

Radiographie dans les lombalgies: Evaluation d'une recommandation

Les lombalgies et algies dorso-lombaires sont un motif fréquent de consultation: dans une étude française¹ la fréquence des recours médicaux dans ce domaine est chiffrée à 3,5% des patients en médecine libérale (soit 8 millions de recours annuels), effectués dans près de 90% des cas par des généralistes. Ceux-ci demandent moitié moins d'examen complémentaires que les spécialistes. Il y a dans ce domaine peu de recommandations concernant le bon usage de la radiographie standard. La référence de l'ANDEM de 1996² retient pour la lombosciatique commune les indications établies par la conférence de consensus de 1990: la radiographie standard est inutile si la sciatique est en voie d'amélioration, mais doit être pratiquée si la douleur s'aggrave ou persiste au delà de deux semaines. Il n'y a pas d'autre critère de décision. Les clichés doivent se limiter en principe au cliché de face et de profil. Le 3/4 n'a pas d'utilité en première intention. La RMO aborde uniquement l'usage du scanner et de l'IRM, mais non la radiographie standard. Une recommandation canadienne de l'AHCP³ concernant les lombalgies récentes (<3 mois), établie en 1994 avec une méthodologie rigoureuse, a proposé des éléments plus précis; une étude canadienne récente en médecine générale a cherché à évaluer ces recommandations.⁴

L'AHCP, recommande des examens radiographiques en fonction de l'identification de clignotants évocateurs de fractures, tumeurs ou infection. L'analyse de la littérature permettait de conclure que les radiographies du rachis lombaire à la phase initiale étaient rarement utiles en l'absence d'un de ces clignotants. Pour le diagnostic de fracture: traumatisme majeur, ou traumatisme mineur chez une personne âgée ou potentiellement ostéoporotique, usage prolongé de stéroïdes, ostéoporose connue. Pour le diagnostic de tumeur ou infection: âge supérieur à 50 ans ou inférieur à 20 ans, histoire de cancer dans les dix ans, fièvre récente, frissons ou perte de poids inexpliquée, risque d'infection du rachis, douleur nocturne ou de décubitus. La présence d'un clignotant au moins impliquait un examen radiographique (face et profil).

L'étude a eu pour objectif de comptabiliser les radiographies pratiquées spontanément par 18 médecins, avant la publication de ces recommandations, pendant les années 92 et 93 et à comparer ces données avec les critères de l'AHCP. L'étude a été réalisée sur dossiers. 963 patients présentant un épisode de lombalgie aiguë selon les critères de l'AHCP ont été retenus. 127 des 963 patients ont subi des radios du rachis lombaire d'emblée. 44 clichés étaient normaux, 64 présentaient des anomalies dégénératives, 4 avaient une fracture, et un

une métastase possible (14 clichés ne sont pas explicités). En appliquant les critères de l'AHCP, il aurait fallu pratiquer des radios à 426 patients et non à 127. Pour les patients qui auraient du avoir une radio, celle-ci était faite dans 19% des cas, donc non pratiquée dans 81% des cas. Pour ceux qui ne devaient pas en avoir, elle était pratiquée seulement dans 9% des cas. Si l'on compare la performance du clinicien aux critères de l'AHCP, le clinicien demandait des radios à la moitié des porteurs de fracture ou de tumeur (8 au total), l'AHCP n'en manquait aucun. A l'inverse l'AHCP demandait trois fois plus de clichés pour les non malades (418 en tout). Mais les auteurs se demandent si l'identification des lésions à ce stade aurait modifié l'attitude et le pronostic.

L'étude conclut que les cliniciens ont une bonne spécificité, mais une médiocre sensibilité puisque la moitié des lésions leur échappent. A l'inverse l'application des critères de l'AHCP aboutit à une augmentation importante du nombre des radiographies. Au terme de leur analyse, les auteurs pensent qu'une autre évaluation de ces recommandations doit être effectuée. Mais ils pensent que l'on pourrait modifier les recommandations, en ne retenant pas l'âge comme critère déterminant à lui seul, et en envisageant un traitement d'épreuve de deux à trois semaines avant toute radio.

Cette étude a divers intérêts:

- elle montre qu'il est possible et utile d'évaluer les recommandations, et ainsi de les améliorer
- elle nous apporte des éléments décisionnels dans un domaine de pratique courante. Ceux-ci ont encore besoin d'être évalués, mais sont utilisables dans leur forme actuelle avec les corrections apportées par les auteurs de l'étude.

1 - Bucquet D, Colvez A. Les sciatiques et autres affections vertébrales basses en médecine libérale. Ampleur du phénomène et attitudes thérapeutiques. Rev. Epidém. et Santé Publ. 1985, 33, 1-8

2 - Andem. Lombosciatique commune. Stratégie diagnostique et thérapeutique. ANDEM 1995, T1, 99-124

3 - Acute low back problems in adults: clinical practice guidelines. Agency for Health Care Policy and Research. AHCP publication 1994 (résumé in infra)

4 - Suarez-Almazor ME et al. Use of lombar radiography for the early diagnosis of low back pain. JAMA, 1997, 277, 22, 1782-1786

Mots-clé: recommandation, évaluation, lombalgies, radiographie

Numéro 74 du 2 octobre 1997