

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

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

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 cathétériseds. 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'embrée 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 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 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; vol. 29, no 5 : p. 527 573. PMID : 1949036.

Hsieh J, McIntyre A, Iruthayarakah J, et coll. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence: Bladder Management Following Spinal Cord Injury, version 5.0. 2014 [En ligne]. Accessible ici : <https://www.scireproject.com/rehabilitation-evidence/bladder-management> (consulté le 26 sept. 2016).

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.* 1er mars 2005; vol. 40, no 5 : p. 643 654. PMID : 15714408.

2

Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J.* Mars 2012; vol. 23, no 1 : p. 5 13. PMID : 22807649. Aissaoui N, Martins E, Mouly S, et coll. A meta-analysis of bed rest versus early ambulation in the management of pulmonary embolism, deep vein thrombosis, or both. *Int J Cardiol.* 11 sept. 2009; vol. 137, no 1 : p. 37 41. PMID : 18691773.

Castelino T, Fiore JF Jr, Niculiseanu P, et coll. The effect of early mobilization protocols on postoperative outcomes following abdominal and thoracic surgery: A systematic review. *Surgery.* Avril 2016; vol. 159, no 4 : p. 991 1003. PMID : 26804821.

Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, et coll. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 16 juin 2010; vol. 6 :CD007612. PMID : 20556780.

Stuempfle K, Drury D. The physiological consequences of bed rest. *Journal of Exercise Physiology.* Juin 2007; vol. 10, no 3 : p. 32 41.

3

Chapman JR, Norvell DC, Hermsmeyer JT, et coll. Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine (Philadelphia, Pa; 1976).* 1er oct. 2011; vol. 36, no 21, Supplément : p. S54 S68. 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.* 2 oct. 2007; vol. 147, no 7 : p. 505 514. PMID : 17909211.

Friedman BW, Dym AA, Davitt M, et coll. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 20 oct. 2015; vol. 314, no 15 : p. 1572 1580. PMID : 26501533.

Harned M, Sloan P. Safety concerns with long-term opioid use. *Expert Opin Drug Saf.* Juill. 2016; vol. 15, no 7 : p. 955 962. PMID : 27070052.

Houry D, Baldwin G. Announcing the CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain. *J Safety Res.* Juin 2016; vol. 57 : p. 83 84. PMID : 27178083.

4

Chou R, Fu R, Carrino JA, et coll. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 7 févr. 2009; vol. 373, no 9662 : p. 463 472. PMID : 19200918.

Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, et coll. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome--multicenter randomized trial. *Radiology.* Mai 2004; vol. 231, no 2 : p. 343 351. PMID : 15031430.

Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA, et coll. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *JAMA.* 17 mars 2015; vol. 313, no 11 : p. 1143 1153. PMID : 25781443.

Srinivas SV, Deyo RA, Berger ZD. Application of "less is more" to low back pain. *Arch Intern Med.* 9 juill. 2012; vol. 172, no 13 : p. 1016 1020. PMID : 22664775.

5

Goldstein LB. Prescribing of potentially harmful drugs to patients admitted to hospital after head injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* Juin 1995; vol. 58, no 6 : p. 753 755. PMID : 7608684.

Lombard LA, Zafonte RD. Agitation after traumatic brain injury: considerations and treatment options. *Am J Phys Med Rehabil.* Oct. 2005; vol. 84, no 10 : p. 797 812. PMID : 16205436.

Rao V, Rosenberg P, Bertrand M, et coll. Aggression after traumatic brain injury: prevalence and correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* Automne 2009; vol. 21, no 4 : p. 420 429. PMID : 19996251.

Schallert T, Hernandez TD, Barth TM. Recovery of function after brain damage: severe and chronic disruption by diazepam. *Brain Res.* 30 juill. 1986; vol. 379, no 1 : p. 104 11. PMID : 3742206.

Zafonte RD. Treatment of agitation in the acute care setting. *J Head Trauma Rehab.* 1997; vol. 12, no 2 : p. 78 81.

6

Basiri K, Katirji B. Practical approach to electrodiagnosis of the carpal tunnel syndrome: A review. *Adv Biomed Res.* 17 févr. 2015; vol. 4 : p. 50. PMID : 25802819.

Bland JD. Do nerve conduction studies predict the outcome of carpal tunnel decompression? *Muscle Nerve.* Juill. 2001; vol. 24, no 7 : p. 935 940. PMID : 11410921.

Fowler JR, Munsch M, Huang Y, et coll. Pre-operative electrodiagnostic testing predicts time to resolution of symptoms after carpal tunnel release. *J Hand Surg Eur Vol.* Févr. 2016; vol. 41, no 2 : p. 137 142. PMID : 25770901.

Keith MW, Masear V, Chung K, et coll. Diagnosis of carpal tunnel syndrome. *J Am Acad Orthop Surg.* Juin 2009; vol. 17, no 6 : p. 389 396. PMID : 19474448.

Ono S, Clapham PJ, Chung KC. Optimal management of carpal tunnel syndrome. *Int J Gen Med.* 30 août 2010; vol. 3 : p. 255 261. PMID : 20830201.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre les professionnels de la santé et les patients sur les tests et examens inutiles afin de faire les choix les plus judicieux pour assurer des soins de qualité. La campagne Choisir avec soin reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de professionnels de la médecine.

Pour en savoir davantage au sujet de Choisir avec soin ou pour consulter d'autres listes des cinq examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger, consultez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

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.