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 : Septembre 2022

Choisir avec soin MC

1 Ne demandez pas de culture d'urine pour les personnes ayant une vessie neurogène et ne traitez pas leur bactériurie en l'absence de signes ou de symptômes d'infection urinaire.

Les patients souffrant de lésions médullaires et d'autres troubles à l'origine d'une vessie neurogène sont plus à risque de développer des complications associées à une infection urinaire, d'où le potentiel de surprescription d'examens et de traitements. D'ailleurs, plusieurs études de grande qualité ont montré que le dépistage et le traitement d'une bactériurie asymptomatique (à l'exclusion des cas de grossesse et d'interventions urologiques) augmentent le risque de résistance microbienne et d'apparition d'une infection urinaire symptomatique. Les professionnels de la santé devraient demander une culture d'urine lorsqu'ils voient des signes et des symptômes d'infection urinaire, et traiter les cas d'infection urinaire suspectés seulement en présence d'une bactériurie avérée accompagnée de signes ou de symptômes.

2 Ne recommandez pas une période de repos physique et cognitif prolongée (au-delà de 24 à 48 heures) avant d'encourager les patients ayant subi une commotion cérébrale (traumatisme crânien léger) à reprendre graduellement leurs activités.

Il n'y a pas suffisamment de données probantes qui indiquent qu'une période obligatoire de repos physique et cognitif après une commotion cérébrale (traumatisme crânien léger) atténue les symptômes de commotion ou favorise le rétablissement. Il convient plutôt de conseiller aux patients de reprendre leurs activités normales après une brève période de repos, en fonction de leur tolérance. Les athlètes ayant subi une commotion cérébrale devraient retourner à la compétition de façon graduelle.

3 N'optez pas pour le traitement de la douleur non cancéreuse par analgésique opioïde avant d'avoir essayé toutes les options d'agents non opioïdes et de traitements non pharmacologiques.

Les données probantes sont insuffisantes pour démontrer que le traitement de la douleur chronique par opioïdes soulage les symptômes ou améliore les capacités fonctionnelles. À l'inverse, l'utilisation d'opioïdes est plutôt associée à des effets secondaires et comporte des risques importants, comme la dépendance et l'intoxication. Le traitement par opioïde de la douleur chronique non cancéreuse ne devrait être instauré qu'après épuisement des autres options. En cas de recours aux opioïdes, on recommande aux médecins prescripteurs d'augmenter la dose avec discernement, le but étant de stabiliser l'état du patient avec la dose efficace la plus faible qui lui permettra d'atteindre ses objectifs de traitement. De plus, l'utilisation d'opioïdes devrait être interrompue lorsque les objectifs cliniques importants comme la réduction de la douleur ou l'amélioration fonctionnelle ne sont pas atteints.

4 Ne demandez pas de test d'imagerie diagnostique pour une lombalgie en l'absence de signes ou de symptômes alarmants.

La plupart des patients qui souffrent d'une lombalgie aiguë et ne présentent pas de signaux alarmants voient leur état s'améliorer et n'ont pas besoin de test d'imagerie diagnostique. Il convient de faire suivre à ces patients un traitement conservateur d'au moins quatre à six semaines. Les signaux d'alarme associés à la lombalgie comprennent entre autres un déficit neurologique grave ou progressif, le syndrome de la queue de cheval ainsi que la présence suspectée d'un cancer, d'une infection, d'une fracture de compression, d'un abcès épidural ou d'un hématome.

5 Ne demandez pas d'injections répétées sans avoir évalué la réponse de la personne aux injections précédentes.

Le traitement de la douleur peut comprendre des injections à l'intérieur ou autour des articulations, des bourses, des nerfs et des tendons, avec ou sans guidage à l'aide de modalités d'imagerie telles que la fluoroscopie ou l'échographie. Les risques et les effets secondaires associés à ces interventions, bien que peu fréquents, peuvent être graves. Une injection devrait être répétée seulement si les injections précédentes ont manifestement permis l'atteinte d'objectifs comme la réduction de la douleur ou l'amélioration des capacités fonctionnelles.

6 Ne recommandez pas le dégagement du canal carpien sans des études électrodiagnostiques ou une échographie qui confirment le diagnostic de 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. Plus récemment, on a établi que l'échographie constitue aussi un test fiable pour le diagnostic du syndrome du canal carpien. Utilisés conjointement, les tests cliniques et les examens diagnostiques connexes (comme les études électrodiagnostiques ou l'échographie) permettent de mieux prédire le résultat chirurgical que lorsqu'ils sont employés isolément. Le traitement chirurgical du syndrome du canal carpien est généralement réservé aux patients pour qui les traitements conservateurs, comme le port adéquat d'une attelle, s'avèrent inefficaces.

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. Craven BC, Alavinia SM, Gajewski JB, et al. Conception and development of Urinary Tract Infection indicators to advance the quality of spinal cord injury rehabilitation: SCI-High Project. J Spinal Cord Med. 2019 Oct;42(sup1):205-214. PMID: 31573440.
   Kavanagh A, Baverstock R, Campeau L, et al. Canadian Urological Association guideline: Diagnosis, management, and surveillance of neurogenic lower urinary tract dysfunction - Executive summary. Can Urol Assoc J. 2019;13(6):156-165. PMID: 30763235.

2. McCrory P, Meeuwisse W, Dvorák J, et al. Consensus statement on concussion in sport-the 5th international conference on concussion in sport held in Berlin, October 2016. Br J Sports Med. 2017 Jun;51(11):838-847. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28446457.
   Marshall S, Bayley M, McCullagh S, et al. Guideline for Concussion/Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms: 3rd Edition (for Adults 18+ years of age). Toronto, ON: Ontario Neurotrauma Foundation, 2018.

3. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ. 2017 May 8;189(18):E659-E666. PMID: 28483845.
   Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. 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. 2015 Feb 17;162(4):276-86. PMID: 25581257.
   Health Quality Ontario. Opioid Prescribing for Chronic Pain [Internet]. 2018 [cited 2022 June 1].

4. Canadian Association of Radiologists. 2012 CAR Diagnostic Imaging Referral Guidelines [Internet]. 2012 [cited 2022 June 1].
   Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009 Feb 7;373(9662):463-72. PMID: 19200918.

5. Health Quality Ontario. Chronic Pain: Care for Adults, Adolescents, and Children (Updated Draft) [Internet]. 2018 [cited 2022 June 2].

6. Cartwright MS, Hobson-Webb LD, Boon AJ, et al. Evidence-based guideline: neuromuscular ultrasound for the diagnosis of carpal tunnel syndrome. Muscle Nerve. 2012 Aug;46(2):287-93. PMID: 22806381.
   Basiri K, et al. 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.

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.

CAPM&R
Canadian Association of Physical Medicine & Rehabilitation
Association canadienne de médecine physique et de réadaptation

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 | @ChooseWiselyCA | /choisiravecsoin