

Neurologie

Les sept interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société Canadienne de Neurologie

Dernière mise à jour : décembre 2019



1 Ne demandez pas d'emblée une imagerie cérébrale après un épisode convulsif chez les patients épileptiques connus.

En général, on soumet les patients épileptiques à une épreuve d'imagerie cérébrale au moment du diagnostic, afin de trouver une origine structurale aux convulsions. Chez ces patients, on ne trouve pas fréquemment de nouvelles anomalies structurales. La neuro-imagerie peut être envisagée chez les patients épileptiques de longue date qui n'ont encore jamais subi de telles épreuves ou chez ceux qui sont candidats à la neurochirurgie pour des convulsions réfractaires au traitement médicamenteux.

2 Ne traitez pas les femmes fertiles avec de l'acide valproïque si d'autres traitements efficaces sont disponibles.

L'acide valproïque est tératogène pour le fœtus et il est à éviter. L'acide valproïque accroît le risque de faible QI et de malformations congénitales majeures, y compris des anomalies du tube neural et des anomalies cardiovasculaires. Si un traitement à l'acide valproïque est jugé approprié, il faut sensibiliser les patientes à la contraception et aux risques associés à la conception. En ce cas, il faut utiliser la dose efficace la plus faible.

3 Ne choisissez pas les opioïdes ou les cannabinoïdes en traitement de première intention pour la douleur neuropathique.

Les données sont peu probantes ou concluantes en ce qui concerne l'efficacité des opioïdes et des cannabinoïdes pour le traitement de la douleur neuropathique. Les risques associés sont bien documentés et incluent : les nausées, la somnolence, la perte de capacité, la dépendance et l'abus. La perte de capacité peut s'accompagner d'autres risques comme le piètre jugement au travail ou au volant. Les opioïdes comportent un risque additionnel de ralentissement de la fonction respiratoire et de décès par surdose. La douleur neuropathique peut être traitée efficacement à l'aide d'autres agents efficaces avec un profil d'effets secondaires moins nocifs et mieux tolérés que les opioïdes et les cannabinoïdes.

4 Ne demandez pas d'épreuves de neuro-imagerie ou d'EEG chez des patients asymptomatiques qui consultent à l'urgence pour syncope et dont l'examen neurologique est normal.

La syncope accompagnée de convulsions est très courante et les patients se présentent souvent à l'urgence. Si l'examen est normal, la syncope typique requiert une investigation minimale. La neuro-imagerie et l'EEG n'aideront à déterminer ni l'étiologie ni la prise en charge de la syncope typique en l'absence de signes ou symptômes neurologiques focaux à l'examen.

5 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 à l'urgence pour un traumatisme crânien mineur. On parle de traumatisme crânien mineur en présence des critères suivants : score de Glasgow de 13 à 15, associé à une perte de conscience observée, présence d'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 une hospitalisation ou une chirurgie. Une tomodensitométrie (TDM) de la tête aux patients dans ce contexte expose inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître le risque de développer un cancer au cours de la vie. Cette pratique augmente également la durée des séjours hospitaliers et le risque de mauvais diagnostic. Selon de solides données probantes, les médecins ne devraient pas demander de TDM de la tête pour les patients ayant subi un traumatisme crânien mineur, à moins d'avis contraire ou de règles de décision clinique validées à l'appui (par exemple la règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête [Canadian CT Head Rule] pour les adultes ou la règle CATCH ou 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.

6**Ne demandez pas d'épreuves de neuro-imagerie ou d'EEG chez des patients asymptomatiques qui consultent à l'urgence pour syncope et dont l'examen neurologique est normal.**

La syncope accompagnée de convulsions est très courante et les patients se présentent souvent à l'urgence. Si l'examen est normal, la syncope typique requiert une investigation minimale. La neuro-imagerie et l'EEG n'aideront à déterminer ni l'étiologie ni la prise en charge de la syncope typique en l'absence de signes ou symptômes neurologiques focaux à l'examen.

7**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 à l'urgence pour un traumatisme crânien mineur. On parle de traumatisme crânien mineur en présence des critères suivants : score de Glasgow de 13 à 15, associé à une perte de conscience observée, présence d'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 une hospitalisation ou une chirurgie. Une tomodensitométrie (TDM) de la tête aux patients dans ce contexte expose inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître le risque de développer un cancer au cours de la vie. Cette pratique augmente également la durée des séjours hospitaliers et le risque de mauvais diagnostic. Selon de solides données probantes, les médecins ne devraient pas demander de TDM de la tête pour les patients ayant subi un traumatisme crânien mineur, à moins d'avis contraire ou de règles de décision clinique validées à l'appui (par exemple la règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête [Canadian CT Head Rule] pour les adultes ou la règle CATCH ou 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.

Comment la liste a été établie

La Société Canadienne de Neurologie (SCN) a mis sur pied un groupe de travail Choisir avec soin en août 2018. Le groupe a évalué la pertinence pour la neurologie canadienne des recommandations formulées par l'American Board of Internal Medicine Choosing Wisely en neurologie, de même que celles de l'American Epilepsy Society, de l'American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine, de l'American Academy of Nursing, de l'American College of Emergency Physicians, de l'American Geriatrics Society, de l'American Academy of Neurology et de l'American Academy of Pediatrics. Dix recommandations potentielles ont d'abord été sélectionnées et envoyées aux membres de la SCN dans un sondage de classification ordinaire à partir duquel on a dégagé une liste des sept principales. Les recommandations ont été présentées et favorablement accueillies lors du Congrès national de la Fédération des sciences neurologiques du Canada en juin 2019. La liste a été transmise à Choisir avec soin pour examen et finalisation.

Sources

- Cendes F et coll. Neuroimaging of epilepsy. Handbook of Clinical Neurology, 2016; vol. 136 : p. 985-1014. [PMID : 27430454](#).
Commission on Neuroimaging of the International League Against Epilepsy. Recommendations for neuroimaging of patients with epilepsy. Epilepsia, nov. 1997; vol. 38, n° 11 : p. 1255-1256. [PMID : 9579930](#).
Groupe de travail sur la mise en œuvre des soins relatifs à l'épilepsie. [Provincial Guidelines for the Management of Epilepsy in Adults and Children](#). Critical Care Services Ontario. Janvier 2015.
Harden CL et coll. Reassessment: Neuroimaging in the emergency patient presenting with seizure (an evidence-based review). Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology, le 30 oct. 2007; vol. 69, n° 18 : p. 1772-1780. [PMID : 17967993](#).
Lapalme-Remis S et Cascino GD. Imaging for Adults with Seizures and Epilepsy. Continuum (Minneapolis Minn), oct. 2016; vol. 22, n° 5, Neuroimaging : p. 1451-1479. [PMID : 27740984](#).
- Bansal R et coll. [Maternal and neonatal complications during pregnancy in women with epilepsy](#). International Journal of Epilepsy, juillet 2016; vol. 3, n° 2 : p. 80-85.
Campbell E et coll. Malformation risks of antiepileptic drug monotherapies in pregnancy: updated results from the UK and Ireland Epilepsy and Pregnancy Registers. J Neurol Neurosurg Psychiatry, sept. 2014; vol. 85, n° 9: p. 1029-1034. [PMID : 24444855](#).
Hernández-Díaz S et coll. for the North American AED Pregnancy Registry. Comparative safety of antiepileptic drugs during pregnancy. Neurology, mai 2012; vol. 78, n° 21 : p. 1692-1699. [PMID : 22551726](#).
Voinescu PE et Pennell PB. Management of epilepsy during pregnancy. Expert Rev Neurother, oct. 2015; vol. 15, n° 10 : p. 1171-1187. [PMID : 26416395](#).
- Moulin DE et coll. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain Society. Pain Res Manag, nov.-déc. 2014; vol. 19, n° 6 : p. 328-335. [PMID : 25479151](#).
Finnerup NB et coll. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol, févr. 2015; vol. 14, n° 2 : p. 162-173. [PMID : 25575710](#).
- İdil H et Yılmaz K. Diagnostic yield of neuroimaging in syncope patients without high-risk symptoms indicating neurological syncope. Am J Emerg Med, févr. 2019; vol. 37, n° 2 : p. 228-230. Doi : 10.1016/j.ajem.2018.05.033. Cyberpublication le 16 mai 2018. [PMID : 29802003](#).
Sanatani S et coll. Canadian Cardiovascular Society and Canadian Pediatric Cardiology Association Position Statement on the Approach to Syncope in the Pediatric Patient. Can J Cardiol, févr. 2017; vol. 33, n° 2 : p.189-198. [PMID : 27838109](#).
Shenk MER et Anilkumar A. [Syncope in Children: Etiology, Positive and Negative Predictors, and Utilization and Utility of Diagnostic Testing](#). Neurology. Neurology, avril 2017; vol. 88, n° 16 : P3.204.
- 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. 24635987. [PMID : 24635987](#).
Osmond MH et coll. CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. JAMA, 2010; vol. 304, 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](#).
- Tepper S et Spears RC. Acute treatment of migraine. Neurologic Clinics, mai 2009; vol. 27, n° 2 : p. 417-427. [PMID : 19289223](#).
Worthington I et coll. Canadian Headache Society Guideline: Acute Drug Therapy for Migraine Headache. Canadian Journal of Neurological Sciences/Journal canadien des sciences neurologiques, sept. 2013; vol. 40, n° S3 : p. S1-S3. [PMID : 23968886](#).
- Tepper S et Spears RC. Acute treatment of migraine. Neurologic Clinics, mai 2009; vol. 27, n° 2 : p. 417-427.
Worthington I et coll. Canadian Headache Society Guideline: Acute Drug Therapy for Migraine Headache. Canadian Journal of Neurological Sciences/Journal canadien des sciences neurologiques, sept 2013; vol. 40, n° S3 : p. S1-S3. [PMID : 23968886](#).

À propos de la Société canadienne de neurologie

La Société canadienne de neurologie a été créée en 1948 et représentait à la fois des neurologues et des neurochirurgiens. En 1965, le CNS d'origine a été dissous et deux nouvelles sociétés ont été créées pour représenter les deux groupes distincts. Aujourd'hui, la Société canadienne de neurologie compte environ 540 membres et représente des neurologues et des résidents en neurologie au Canada. Le conseil d'administration de la CNS gère les affaires, les initiatives et les finances de la CNS. Le conseil d'administration nomme également des représentants des membres du CNS pour siéger à divers comités du CNSF, dont le comité de développement professionnel et le comité du programme scientifique. Le président et le vice-président du CNS siègent également au conseil d'administration de la Fédération canadienne des sciences neurologiques (CNSF).



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.