groupe il y a eu 11,54% d'erreur sur le respect du délai de prescription. Il existe une différence significative ($p = 0,009$) sur le respect des recommandations entre les 2 sous-groupes. Le type d'examen réalisé est en moyenne adapté. La justification des médecins généralistes sur leur prescription est unanime pour la recherche d'un diagnostic. Cette réponse peut être discutée avec

les résultats d'autres études qui évoquent la demande insistante du patient pour avoir un examen d'imagerie.

Il existe donc un excès d'imagerie dans les lombalgies/lombosciatiques aiguës communes avant 7 semaines d'évolution. La différence du nombre de prescriptions dans les 2 groupes n'est pas significative ($p = 0,137$) mais la différence de respect des recommandations ANAES l'est. La prise en charge des lombalgies et des lombosciatiques reste un vrai enjeu de santé publique.