



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique des
lombalgies aiguës communes : évaluation des pratiques
professionnelles aux urgences du CHRU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Octobre 2018 à 14h00
Au Pôle Formation
Par Alexandre Fichou

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphael Favory

Monsieur le Docteur Jean-Marie Renard

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Bahram Chaybany

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

LISTE DES ABREVIATIONS

HAS	Haute autorité de santé
DIV	Disque Intervertébral
MP	Maladie professionnelle
AT	Accident de travail
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
ANAES	Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CNAMTS	Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
ZAO	Zone d'accueil et d'Orientation
OSCOUR	Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
Epidémiologie	8
Impact socio-économique	9
Physiopathologie	10
Approche mécaniciste	10
Approche biochimique et biologique	11
Définition	12
Durée de la symptomatologie : aiguë, subaiguë, chronique	13
Lombalgie symptomatique	13
Lombalgie commune	14
Recommandation et stratégie de prise en charge	14
Recommandations ANAES février 2000 (10)	14
Investigations complémentaires, ANAES Février 2000 (10)	17
Douleur et prise en charge thérapeutique	18
Evaluation de la douleur	18
Thérapeutiques antalgiques (annexe 2)	20
Le Centre Hospitalier Universitaire de Lille (CHU Lille)	24
Situation géographique	24
Problématique soulevée	25
Matériels et Méthodes	26
Type d'étude	26
Critères d'inclusion.....	27
Critères d'exclusion	27

Déroulement	29
Ethique	29
Données recueillies	29
Analyse statistique	31
Résultats	32
Description de la population de l'étude	32
Sexe et âge.....	32
Caractéristiques du passage aux urgences	33
Moyen d'arrivée et orientation à l'entrée.....	33
Prise en charge aux urgences et sortie	36
Prescription d'examens complémentaires	37
L'imagerie	37
Bilan sanguin et urinaire	40
Prescription globale d'examens complémentaires	40
Prescription médicamenteuse pendant le passage aux urgences	42
Prescription médicamenteuse de sortie : ordonnance	44
Discussion	46
Validité interne : méthodologie	46
Biais et limites de l'étude	46
Validité externe : comparaison à la littérature	48
Sexe et age.....	48
Evaluation de la douleur à l'entrée.....	49
Temps de transit aux urgences.....	50
Orientation des patients à la sortie	51
Prescriptions d'examens complémentaires.....	52

Prescriptions médicamenteuses.....	54
Principaux résultats.....	57
Respect des recommandations et imagerie	57
Prise en charge thérapeutique	59
Perspective et proposition	61
Conclusion.....	62
Références bibliographiques	63
Annexes	67

PARTIE 1

INTRODUCTION

EPIDEMIOLOGIE

La lombalgie représente un mal répandu en France, qui affecte les personnes de tout âge (1). Les études épidémiologiques montrent qu'environ 70 % des Français sont un jour ou l'autre dans leur vie confrontés à ce symptôme douloureux plus ou moins invalidant, et qui altère parfois gravement la qualité de vie (2).

Dans les pays Anglo-Saxons, cette affection est depuis de nombreuses années, un motif fréquent de passage aux urgences : une revue systématique de la littérature, incluant 21 études, entre 2000 et 2016, a relevé que 4.4% (prévalence regroupée) des visites dans un service d'urgences standard, sont pour des lombalgies (3). Une autre étude prospective, a montré que les troubles liés à la lombalgie provoquent 2,63 millions de visites annuelles aux urgences des Etats-Unis, ce qui représente 2,3% de toutes les visites dans les services d'urgences américains (4).

En France deux données épidémiologiques sont disponibles concernant la lombalgie aiguë dans les services d'urgences. Selon l'enquête française publiée en 2007 à partir des données de l'Enquête Décennale Santé 2002-2003, plus de la moitié de la

population française de 30 à 64 ans, a souffert de lombalgies au moins un jour dans les 12 derniers mois, tandis que la prévalence de la lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 17% (5), (1).

Plus récemment, en ciblant plus spécifiquement les urgences, une étude de santé publique s'est attachée à documenter les passages aux urgences pour lombalgie commune sur la période 2014-2017, à partir des données OSCOUR. On dénombre sur cette période, quasiment 480000 passages aux urgences pour lombalgie commune, soit 1.1% de l'activité toutes causes codées. De plus, on observe une hausse générale des passages aux urgences pour ce motif, avec un total de 99000 passages en 2014 contre 136000 passages en 2017 (6).

Ces données épidémiologiques, font de la lombalgie aiguë et de sa prise en charge, un enjeu de santé publique.

IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE

La lombalgie est la première cause de handicap au travail avant 45 ans et ses répercussions sur la vie professionnelle et sociale peuvent être très lourdes. Plus les douleurs durent, plus elles sont complexes à traiter. Selon une publication de l'INRS en 2011, la lombalgie correspond à plus d'un accident du travail sur cinq, et une maladie professionnelle sur vingt (7). La durée moyenne des arrêts de travail pour

lombalgies après AT, est passée de 25 jours en 1970 à 55 jours en 2005. En MP cette durée est de 340 jours (2).

Selon une publication récente de l'assurance maladie, les lombalgies en lien avec le travail représentent un coût de plus d'un milliard d'euros par an, soit l'équivalent du coût des autres troubles musculo-squelettiques. Il se décompose de la façon suivante : 120 millions d'euros pour la prise en charge des soins, 580 millions d'euros pour les indemnités journalières, et près de 350 millions d'euros pour les séquelles, sous forme de rentes ou de capital (8).

PHYSIOPATHOLOGIE

Deux approches expérimentales peuvent expliquer la symptomatologie de la lombalgie aiguë commune.

APPROCHE MECANICISTE

Dans cette approche le Disque Intervertébrale (DIV) est une structure ligamentaire acellulaire qui possède une certaine capacité de résistance. La lombalgie survient au cours d'un effort qui augmente la pression intradiscale, et tend les fibres de l'annulus associé à une rotation qui cisaille l'anneau. Suite à ces contraintes mécaniques

complexes, le nucleus pulposus s'engouffre dans la fissure, créée au niveau de la partie postérieure innervée de l'annulus fibrosus. Le nucleus n'est cependant pas expulsé de l'annulus ; il ne s'agit pas d'une hernie discale, mais d'une entorse discale qui s'accompagne d'une contracture musculaire, générant la douleur lombaire aiguë. Cependant cette approche mécaniciste n'explique que les discopathies « microtraumatiques ».

APPROCHE BIOCHIMIQUE ET BIOLOGIQUE

Dans cette approche le DIV est pourvu de cellules dont le métabolisme pourrait être modulé par les contraintes mécaniques. La dégénérescence discale y est définie par une inversion du rapport collagène de type I / collagène de type II, une diminution du contenu en protéoglycanes et de l'hydratation du DIV. Il existe une corrélation positive entre intensité, durée d'application d'une contrainte compressive et le contenu en collagène de type I. Par contre il y a une corrélation négative avec le contenu en collagène de type II et en protéoglycanes.

Les contraintes mécaniques appliquées au rachis lombaire, participent à la modulation de la production des protéines matricielles du DIV. Cette modulation de production participe à la dégénérescence discale à l'origine des symptômes douloureux ressentis par le patient.

Les mécanismes moléculaires de cette modulation sont encore inconnus mais leur mise en évidence pourrait permettre de proposer des thérapeutiques spécifiques à la prise en charge du patient en alternative aux thérapeutiques actuelles.

DEFINITION

Les recommandations de l'AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) sur les problèmes lombaires aigus de l'adulte en 1994, définissait le problème lombaire par une intolérance à l'activité, dû à des symptômes siégeant au niveau de la région lombaire (9).

Dans cette définition, le terme de symptôme lombaire incluait à la fois la douleur lombaire mais également la douleur radiculaire, quel que soit le niveau où s'arrêtait la douleur sur le membre inférieur.

La prise en charge des lombalgies, et lombosciatiques, a fait l'objet de nouvelles recommandations, afin de faire la distinction entre ces 2 entités. La dernière version de ces recommandations a été rédigée sur l'initiative de l'ANAES en 2000. La lombalgie y est définie comme une douleur se situant sous le douzième arc costal. Elle peut être médiane, en barre ou latéralisée. Elle n'irradie pas en dessous du pli fessier, ce qui la différencie d'une cruralgie voire d'une sciatalgie, pouvant renvoyer à la compression d'une racine nerveuse (10).

DUREE DE LA SYMPTOMATOLOGIE : AIGUE, SUBAIGUE, CHRONIQUE

La lombalgie est considérée comme aiguë lorsque la durée de la symptomatologie n'excède pas 6 semaines. Elle est dite subaiguë lorsque sa durée est comprise entre 6 semaines et 3 mois. Elle est dite chronique au-delà de 3 mois d'évolution (10).

Cette définition permet d'établir avec précisions son cadre diagnostique et ses modalités de prise en charge. En effet un patient lombalgique chronique ne bénéficiera pas de la même prise en charge diagnostique ou thérapeutique qu'un premier épisode de lombalgie aiguë.

LOMBALGIE SYMPTOMATIQUE

La lombalgie symptomatique se définit par une lésion spécifique, à l'origine des douleurs. Un certain nombre de critères sont à rechercher, regroupés sous l'appellation « Red Flags » (voir figure 2 page 20), afin de ne pas méconnaître une cause organique potentiellement grave. Ces critères ont été colligés en 2006 par le groupe européen COST B13 (12).

LOMBALGIE COMMUNE

La définition de la lombalgie aiguë commune retenue est celle apportée par l'HAS en 2005, reprise par la CNAMTS en mars 2011, dans le cadre de son référentiel sur la rééducation en ambulatoire des lombalgies communes chez l'adulte : « La lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte, sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. On estime habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la « lombalgie commune » représente la grande majorité des cas (90%) des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. » (11).

RECOMMANDATION ET STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

RECOMMANDATIONS ANAES FEVRIER 2000 (10)

L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient vise, dans un premier temps, à identifier et éliminer une cause secondaire de lombalgie :

- 1) En faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans ;

- 2) En faveur d'une cause inflammatoire comme la spondylarthrite ankylosante : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des

articulations périphériques, iritis, signes d'appels cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie. La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique ;

3) 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. La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;

4) 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 et le dosage de CRP sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique.

L'évaluation initiale vise aussi à rechercher les urgences diagnostiques et thérapeutiques :

1) Sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés) ;

- 2) Sciatique paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 et/ou comme la progression d'un déficit moteur (figure 1) ;
- 3) 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.

0	Aucune contraction
1	Contraction visible sans aucun mouvement
2	Contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur
3	Contraction permettant le mouvement contre la pesanteur
4	Contraction permettant le mouvement contre résistance
5	Force musculaire normal

Figure 1 : Echelle MRC

Selon les recommandations de l'ANAES, publiées en février 2000, en dehors des Reds Flags (figure 2) : « il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les lombalgies aiguës durant les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique ».

Signe en faveur d'une fracture	Notion de traumatisme ; prise de corticoïdes ; âge > 70 ans ; âge inférieur < 20 ans
Signe en faveur d'une néoplasie	Age > 50 ans ; perte de poids et altération de l'état générale ; antécédent tumoral
Signe en faveur d'une infection	Fièvre ; douleur nocturne ; contexte d'immunosuppression ; toxicomanie IV
Urgences diagnostiques	Sciatique hyperalgique ; sciatique paralysante (déficit moteur inférieur à 3) ; sciatique avec syndrome de la queue de cheval

Figure 2 : Reds Flags

Par ailleurs les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit discol-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.

Néanmoins les lombalgies font l'objet d'un grand nombre de prescription d'examen d'imagerie. Cela implique un coût considérable. Les coûts attribués aux douleurs du dos semblent aller en augmentant au fil des ans dans de nombreux pays, excepté aux Pays-Bas, ce qui nous donne un espoir de pouvoir influencer favorablement sur cette évolution. Par ailleurs, la plupart de ces demandes d'examens ne sont pas justifiées, puisque 70% des patients guérissent spontanément en quatre à six semaines (13).

DOULEUR ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

EVALUATION DE LA DOULEUR

La prise en charge initiale du patient lombalgique comporte une évaluation de la douleur qui repose avant tout sur l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et si possible une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive. Pour toutes

ces dimensions, quelques outils, sont proposés : échelle visuelle analogique (EVA), échelle de Dallas, échelle Eifel. Ils peuvent aider les praticiens dans leur pratique quotidienne afin de prendre en charge au mieux la douleur du patient et d'adapter leurs thérapeutiques.

Une revue de la littérature a permis d'identifier des échelles évaluant la douleur sur le plan de son intensité mais aussi sur le plan qualitatif et sur le retentissement fonctionnel :

- L'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle visuelle simple (EVS) ont été validées pour l'intensité de la douleur. Ces échelles n'apprécient pas les autres dimensions de la douleur. Il n'y a pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire. Les scores obtenus ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi.
- L'échelle de Dallas (annexe 1), permet une évaluation multidimensionnelle du retentissement de la douleur sur le sujet. Cette échelle a été validée en français (14). Elle a une bonne qualité métrologique (validité de contenu, validité contre critère, fidélité et sensibilité au changement). Elle comporte 16 questions concernant surtout le retentissement de la douleur sur le plan fonctionnel : intensité de la douleur passée, incapacité fonctionnelle, détresse psychologique, retentissement social, vie de relation. Les réponses se font

sous forme d'échelles visuelles. Sa reproductibilité est bonne. Il convient d'admettre que cette échelle est difficilement applicable aux urgences, car chronophage, et convient surtout aux lombalgies chroniques. Cependant, il peut être intéressant d'intégrer quelques items à son interrogatoire afin d'avoir une vision plus globale de la douleur du patient (facteurs psychologiques...).

Aux urgences du CHRU de Lille, la douleur est évaluée à l'entrée par l'infirmier de ZAO via l'Echelle Visuelle Numérique. Cette échelle, similaire à l'EVA, permet de noter la douleur de 0 à 10. Simple d'utilisation et rapide, cette échelle permet d'informer le praticien de l'intensité de la douleur ressentie par le patient afin d'adapter son traitement antalgique. L'échelle pourrait être complétée par le retentissement de la symptomatologie que le praticien doit recueillir afin d'ajuster le traitement de sortie.

THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES (ANNEXE 2)

Cette partie est consacrée à un état des lieux des thérapeutiques médicamenteuses accessibles dans un service d'urgence. Il n'a pas lieu d'exposer ici les traitements invasifs (infiltration ; thermo coagulation ; acuponcture ; acte chirurgicale) qui peuvent être proposés dans le traitement de lombalgies rebelles, qu'après échec du traitement conservateur, sauf situations d'urgences médicales : telles qu'une hernie discale engendrant un déficit neurologique, une sciatgie hyperalgique résistante aux dérivés morphiniques ou encore un syndrome de la queue de cheval. L'objet

d'une partie de cette étude est de relever les différents traitements antalgiques administrés aux patients lors de leurs passages aux urgences ainsi que les caractéristiques de leur ordonnance de sortie.

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1, ANTALGIQUES NON OPIOÏDES

- **Le paracétamol**

La prescription de paracétamol est recommandée dans le cadre de la prise en charge des lombalgies aiguës selon les recommandations de l'ANAES en 2000 (10).

Il convient d'optimiser la posologie en se conformant aux données de l'autorisation de mise sur le marché, soit jusqu'à 4 g par jour administrés en 4 prises systématiques.

Certaines études internationales récentes remettent en cause l'approbation universelle du paracétamol pour le traitement des lombalgies aiguës (15). En réalité de nombreux biais existent dans cet article, et l'on ne peut pas exclure le paracétamol de la panoplie antalgique de la lombalgie, même s'il est modérément efficace.

- **Les Anti Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS)**

Les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont les médicaments les plus fréquemment prescrits dans le monde et sont couramment utilisés pour le traitement des lombalgies. Plusieurs études ont montré l'efficacité des AINS dans le traitement d'épisode aigue de douleur lombaire. En 1997, 17 essais randomisés ont été retrouvés par Van Tulder (16) ; 8 étaient de bonne qualité méthodologique. Trois de ces études comparaient AINS et placebo : il apparaissait que les AINS étaient plus efficaces que le placebo dans le cadre strict des lombalgies aiguës. Encore récemment, une revue de la littérature a conclu que les AINS étaient plus efficaces que le placebo pour le soulagement symptomatique à court terme chez les patients souffrant de lombalgies aiguës sans sciatique vertébrale (17).

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2, ANTALGIQUES OPIOÏDES FAIBLES

- **Tramadol et Codéine**

Les antalgiques de palier 2 peuvent être proposés en cas d'échec des antalgiques de palier 1. Ils sont largement utilisés dans les services d'urgences parfois en première intention lorsque l'EVN d'entrée est jugée trop importante. Les posologies peuvent varier en ce qui concerne le Tramadol : 50 ou 100mg. Plusieurs études ont été menées dans le cadre de la prise en charge de patients lombalgiques chroniques et ont prouvées l'efficacité de leur utilisation dans la diminution de la douleur du sujet lombalgique (18), (19). Néanmoins aucune étude avec résultats significatifs n'a été réalisée à ce jour pour les lombalgies aiguës communes.

- **Morphine**

L'utilisation de la morphine doit se faire au cas par cas. Les recommandations de Limoges (20) sur l'utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses préconisent de « réserver l'utilisation de la morphine aux situations d'échec des différents médicaments de niveau I et II associés aux coanalgies et aux mesures physiques et non médicamenteuses appropriées à la situation en cause. Le traitement doit de préférence débuter par des doses faibles (10 à 30 mg de morphine à libération prolongée deux fois par jour) de façon à limiter les effets indésirables. Il est nécessaire d'évaluer la tolérance et l'efficacité au bout d'une semaine puis tous les 15 jours pendant les premières semaines du traitement. En cas de soulagement insuffisant, il y a lieu d'augmenter la posologie de 50 %. Une dose stable est atteinte lorsque le rapport efficacité/tolérance est jugé optimal et lorsque les objectifs thérapeutiques fixés initialement avec le patient ont été atteints ». Ces recommandations sont essentiellement applicables à la médecine ambulatoire, mais certains cas de figure peuvent se retrouver aux urgences. Par exemple un patient consultant pour lombalgie évoluant depuis moins de 3 mois, non soulagé par une thérapeutique de palier III au domicile. Le praticien hospitalier a ici pour rôle de réévaluer son traitement antalgique pour l'adapter au mieux.

Dans le cadre d'un patient n'ayant pas de traitement par morphinique au domicile, le traitement de la lombalgie rebelle aux antalgiques de palier I et II peut nécessiter un traitement par titration morphinique. Généralement débuté avec un bolus de 3mg, la

douleur doit être réévaluée toute les 10 minutes, afin de pouvoir adapter la dose administrée jusqu'à antalgie efficace.

MYORELAXANT

Van Tulder a pu étudier 5 études comparant ce type de thérapeutique avec un placebo (16). Ces études montraient une supériorité des décontracturants musculaires dans le contrôle de la douleur. En revanche, aucune différence n'a été observée entre les différents décontracturants. Il n'a pas été retrouvé non plus d'arguments sur l'utilité de l'association avec des AINS, ou de comparaison avec un AINS seul.

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE (CHU LILLE)

SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le CHU est situé dans l'arrondissement de Lille, à Loos. Il s'agit du premier établissement hospitalier en importance de la région des Hauts de France. Il est l'établissement de support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Lille Métropole Flandre Intérieur (annexe 3).

PROBLEMATIQUE SOULEVEE

La lombalgie aiguë est un véritable enjeu de santé publique sur le plan diagnostique et thérapeutique. Sa prise en charge est pluridisciplinaire mais son retentissement fonctionnel est une cause fréquente d'admission aux urgences.

Néanmoins les urgences sont confrontées à la difficulté de regrouper et évaluer correctement les données existantes sur la lombalgie, du fait de la variabilité des définitions données, de la variabilité des populations étudiées et des méthodes d'évaluation. De plus aucune étude récente ne relève de la prise en charge des sujets lombalgiques dans des services d'urgences alors qu'il s'agit d'un motif fréquent de consultation.

L'objectif de ce travail est de pouvoir évaluer les caractéristiques d'une population consultant aux urgences, avec des critères d'inclusion précis basés sur la définition de la lombalgie commune, et d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des urgentistes du CHU de Lille.

PARTIE 2

MATERIELS ET METHODES

TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. Elle étudie les pratiques de prise en charge diagnostique et thérapeutique par les urgentistes du Centre Hospitalier de Lille, à la fois au Circuit Court et aux Urgences Adulte. Les caractéristiques de prise en charge en secteur d'hospitalisation UHCD, pour des patients lombalgiques, n'ont pas été analysées dans cette étude.

L'objectif principal est d'évaluer la prise en charge des patients présentant une lombalgie aiguë aux urgences, en appréciant particulièrement le respect des recommandations en matière de stratégie de prescription d'examen complémentaire. L'objectif secondaire est d'étudier les modalités de prescriptions thérapeutiques pendant le passage aux urgences mais aussi les modalités de sortie des patients lombalgiques.

CRITERES D'INCLUSION

Tous les patients de plus de 18 ans, ayant eu un diagnostic de lombalgie aiguë, durant la période du 1er Janvier au 31 Avril 2018, ont été inclus. Ces derniers pouvaient être pris en charge au Circuit court ou aux urgences adultes du CHU de Lille.

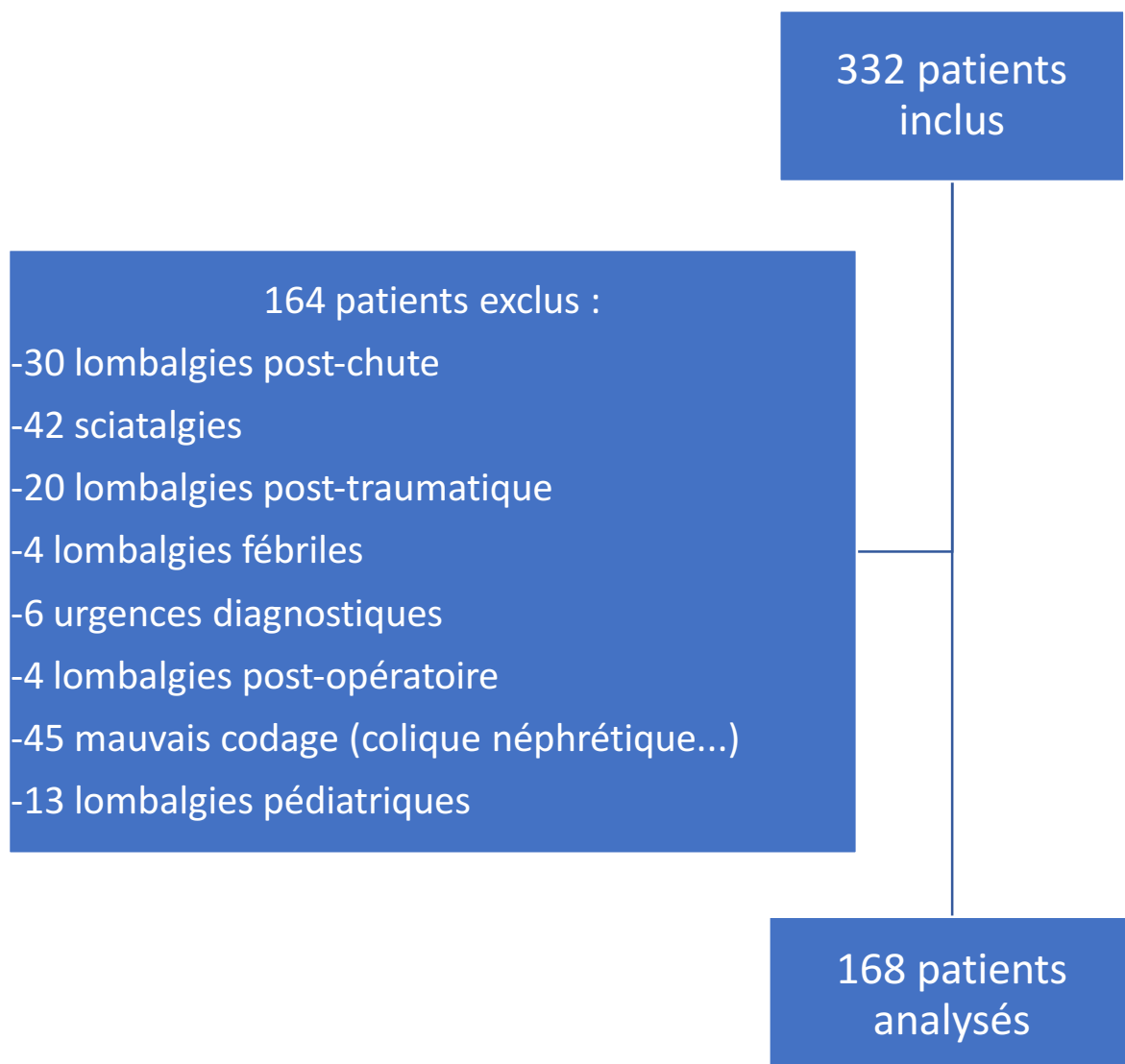
CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclus de l'étude, les patients :

- Présentant une symptomatologie radiculaire, c'est à dire les sciatalgies L5 ou S1, ainsi que les cruralgies L3 ou L4
- Présentant une lombalgie aiguë post-traumatique, y compris après chute de sa hauteur
- Présentant une lombalgie fébrile orientant vers un diagnostic de spondylodiscite
- Avec antécédents documentés d'ostéoporose ou sous corticothérapie prolongé (facteur de risque de fracture vertébrale par fragilisation osseuse)
- Ayant un antécédent neurochirurgical, avec une intervention sur le rachis
- Présentant des troubles moteurs ou sensitifs au niveau des membres inférieurs

- Présentant des troubles vésico-sphinctériens
- Présentant des troubles fonctionnels urinaires (hématurie, pollakiurie, brûlure mictionnelle)

Diagramme de flux :



DEROULEMENT

Le recueil de données s'est déroulé de façon rétrospective du 1 Janvier au 31 Avril 2018, dans le respect de la confidentialité des données médicales analysées.

ETHIQUE

La recherche effectuée est interne, menée à partir de données recueillies dans le cadre du suivi thérapeutique ou médical individuel des patients, par les personnels assurant ce suivi et pour leur usage exclusif. Comme exigé par la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL), une déclaration normale de la base de données a été effectuée et jugée conforme à la MR n°3 (annexe 4). Les données des patients inclus étaient colligées dans un fichier Excel, dont l'accès était protégé par un mot de passe.

DONNEES RECUEILLIES

Pour chaque patient, les variables suivantes ont été recueillis :

- L'âge ;
- Le sexe ;
- Orientation à l'entrée en ZAO : Circuit court ou Urgences adultes ;
- Moyen d'arrivée du patient : propre moyen, ambulance privée, pompiers, ou SMUR ;
- Temps de transit aux urgences : de l'enregistrement du patient dans les données informatiques des urgences en ZAO à la sortie informatique du patient ;
- L'évaluation de la douleur du patient à son entrée : information recueillis par l'infirmier de ZAO selon l'Echelle Verbale Numérique (EVN), de 0 à 10, ou par l'Echelle Verbale Simple (EVS), selon 4 incréments : pas de douleur, douleur faible, douleur modérée, douleur intense ;
- La réévaluation de la douleur du patient durant son passage aux urgences : le patient a-t-il bénéficié d'une deuxième évaluation de sa douleur après administration de thérapeutique ou non ? ;
- Le temps d'évolution de la lombalgie : lombalgie aiguë, subaiguë, chronique avec recrudescence douloureuse aiguë ;
- Le recours ou non à un examen d'imagerie : radiographie du rachis lombaire ou lombo-sacrée et IRM / scanner de la région lombo-sacrée ;
- Le recours ou non à un examen complémentaire de type sanguin ou urinaire ;
- Les thérapeutiques antalgiques utilisées pendant le passage aux urgences : Antalgique de palier I, II, ou III ainsi que l'utilisation d'anti-inflammatoire non stéroïdien ou stéroïdien ;

- Le recours à un spécialiste rhumatologue pendant le passage aux urgences ou non ;
- Une orientation vers un spécialiste dans les consignes de retour à domicile ou non ;
- Les caractéristiques de l'ordonnance de sortie : antalgique de palier I, II, ou III, anti-inflammatoire non stéroïdien et myorelaxant.

Toutes ces variables ont été choisies pour répondre au mieux à notre objectif principal, et pour pouvoir caractériser le passage aux urgences des patients se présentant pour lombalgie aiguë étiquetée commune.

ANALYSE STATISTIQUE

Les données recueillies ont été saisies sous forme d'un tableur EXCEL. L'analyse statistique a été réalisée par la cellule biostatistique du Centre Hospitalier de Lille. Les variables quantitatives étaient décrites par moyenne ou par médiane. Les variables qualitatives étaient décrites par fréquence ou par pourcentage.

PARTIE 3

RESULTATS

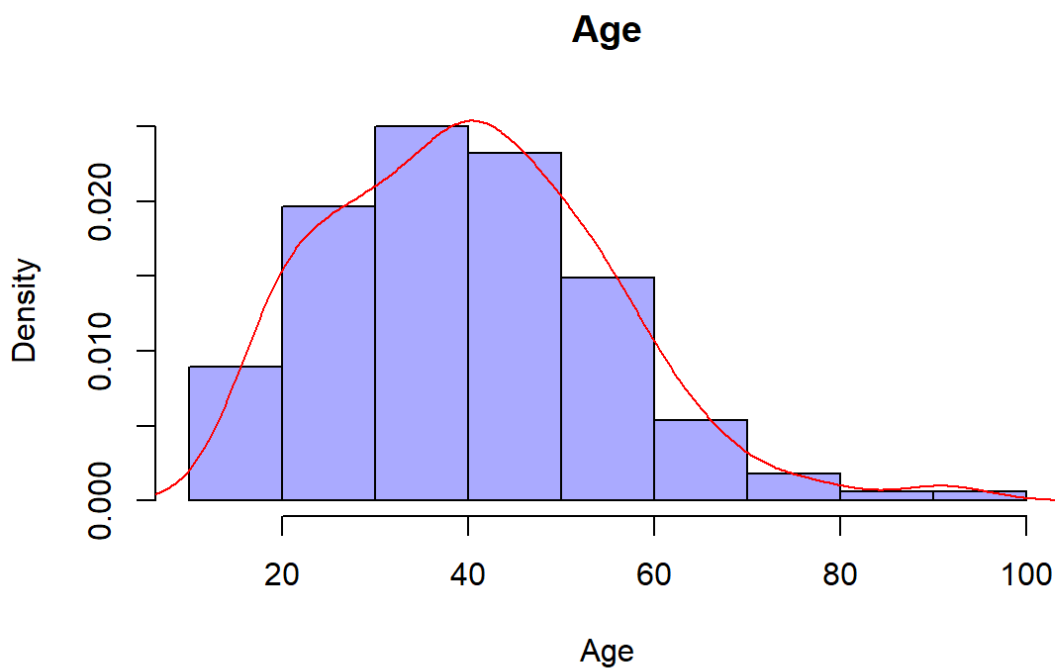
DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE

SEXE ET AGE

168 patients ont donc été inclus dans cette étude.

L'âge des patients allait de 15 à 92 ans. La moyenne d'âge était de 40.3 ans IC 95%

40.35 [38.11 ; 42.58]. La médiane était de 40 ans.



La population était composée de 47,02% de femmes (n=79 IC 95% [39.29 ; 54.86]) et de 52,98% d'hommes (n=89 IC 95% [45.14 ; 60.71])

CARACTERISTIQUES DU PASSAGE AUX URGENCES

MOYEN D'ARRIVEE ET ORIENTATION A L'ENTREE

41 patients sont arrivés par ambulance soit 24,4% IC 95% [18.12 ; 31.62], le reste de la population analysée est arrivée par ses propres moyens soit 75,6% IC 95 % [68.38 ; 81.88].

A l'arrivée en ZAO, l'infirmière d'accueil recueille une première fois le niveau de douleur exprimé par le patient, au moyen de l'échelle visuelle numérique, graduée de 0 à 10.

EVN	Effectif	Proportion	IC 95%
0	1	0,6 %	[0.02 ; 3.29]
1	2	1,2 %	[0.15 ; 4.26]
2	5	2,99 %	[0.98 ; 6.85]
3	7	4,19 %	[1.7 ; 8.45]
4	7	4,19 %	[1.7 ; 8.45]
5	26	15,57 %	[10.43 ; 21.97]
6	11	6,59 %	[3.33 ; 11.48]
7	19	11,38 %	[6.99 ; 17.2]
8	61	36,53 %	[29.22 ; 44.32]
9	17	10,18 %	[6.04 ; 15.8]
10	11	6,59 %	[3.33 ; 11.48]

Tableau 1 : EVN à l'entrée

L'EVN moyen d'entrée était de 6,53/10 IC 95% [6.51 ; 7.16]. EVN médian était de 8.

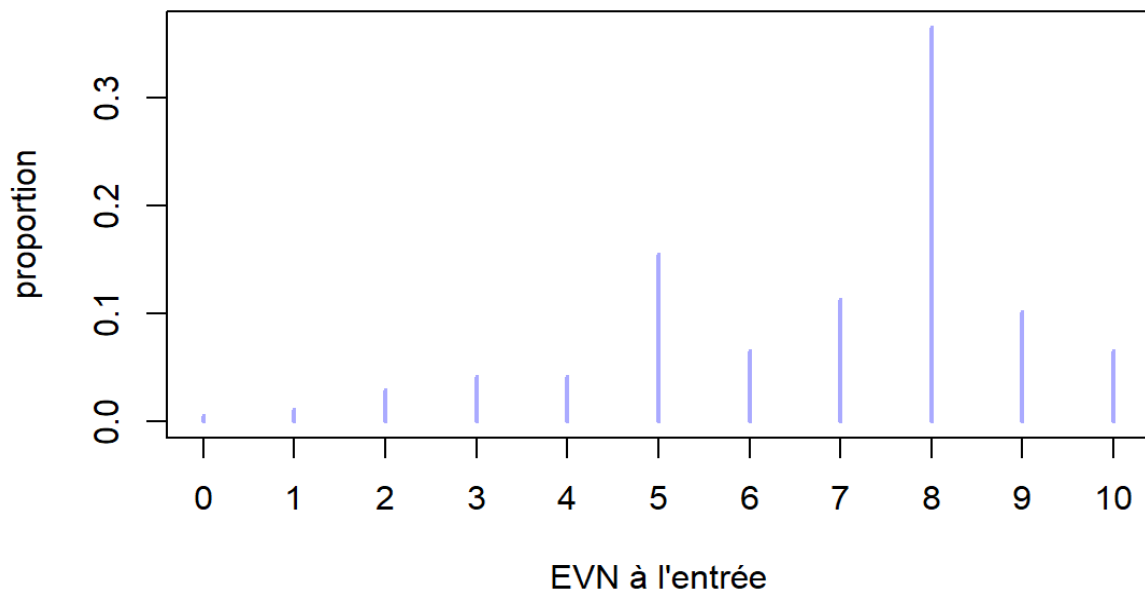


Figure 5 Description de l'EVN des patients à l'entrée

Après l'évaluation d'entrée au niveau de la ZAO le patient est orienté selon les 2 orientations possibles du CHU de Lille : le circuit court, et l'AMC. 93 patients ont été orienté vers le circuit court des urgences à l'entrée soit 55,36% IC 95% [47.5 ; 63.02]. Les 75 autres patients de l'étude ont donc été pris en charge à l'AMC soit 44,64% IC 95% [36.98 ; 52.5].

PRISE EN CHARGE AUX URGENCES ET SORTIE

PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

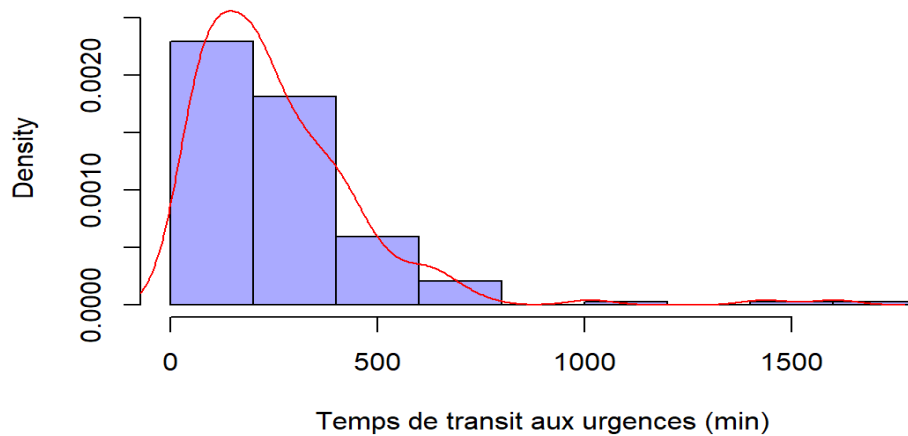
Aux urgences, nous avons pu étudier si le patient a été réévalué afin d'adapter sa prise en charge antalgique au mieux. 94 patients non pas été réévalués sur le point de vue de la douleur, soit 55,95% IC 95% [48.1 ; 63.59].

Dans cette étude, la grande majorité des patients n'a pas justifié d'une hospitalisation : en effet seul 4 patients sur les 168 patients inclus ont été hospitalisés au décours de leur passage aux urgences, soit seulement 2,38% IC 95 % [0.65 ; 5.98].

TEMPS DE TRANSIT

Enfin le temps de transit moyen aux urgences de Salengro dans le cadre de cette analyse menée de Janvier à Mars 2018 inclus était de 262.54 min IC 95% [229.47 ; 295.62]. La médiane était de 206,5 minutes.

Temps de transit aux urgences (min)



PRESCRIPTION D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'IMAGERIE

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBO-SACRE

17,86 % des patients ont bénéficié au cours de leur passage aux urgences d'une radiographie de la région lombo-sacrée IC 95% [12.38 ; 24.5]. Cette donnée concerne néanmoins toutes les catégories d'âge de la population étudiée.

Nous avons fait une analyse fine, ne comprenant que les patients entre 20 et 50 ans. Cette catégorie d'âge comprenait 116 patients au total et 21 d'entre eux ont bénéficié d'une radiographie du rachis lombaire. Ces radiographies, dont le bénéfice est à revoir, allongent le temps de prise en charge aux urgences chez 18,1% des patients de 20 à 50 ans IC 95% [11.57 ; 26.33]

13 patients sur les 168 analysés avaient moins de 20 ans. Dans cette tranche d'âge, 2 ont bénéficié d'une radiographie soit 15,38% de cette catégorie de population [1.92 ; 45.45].

Dans la population âgée de plus de 50 ans, 39 patients ont intégré notre analyse. Seul 7 d'entre eux ont bénéficié d'une radiographie du rachis lombaire. Ainsi 82% de cette catégorie d'âge, IC 95% [66.47 ; 92.46], qui doit bénéficier d'une imagerie d'investigations diagnostiques selon les recommandations de la HAS, n'a pas bénéficié de bilan radiographique.

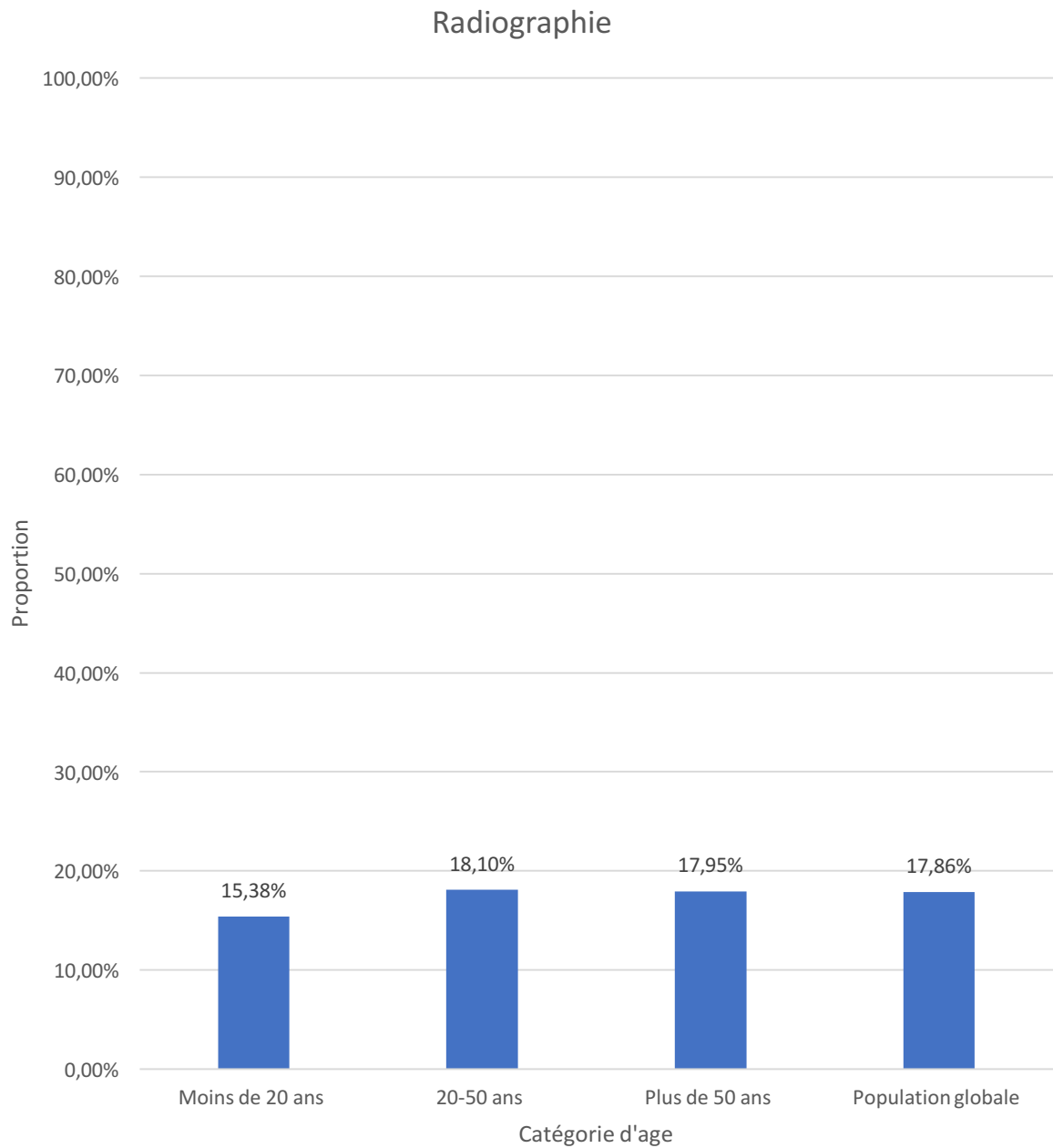


Figure 5 : Population ayant bénéficié d'une radiographie selon la catégorie d'âge

BILAN SANGUIN ET URINAIRE

Dans la population globale étudiée : 25% des patients ont reçu un bilan sanguin IC 95% [18.65 ; 32.25] % et 20,83% un bilan urinaire IC 95% [14.96 ; 27.76] %.

Le bilan sanguin était pour la majorité des cas un bilan inflammatoire avec NFS et CRP associé à un bilan de la fonction rénale avec ionogramme, urée, créatinine parfois complété par un bilan de la fonction hépatique et biliaire (ASAT, ALAT, phosphatase alcaline et bilirubine). Le bilan urinaire se limitait à une simple BU plus ou moins associée à une ECBU.

Dans notre population âgée de 20 à 50 ans : 21,55% ont bénéficié d'un bilan sanguin IC 95% [14.46 ; 30.15] et 20,69% d'un bilan urinaire IC 95% [13.73 ; 29.2].

PRESCRIPTION GLOBALE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Dans toute la population analysée : 41,67% IC 95% des patients ont bénéficié d'un examen complémentaire. Peu de différence est notable avec la population de 20 à 50 ans : en effet, dans cette catégorie, 41,38% IC 95% [32.31 ; 50.9] ont bénéficié d'une radiographie et/ou d'un bilan sanguin ou urinaire.

Dans la catégorie d'âge inférieur à 20 ans : 23,08% IC 95% [5.04 ; 53.81] d'entre eux ont reçu un examen complémentaire. Tandis que dans la population de patients âgée de plus de 50 ans, cela représentait 48,72% d'entre eux IC 95% [32.42 ; 65.22].

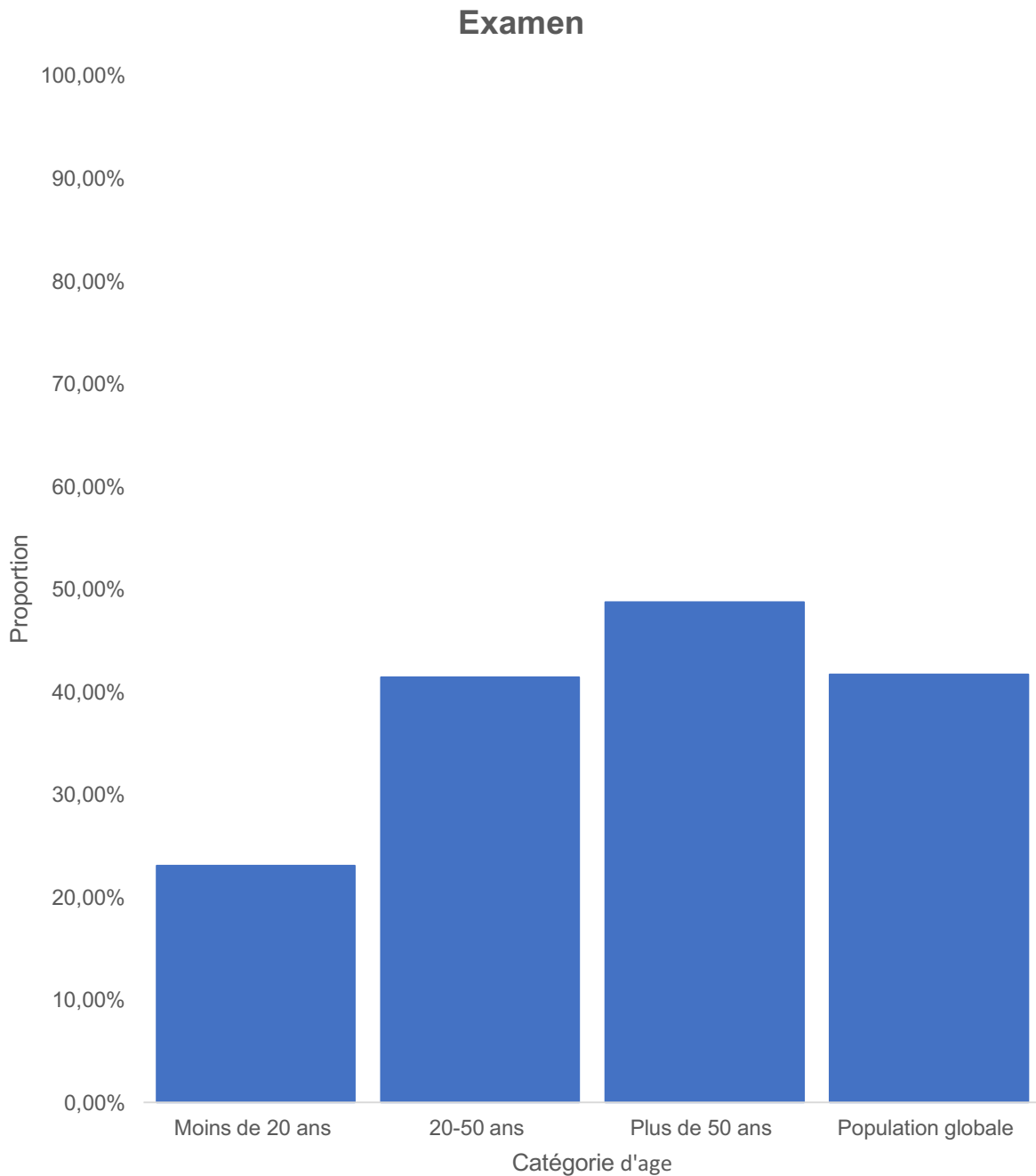


Figure 6 : Population ayant bénéficié d'une investigation complémentaire selon l'âge

PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE PENDANT LE PASSAGE AUX URGENCES

Antalgique	Effectif	Proportion	IC 95 %
Paracétamol	69	41,07%	[33.55 ; 48.91]
Tramadol	80	47,62%	[39.87 ; 55.45]
Acupan	6	3,57%	[1.32 ; 7.61]
Morphine	12	7,14%	[3.75 ; 12.14]
AINS	36	21,43%	[15.48 ; 28.41]
Palier I + AINS	25	14,88%	[9.87 ; 21.18]
Palier II + AINS	30	17,86%	[12.38 ; 24.5]

Tableau 2 : Thérapeutique pendant passage

L'antalgique le plus majoritairement utilisé chez les patients se présentant pour lombalgie aiguë est le Tramadol, antalgique de palier 2, prescrit à 80 des 168 patients de l'étude soit 47,62% IC 95% [39.87 ; 55.45]. La combinaison médicamenteuse la plus fréquemment prescrite par le médecin urgentiste est l'association d'un palier II (Tramadol ou Acupan) avec un Anti-inflammatoire (le plus

souvent Profenid). En effet 30 patients, soit 17,86% IC 95% [12.38 ; 24.5] d'entre eux, se sont vus prescrire cette association antalgique.

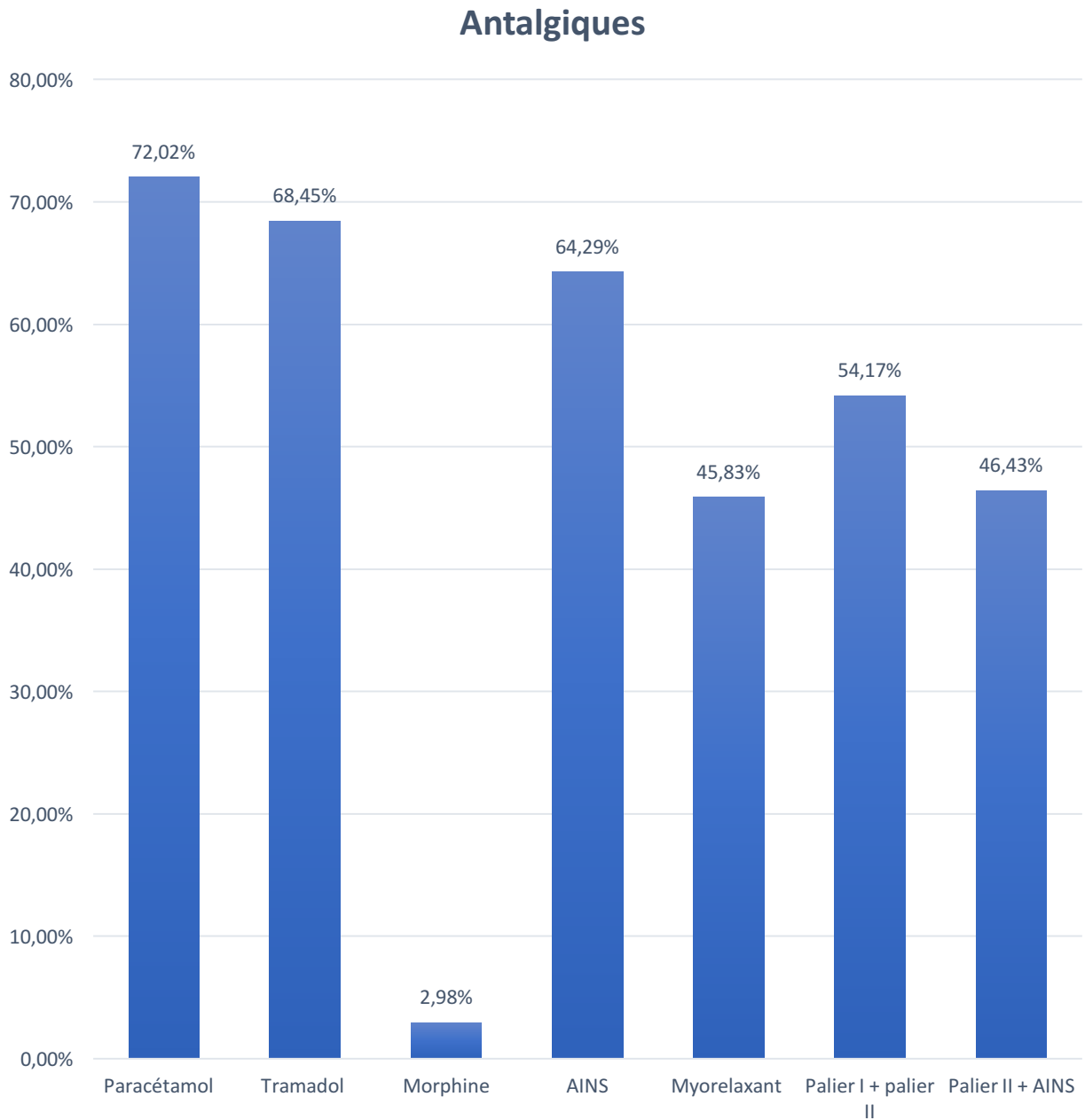


Figure 7 : Description des prescriptions antalgiques

PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE : ORDONNANCE

Médicament	Effectif	Proportion	IC 95%
Paracétamol	121	72,02%	[64.59 ; 78.66]
Tramadol	115	68,45%	[60.85 ; 75.39]
Morphine	5	2,98%	[0.97 ; 6.81]
AINS	108	64,29%	[56.54 ; 71.52]
Myorelaxant	77	45,83%	[38.14 ; 53.68]
Antalgique palier I + II	91	54,17%	[46.32 ; 61.86]
Antalgique palier II + AINS	78	46,43%	[38.71 ; 54.27]

Tableau 3 : thérapeutique de sortie

Le paracétamol est l'antalgique le plus largement prescrit en ordonnance de sortie chez un patient lombalgique, avec 121 patients sur 168 soit 72% IC 95% [64.59 ; 78.66].

Nous pouvons également remarquer que les myorelaxants ont une place importante dans la prescription de sortie de ces patients, avec une proportion de presque 50%

IC 95% [38.14 ; 53.68]. L'association médicamenteuse la plus prescrite est celle antalgique de palier I + II avec plus de 50% des patients sortant avec ce type d'ordonnance.

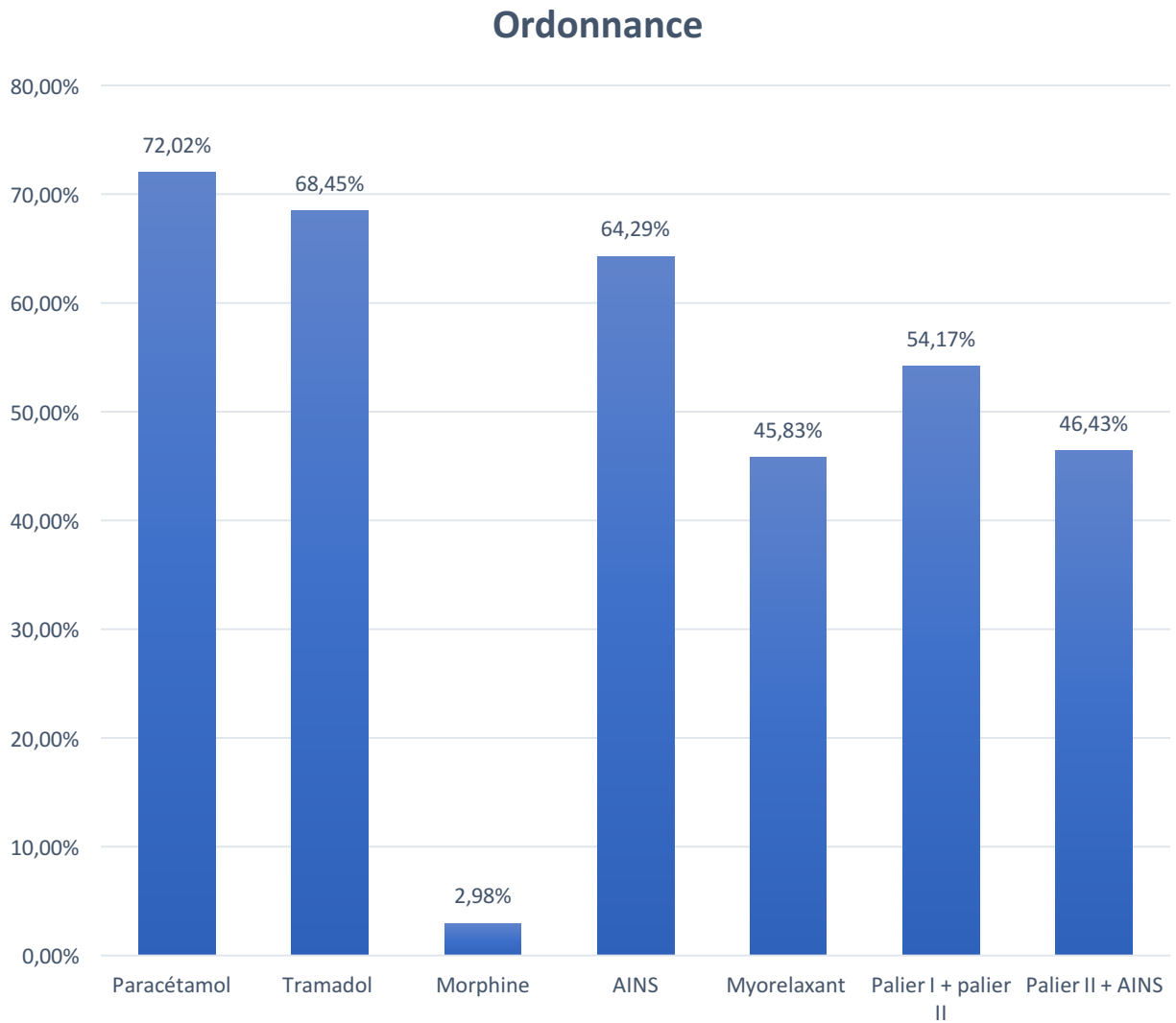


Figure 8 : Descriptions des prescriptions sur ordonnance de sortie

PARTIE 4

DISCUSSION

VALIDITE INTERNE : METHODOLOGIE

BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

L'une des principales limites de notre étude est son caractère monocentrique. En effet il aurait pu être intéressant d'étudier les caractéristiques de prise en charge des patients lombalgiques dans d'autres services d'urgences de la région Nord-Pas-de-Calais. Ainsi, nous aurions pu, à travers un meilleur recrutement quantitatif, obtenir une meilleure vision de la prise en charge de la lombalgie aiguë commune sur la région. De plus une étude multicentrique aurait pu être également intéressante pour comparer entre les services d'urgences les protocoles de prise en charge diagnostique ou thérapeutique de la lombalgie aiguë, et ainsi reconnaître l'application des protocoles HAS au sein de plusieurs services d'urgences ou encore de reconnaître les temps et les durées de passage dans ces services.

Notre faible effectif est l'une des limites de notre étude, puisque seuls 168 patients ont été analysés. Un panel plus large de patients nous permettrait d'avoir des résultats plus représentatifs de la population générale.

Le codage utilisé pour catégoriser les lombalgies est un des biais de notre étude réalisée aux urgences. Le recrutement des patients lombalgiques s'est fait à l'aide du code diagnostique : M54,5 qui correspond à l'intitulé CIM 10 « lombalgie basse ». Ce code diagnostique regroupe plusieurs intitulés, CIM 10 à savoir :

- M5450 Lombalgie basse - Localisation vertébrales multiples
- M5456 Lombalgie basse - Région lombaire
- M5457 Lombalgie basse – Région lombo sacré
- M5459 Lombalgie basse – Région localisation vertébrale non précisée.

Ce codage diagnostique nous a permis d'intégrer un maximum de patients se présentant pour le motif de lombalgie aux urgences de Lille. Néanmoins, les codages utilisés lors de la sortie, peuvent être inadéquats, et entraîner un biais, quant à une parfaite collecte des données.

En contrepartie, notre étude présente certains avantages : les demandes de radiographie aux urgences du CHR de Lille sont enregistrées informatiquement. Aussi aucune donnée, sur la prescription d'examen d'imagerie, n'est manquante sur les 168 patients analysés. De même, les prescriptions de sortie, à quelques exceptions près, sont informatisées aux urgences du CHU de Lille, permettant un recueil complet des traitements utilisés à la sortie des urgences.

VALIDITE EXTERNE : COMPARAISON A LA LITTERATURE

Dans cette partie, nous nous attacherons à comparer nos données recueillies avec celles de 2 études récentes réalisées à l'international, au Canada et aux Etats Unis, respectivement réalisées en 2017 et 2015, et reprenant la même thématique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques : « *Current management practices for patients presenting with low back pain to a large emergency department in Canada* » Nunn et al, *BMC Musculoskeletal Disorders* 2017 (21), et « *Diagnostic testing and treatment of low back pain in US emergency departments. A national perspective* » Friedman et al, *Spine* Novembre 2010 (22). En effet aucune étude en France n'a été réalisée sur les stratégies de prise en charge des patients se présentant pour lombalgie aiguë commune dans des services d'urgences. Les données épidémiologiques néanmoins, seront également comparées avec les données de la base OSCOUR (Organisation de la surveillance Coordonnées des Urgences) datant de 2018 et réalisées en France.

SEXE ET AGE

Dans l'étude canadienne l'âge moyen de la population étudiée était de 43 ans (22), et il était de 40 ans dans l'étude américaine (23). Ces données sont en accord avec notre étude puisque nous retrouvons une moyenne d'âge de 40,35 ans. Le registre de données OSCOUR, analysant le nombre de passages pour lombalgie commune par tranche d'âge, met en évidence que la catégorie 18-34 ans et 35-49 ans,

(respectivement 28% et 29% des passages aux urgences pour lombalgie aiguë commune au courant de l'année 2017) (24).

Dans les registres canadiens (21) et américains (22), la population était majoritairement composée de femme, respectivement 55,1% et 51,2%. La population que nous avons étudiée était majoritairement composée d'homme à 52,98%.

EVALUATION DE LA DOULEUR A L'ENTREE

Dans l'étude canadienne de 2018, l'évaluation de la douleur était divisée en 2 groupes : l'un grâce à la « pain severity EDIS » et l'autre grâce à « pain severity chart », toutes les 2 évaluant la douleur selon une échelle de 0 à 10. Dans les 2 cas c'est la catégorie « moderate pain », comprenant les patients ayant évalué leurs douleurs de 4 à 7/10, qui est la plus représentée, respectivement 57,6% et 68,5% (21).

Dans le registre américain, les douleurs sont également classées en 4 catégories : aucune, légère, modérée et sévère. C'est ici la catégorie « douleur sévère » la plus représentée, avec plus de la moitié des patients étudiés (54,2%) (22).

Ces données correspondent globalement à celles retrouvées dans notre étude, puisque 53,3% des patients avait une douleur intense avec une EVN supérieure ou égale à 8. Par ailleurs 37,73% présentait une douleur modérée à l'entrée, comprise entre 4 et 7/10.

TEMPS DE TRANSIT AUX URGENCES

Dans le cas de l'étude américaine, la durée moyenne de visite était de 115 minutes (22). Mais il est surtout intéressant ici de comparer nos données avec celle réalisées par le registre OSCOUR.

Dans le cadre de ce registre, la durée moyenne de passage aux urgences pour les patients était de 4h55 et la médiane de 2h45, au niveau national. La région haut de France présente une moyenne de 5h34, donc plus élevée que la moyenne nationale (6). Ces données sont similaires à celles retrouvées dans notre étude, puisque la moyenne du temps de transit, toute catégorie d'âge confondue est de 263 minutes soit 4h23 (inférieure à la durée moyenne nationale) et la médiane à 206,5 minutes soit 3h26.

Le registre OSCOUR a également étudié le temps de transit aux urgences en fonction de l'âge des patients. La durée de passage augmente avec l'âge, avec un

temps de transit moyen de plus de 8h pour les patients âgés de 85 ans et plus, alors qu'il est inférieur à 4h30 pour les patients âgés de 18 à 34 ans (6).

Ces données sont semblables à notre étude puisque le temps de passage moyen pour les patients de moins de 20 ans est de 2h54, celui des 20-50 ans de 4h11, et celui des patients âgés de plus de 50 ans de 5h23.

ORIENTATION DES PATIENTS A LA SORTIE

Au sein de l'étude canadienne 316 patients sur 325 sont rentrés à leur domicile après passage aux urgences, soit 97,2% d'entre eux. Cela ne représente donc que 2,5% de patients hospitalisés après transit aux urgences pour lombalgie aiguë (21).

Le registre OSCOUR s'est aussi intéressé à l'orientation des patients après leur passage dans le service des urgences. Les données OSCOUR révèlent que 9,9% des patients ont été hospitalisés après passage pour lombalgie durant la période 2014 – 2017. En région Haut de France, cela représente environ 8% des patients. Par ailleurs ce recueil nous montre également une augmentation du pourcentage d'hospitalisation en fonction de l'âge du patient (6).

Notre recueil retrouve 4 hospitalisations pour lombalgie aiguë commune sur une période de 4 mois soit 2.38% de nos inclusions. Cette différence avec le registre des données OSCOUR peut s'expliquer par les critères d'inclusion. En effet l'ensemble

des lombalgies aiguës ont été incluse dans ce registre, ainsi l'ensemble des lombalgies dites « symptomatiques » sont intégrées. Ces dernières nécessitent dans une plus grande majorité une hospitalisation pour suivi et un traitement spécifique.

PRESCRIPTIONS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'étude canadienne s'est attachée à recueillir l'ensemble des tests diagnostiques proposé aux patients lors de leur passage pour lombalgie aiguë commune. 325 patients ont été analysés, parmi eux 89 patients ont bénéficié d'une radiographie standard, ce qui représente 29,5% de la population analysée. 71 d'entre eux ont bénéficié d'une analyse d'urine soit 21,9%, et 30 d'un bilan sanguin soit 9,2% (21).

Au sein de l'analyse américaine, 30,5% IC 95% [28,1% - 32,9%] ont bénéficié d'un bilan radiographique. De plus 18,8% d'entre eux ont reçu une analyse d'urine et 9,7% d'un bilan biologique (22).

Dans notre étude, au sein de la population générale, 30 patients sur les 168 analysés ont bénéficié d'une radiographie du rachis lombaire, soit 17,86% [12.38 ; 24.5]. Nous pouvons donc mettre en évidence une moins grande prescription d'imagerie complémentaire par rapport aux pratiques canadiennes ou américaines. Par ailleurs 25% IC 95% [18.65 ; 32.25] ont reçu un bilan sanguin, et 20,83% une

bandelette urinaire IC95% [14.96 ; 27.76], des chiffres bien au-dessus des résultats retrouvés dans les études canadiennes ou américaines.

Nous avons également dans notre étude, différencié différentes catégories d'âge, afin d'analyser le respect des recommandations HAS. Ce sont les 20-50 ans qui ont le plus bénéficié d'une radiographie du rachis lombaire (18,1% d'entre eux contre 15,38% chez les moins de 20 ans, et 17,95% pour les plus de 50 ans). Les bilans sanguins et urinaires ont été majoritairement prescrits chez les plus de 50 ans, à hauteur de 35,9% et 23,08%.

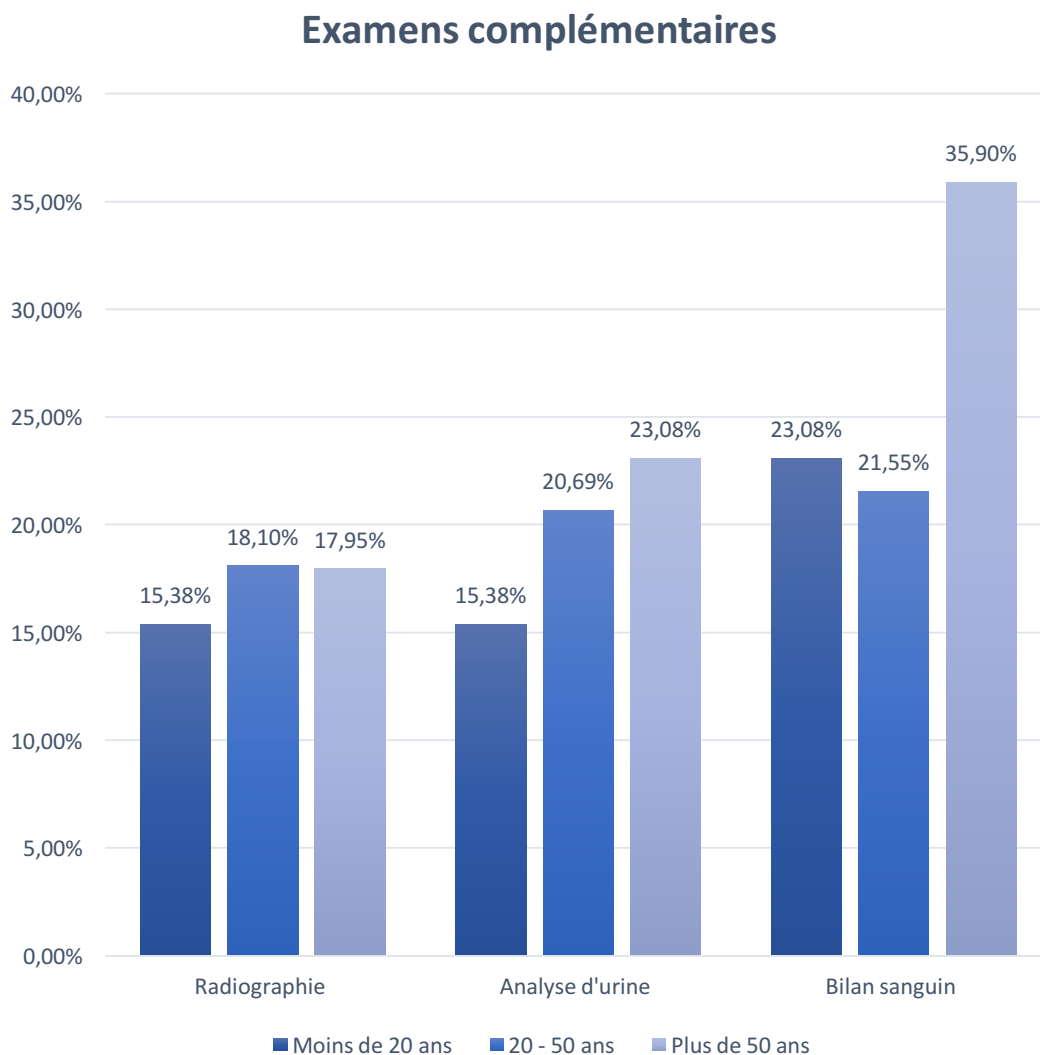


Figure 8 : Description des examens complémentaires en fonction de l'âge

TRAITEMENT INSTAURE AUX URGENCES

Au sein de l'étude canadienne et américaine, on retrouve :

- L'utilisation des antalgiques de palier 1 :

21,5% des patients ont reçu une prescription de paracétamol durant leur passage aux urgences dans l'étude canadienne (21) ; seul 3,8% d'entre eux dans l'étude américaine (22). Dans notre étude, c'est 41,07% des patients qui ont bénéficié d'une antalgie par paracétamol.

- L'utilisation des antalgiques de palier 2 :

Dans l'étude canadienne, le seul antalgique de palier 2 prescrit par les médecins urgentistes est la Tylenol 3, une association de paracétamol et de la codéine. 5,9% des patients ont bénéficié de ce type d'antalgie durant leur passage (21). Au sein de l'étude américaine, le panel d'antalgie considéré comme palier 2 par l'Organisation Mondiale de la Santé est plus large. L'antalgie la plus fréquemment utilisée ici est l'hydrocodone, correspondant à une association de 2 opioïdes : la codéine et la thébaine. 32,3% de la population analysée a reçu un traitement par hydrocodone lors de son passage aux urgences. Le deuxième antalgique de palier 2 utilisé est le propoxyphène, analgésique opioïde synthétique, prescrit à près de 5% des patients lombalgiques (22). Dans notre étude l'antalgie principalement

utilisé est le tramadol prescrit à près de 48% des patients consultant aux urgences de Salengro pour lombalgie aiguë.

- L'utilisation des antalgiques de palier 3 :

Au sein des départements d'urgence américains, un très large panel d'antalgique de palier 3 est utilisé pour les lombalgies aiguës communes : oxycodone, meperidine, hydromorphone, morphine, qui a été utilisé respectivement chez 12,1%, 10%, et 6,4% des patients inclus dans ce recueil (22). Dans l'étude canadienne, le palier 3 le plus fréquemment utilisé est l'hydromorphone, prescrit à près de 1 patient sur 4 (21). Dans notre étude, les antalgiques de palier 3, sont prescrits à hauteur de 7,14%.

En résumé, dans notre étude, la prescription d'antalgique de palier 1 et 2 occupe le premier plan des traitements utilisés en urgence. Néanmoins, il faudrait que la réévaluation de la douleur soit plus fréquente, car la moitié de la population analysée n'a pas bénéficié d'une réévaluation de l'efficacité de son antalgie. Au Canada et aux Etats-Unis, les patients ont pu bénéficier, dans les 2 études, d'une antalgie par palier 3 de façon beaucoup plus fréquente, mais la réévaluation de l'antalgie, n'a pas été étudiée.

- L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens

21% des patients ont reçu un anti-inflammatoire, le plus généralement 100mg de profenid, un pourcentage similaire à l'étude canadienne, ou 28,3% avaient

reçu ce traitement (21). Dans l'étude américaine c'est presque la moitié des patients qui ont bénéficié d'un traitement par AINS (22).

PRESCRIPTION DE SORTIE

Seule l'étude canadienne s'est intéressée comme nous à la prescription médicale de sortie du patient lombalgique. Dans la lignée des prescriptions pendant passage, les ordonnances de sortie sont très différentes entre nos 2 études. En effet seul 6% des patients lombalgiques du registre canadien, sortent avec une prescription de paracétamol (21). Dans notre étude 72% des patients analysés ont reçu une ordonnance avec antalgique de palier 1. 20% de la population canadienne se voyait prescrire un AINS, contre 63% pour notre population étudiée. Ce sont les antalgiques de palier 3, essentiellement l'hydromorphone, qui ont été majoritairement prescrits dans l'étude canadienne, pour 19% des patients. Dans notre recueil, les antalgiques de palier 3 (morphine), ne représentaient que 3% des ordonnances de sortie. Enfin les antalgiques de palier 2, représentaient 14,5% des ordonnances canadiennes, contre 68% pour notre étude.

Cette comparaison met en évidence une vraie différence de prise en charge. Dans notre étude les patients sortent préférentiellement des urgences avec une ordonnance de combinaison médicamenteuse associant des antalgiques de palier I, de palier II et des AINS. Notre étude révèle que 50% d'entre eux ont reçu une ordonnance associant antalgique de palier 1 et 2, et 46% ont bénéficié d'une

ordonnance associant AINS et antalgiques de palier 2. Dans l'étude canadienne ce sont les antalgiques de palier 3 qui sont préférés. Cependant il n'est pas dit dans l'étude canadienne si les patients sortant avec une telle prescription bénéficient également de la réévaluation clinique nécessaire à distance.

PRINCIPAUX RESULTATS

RESPECT DES RECOMMANDATIONS ET IMAGERIE

L'objectif principale de notre étude était d'évaluer les pratiques diagnostiques au sein des urgences du CHRU de Lille, pour les patients présentant une lombalgie aiguë commune, c'est à dire ne présentant pas d'éléments à l'interrogatoire orientant vers une lombalgie symptomatique. La prescription d'imagerie ou non pour les lombalgies aiguës, est dictée par l'HAS depuis 2000 (10) : « En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgente), 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. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel). ».

41% de la population âgée de 20 à 50 ans, bénéficie actuellement d'un certain nombre d'examens complémentaires (Imagerie et/ou Bio) aux urgences. Un recours

systematique à un examen d'imagerie ne serait pas une solution idéale sauf si le résultat attendu est susceptible d'influencer la prise en charge aux urgences. Des études similaires ont mis en évidence une certaine inadéquation entre la prescription d'examen complémentaire et les recommandations, raison principale quant à la réalisation de "guidelines" (23), (24).

Les recommandations de l'ANAES, ne sont donc que trop peu respectées en pratique par les médecins urgentistes dans le cadre de leur prise en charge des patients lombalgiques aiguës. La société française de radiologie a par ailleurs également édité des lignes directives qui ne recommandent pas non plus d'imagerie dans le cadre de lombalgie non symptomatique et viennent appuyer les recommandations de l'ANAES (25).

Plusieurs études réalisées en ambulatoire ont étudié les facteurs influençant la prescription d'examens complémentaires chez le sujet lombalgique. L'influence psychique du patient ou du médecin, est un facteur à ne pas négliger sur la prescription d'investigations complémentaires (26). Pour les praticiens qui sont attachés à la satisfaction de leurs patients, la pression pour prescrire un examen d'imagerie - bien que les recommandations indiquent le contraire - peut-être considérable. Aucune étude n'a été retrouvée quant aux facteurs influençant la prescription des médecins urgentistes au sein d'un service hospitalier. Mais dans une enquête réalisée auprès de médecins américains, 36% ont dit qu'ils prescrivaient une IRM pour un premier épisode de lombalgie aiguë, si le patient se trouvait persuasif dans sa demande, et ce malgré l'information du médecin sur l'inutilité de

cette imagerie (27). On peut aisément croire que cette pression exercée en médecine ambulatoire peut être retrouvée dans un service d'urgence et entraver les efforts du médecin urgentiste sur l'utilisation adéquat des examens complémentaires.

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 informations soigneusement argumentées, on montre une satisfaction équivalente des patients (28). Même si plusieurs études ont déjà pu montrer la difficulté d'influencer le comportement des médecins dans le sens d'une diminution des demandes radiologiques (26), il serait au moins judicieux de pouvoir apporter, au cours d'une consultation aux urgences, une information claire et appropriée au patient, sur l'inutilité et le désavantage de la prescription d'imagerie complémentaire dans le cadre de lombalgie commune.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

L'ANAES nous informe également dans les recommandations que : « Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontractants musculaires (grade B). » (10).

Dans notre étude nous nous satisfaisons que ces recommandations soient respectées. Pendant le passage aux urgences, toutes catégories d'âge confondues, c'est l'antalgie de palier 2 par Tramadol, prescrits à presque 48% des patients, et les AINS, prescrits à plus de 20% des patients, qui ont été le plus utilisés. De plus sur les prescriptions de sortie, 72,02% des patients sont sortis avec une ordonnance de paracétamol, 86,31% des patients sont rentrés avec une prescription de tramadol et/ou d'AINS, et près de 46% se sont vu attribuer un décontractant musculaire au domicile. Ces 3 catégories médicamenteuses, sus citées dans les recommandations de l'ANAES, sont très largement utilisées par le praticien aux urgences de Lille.

Les associations médicamenteuses sont néanmoins beaucoup plus critiquées par la littérature mais pourtant largement utilisées par les médecins dans les services d'urgences (29). Les opioïdes forts sont également décriés dans la littérature pour la prise en charge de la lombalgie aiguë ou chronique. Pour de nombreux auteurs ils doivent être évités au long cours ou en tout cas réservés à des spécialistes (30).

La réévaluation de la douleur des patients au sein des urgences est néanmoins beaucoup plus alarmante. Nous avons pu mettre en évidence dans notre étude que plus de la moitié des patients n'était pas réévalués (55,95%). Cette absence de réévaluation clinique conduit à se poser la question de l'efficacité de l'antalgie délivrée et de l'adaptation nécessaire pour l'ordonnance de sortie. Il serait judicieux de pouvoir proposer un protocole de prise en charge du patient lombalgique, allant de l'accueil par l'infirmière en ZAO jusqu'à sa sortie, avec, si possible, l'introduction dans une filière spécifique ou du moins une réévaluation à distance.

PERSPECTIVE ET PROPOSITION

L'objectif à terme est d'instaurer un nouveau protocole de démarche diagnostique et thérapeutique pour la prise en charge des lombalgies aiguës dans le service d'urgence du CHU de Lille. Le but étant d'uniformiser les pratiques afin d'améliorer la qualité des soins et le temps de transit. Ce travail devra se faire en collaboration avec nos confrères radiologues et rhumatologues.

En complément de la prise en charge actuelle en ZAO, On pourrait envisager :

- 1) De rechercher les « Reds Flags » dès l'accueil en ZAO afin de pouvoir reconnaître au plus tôt les lombalgies aiguës susceptibles d'être symptomatiques.
- 2) D'orienter les patients en fonction de leurs caractéristiques cliniques : Circuit court pour les lombalgies aiguës communes du sujet jeune et Circuit Long pour les lombalgies susceptibles d'être symptomatiques ou nécessitant des investigations complémentaires.

En complément de la prise en charge actuelle aux urgences, on pourrait envisager :

- 1) De proposer une réévaluation à distance de ces patients lombalgiques dans le cadre d'une filière, avec l'aide des spécialistes du CHU et des Hôpitaux et du médecin traitant.

PARTIE 5

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif d'évaluer la prise en charge des lombalgies aiguës communes par les urgentistes du CHU de Lille en se référant aux recommandations ANAES en vigueur depuis 2000 ainsi qu'aux données de la littérature, en l'absence de consensus sur la prise en charge des lombalgies aux urgences. Elle nous a permis d'estimer la proportion de patients bénéficiant d'investigations complémentaires et ainsi de faire le point sur notre pratique afin de pouvoir l'améliorer.

Notre étude a montré que 41% des patients âgés de 20 à 50 ans bénéficient d'investigations complémentaires alors que celles-ci ne sont pas recommandées. A l'inverse, seul 17,95% des patients de plus de 50 ans bénéficient d'une imagerie, alors que cette dernière est indiquée dans ce cas de figure. Cela soulève la question d'une uniformisation des pratiques diagnostiques des médecins urgentistes de Lille, afin d'améliorer nos pratiques.

La prise en charge antalgique des médecins urgentistes de Lille est conforme aux recommandations de l'ANAES.

La mise en place d'un protocole basé sur des accords pluridisciplinaires permettrait de diminuer le nombre d'investigations complémentaires et d'assurer une meilleure prise en charge de la douleur afin d'améliorer la qualité de soin du patient lombalgique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 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.
2. Dossier de presse INPES. Mal de dos : un nouvel outil destiné aux médecins généralistes. 27 Janvier 2004.
3. Edwards J, Hayden J, Asbridge M, Gregoire B, Magee K. Prevalence of low back pain in emergency settings : a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Apr 4 ; 18(1):143.
4. Friedman BW, Chilstrom M, Bijur PE, Gallagher EJ. Diagnostic testing and treatment of low back pain in US emergency departments : a national perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Nov 2015 ; 35(24) : E1406-11.
5. Plénet A, Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Leclerc A. Seeking care of lower back pain in the French population aged from 30 to 69 : the results of the 2002-2003 Décennale Santé survey. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010 May ; 53(4) :224-31, 231-8.
6. Cécile Forgeot. Lombalgie commune. Analyse des recours aux urgences à partir des données oscour®. COPIL OSCOUR®. Santé publique France. 16 mars 2018.
7. Travail et lombalgie. Du facteur de risque au facteur de soin. INRS février 2011. ED 6087.

8. Santé travail : enjeux et actions. Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ? Assurance maladie. Janvier 2017.
9. Acute low back pain problems in adults : assessment and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. Clin Pract Guidel Quick Ref Guide Clin. 1994 Dec ;(14) : 1-25.
10. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution. Texte des recommandations. ANAES. Février 2000.
11. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. Revue du rhumatisme. Novembre 2012; 79 : 27-3.
12. Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain COST B13. European Spine J 2006 ; 15 :S192-S300.
13. Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, et al. Acute low back pain : predictiv index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. Spine Group of the Société française de rhumatologie. Joint Bone Spine 2000 ;67 :456-61.
14. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the french version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. Rev Rhum Engl Ed. 1998 Feb ;65(2) : 126-34.
15. Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al. Efficacy of paracetamol for acute low back pain : a double-blind, randomised controlled trial. Lancet 2014, July 23.

16. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1997 Sep 15 ;22(18):2128-56.
17. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, Van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23 ;(1) :CD000396.
18. Schnitzer TJ. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain *J Rheumatol* 2000 ; 27 :772-8.
19. Muller FO. Comparaison of the efficacy and tolerability of a paracetamol /codeine fixed dose combination with tramadol in patients with refractory chronic back pain. *Arzheim Forsch* 1998 ; 48 :675-9.
20. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier RM, Glowinski J, Le Bars M, et al. Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses : les recommandations de Limoges. *Rev Rhum* 1999;66:651-7.
21. Matthew L. Nunn, Jill A. Hayden, Kirk Magee. Current management practices for patients presenting with low back pain to a large emergency department in Canada. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2017 18/92.
22. Benjamin W. Friedman, MD MS, Mikaela Chilstrom, MD, Polly E. Bijur, E. John Gallagher. Diagnostic testing and treatment of low back pain in US emergency departments. A national perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 November 15 ;35(24) :E1406-E1411.

23. Balaqué F, Dubler J. Place de l'imagerie dans la douleur lombaire : limites et réflexions. *Revue médicale Suisse*. 2013 ; 9 : 1351-1359.
24. Schlemmer E, Mitchiner JC, Brown M, Wasilevich E. Imaging during LBP ED visits a claims based descriptive analysis. *Am J Emerg Med*, 2015 Mar ;33(3) :414-8.
25. 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.
26. 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.
27. Deyo RA. Imaging idolatry. *Arch Intern Med*. 2009 ; 169 : 921-923.
28. Kochen Mm et al. Imaging for low back pain. *Lancet*. 2009; 374 : 436-437
29. Childers MK, Borenstein D, Brown RL, Gershon S, Hale ME, Petri M, Wan GJ, Laudacio C, Harrison DD. Low-dose cyclobenzaprine versus combination therapy with ibuprofen for acute neck or back pain with muscle spasm : a randomized trial. *Curr Med Res Opin*. 2005 Sep ;21(9) :1485-93.
30. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, et al. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3) :CD004959. Review. Update in : *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ;8 :CD004959.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de DALLAS (1)

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout		parfois		tout le temps
0 % (				) 100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)		moyennement		je ne peux pas sortir du lit
0 % (				) 100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)		moyennement		je ne peux rien soulever
0 % (				) 100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant		presque plus	plus du tout
0 % (				) 100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)		moyennement		je ne peux pas rester assis(e)
0 % (				) 100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)		moyennement		je ne peux pas rester debout
0 % (				) 100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)		moyennement		je ne peux pas dormir du tout
0 % (				) 100%

Total X 3 = -----% de répercussion sur les activités quotidiennes

Echelle de DALLAS (2)

8. La vie sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc....) ?

pas du tout (ma vie sociale est comme avant)	moyennement	je n'ai plus aucune activité sociale
0%(		100%)

9. Les déplacements en voiture:

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

pas du tout (je me déplace comme avant)	moyennement	je ne peux me déplacer en voiture
0%(		100%)

10. Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

pas du tout (elle ne me gêne pas)	moyennement	je ne peux pas travailler
0%(		100%)

Total X 5 = ----- % de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11. L'anxiété /Le moral:

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

je fais entièrement face (pas de changement)	moyennement	je ne fais pas face
0%(		100%)

12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

je les contrôle entièrement (pas de changement)	moyennement	je ne les contrôle pas du tout
0%(		100%)

13. La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

je ne suis pas déprimé(e)	je suis complètement déprimé(e)
0%(	100%)

Total X 5 = ----- % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14. Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

pas de changement	changement radical
0%(	100%)

15. Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc..) ?

aucun soutien nécessaire	soutien permanent
0%(	100%)

16. Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

pas du tout	parfois	tout le temps
0%(		100%)

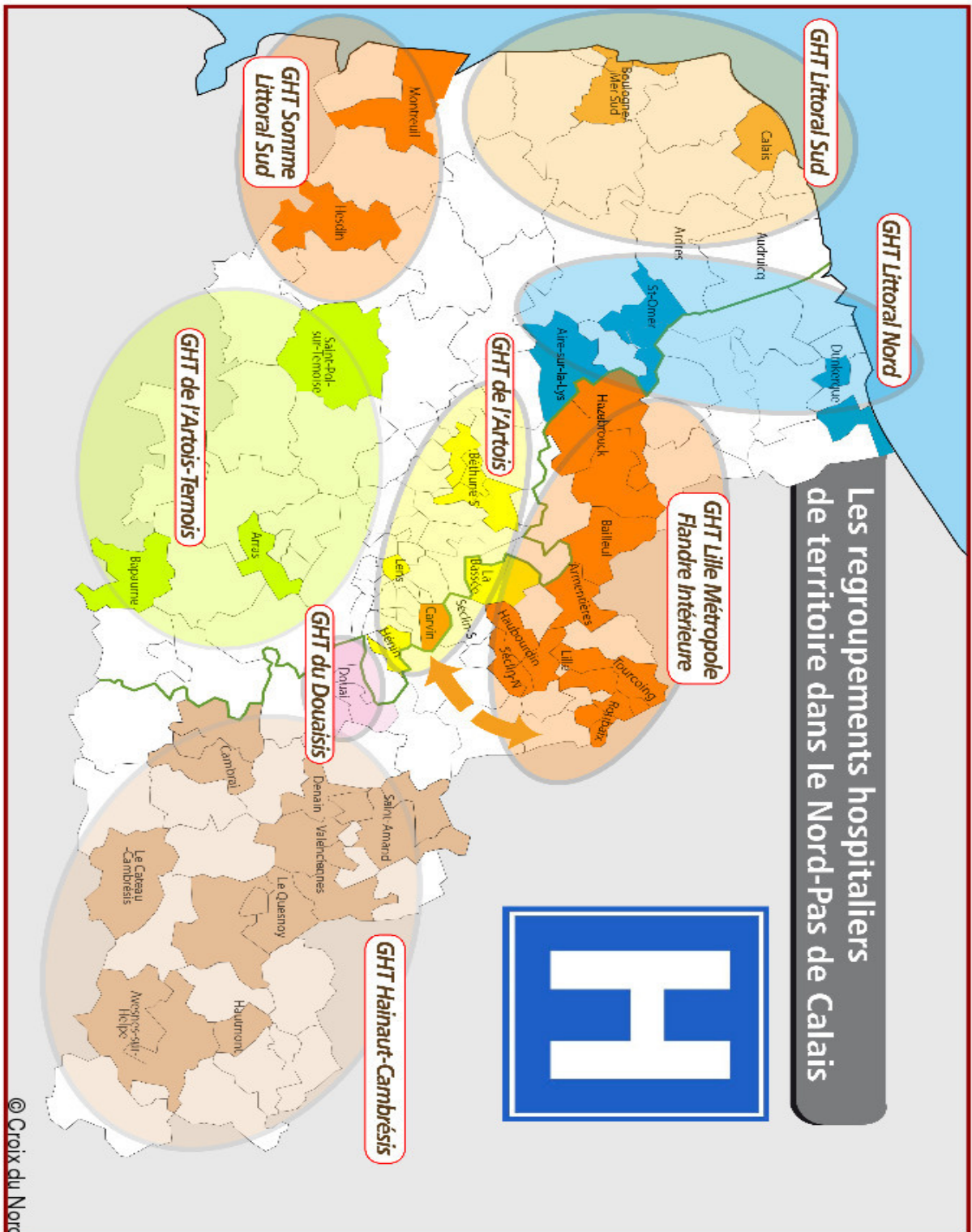
Total X 5 = ----- % de répercussion sur la sociabilité

Annexe 2 : Classe des antalgiques selon l'OMS

LES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTALGIQUES

	ANTALGIQUES PALIER I	ANTALGIQUES PALIER II	ANTALGIQUES PALIER III	TRAITEMENTS ADJUVANTS
VOIE ORALE	<p>Paracétamol Dafalgan® Doliprane® Efferalgan®</p> <p>Anti-Infl. Non Stéroïdiens Dicloufénac (Voltarène®) Kétoprofène (Profénid®) Celecoxib (Celebrex®) Ibuprofène (Advil®) Naproxène (Apranax®) Indométacine (Indocid®) Piroxicam (Feldène®) Flurbiprofène (Cebutid®)</p> <p>Aspirine</p> <p>Noramidopyrine (Viscéralgine forte®)</p>	<p>Paracétamol-Codéine Dafalgan codéine® Efferalgan codéiné® Codoliprane® Algisedal®</p> <p>Paracétamol-Dextropropoxyphène Di-Antalvic®</p> <p>Dihydrocodéine Dicodein®</p> <p>Tamadol Topalgic®, Contramal®, Zamudol®</p> <p>Paracétamol-Tamadol Ixprim®, Zalidar®</p>	<p>Sulfate de Morphine Actiskénan®, Sevrédo® Skénan® LP Moscontin® Kapanol® LP</p> <p>Hydromorphone Sophidone® LP</p> <p>Oxycodone Oxynorm® Oxycotin® LP</p>	<p>Antispasmodiques Spasfon® (Phloroglucinol) Débridat® (Trimébutine) Méteospasmyl® (Alvérine)</p> <p>Myorelaxants Coltramyl® Myolastan®</p> <p>Corticostéroïdes Prednisone (Cortanelyl®) Prednisolone (Solupred®) Méthylprednisolone (Solumedrol®)</p> <p>Hypnotiques, Anti-épileptiques</p> <p>Bisphosphonates, Calcitonine</p> <p>Anti-dépresseurs</p>
VOIE PARENTÉRALE	<p>Paracétamol Perfalgan®</p> <p>Anti-Infl. Non Stéroïdiens Dicloufénac (Voltarène®) Kétoprofène (Profénid®)</p>	<p>Tramadol Topalgic®, Contramal®</p> <p>Nétopam Acupan®</p>	<p>Chlorhydrate de Morphine Morphine injectable</p>	<p>Antispasmodiques Spasfon®, Débridat®</p> <p>Myorelaxant Coltramyl®</p> <p>Corticostéroïde Solumedrol®</p>
VOIE TRANSDERMIQUE			<p>Fentanyl transdermique Durogésic®</p>	<p>Lidocaïne/Prilocaine Emla®, Emlapatch®</p> <p>Lidocaïne Xylocaïne®</p> <p>Capsaïcine</p>

Annexe 3 : Situation géographique



Annexe 4 Déclaration de la CNIL



RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2208000 v 0

du 03 octobre 2018

Monsieur FICHOU Alexandre
HOPITAL SALENGRO - HOPITAL B CHR LILLE
CITE HOSPITALIÈRE 2 AVENUE OSCAR LAMBRET
59037 LILLE

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : HOPITAL SALENGRO - HOPITAL B CHR LILLE

Service : POLES URGENCES

Adresse : CITE HOSPITALIÈRE 2 AVENUE OSCAR LAMBRET

Code postal : 59037

Ville : LILLE

N° SIREN ou SIRET :

265906719 00173

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 0320445962

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 03 octobre 2018
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : Nom : Fichou

Prénom : Alexandre

Date de Soutenance : 19/10/2018

Titre de la Thèse : Stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies aiguës communes : évaluation des pratiques professionnelles aux urgences du CHRU de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine d'urgence

DES + spécialité : DES Médecine Générale + DESC Médecine d'Urgence

Mots-clés : Lombalgie aiguë commune - diagnostique - thérapeutique - urgence

Résumé :

Contexte : La lombalgie aiguë est un problème de santé publique, par le nombre de sujet qu'elle touche. Elle est un motif fréquent de passages aux Urgences. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques démographiques et cliniques des patients présentant une lombalgie aiguë commune, ainsi que les stratégies diagnostiques et thérapeutiques employées par les Urgences du CHU de Lille et leur prise en charge ultérieure

Méthode : Nous avons mené une étude, épidémiologique, descriptive, observationnelle, rétrospective et monocentrique sur une période de 3 mois. Nous avons sélectionné un échantillon aléatoire simple de 168 participants adultes qui se sont présentés aux urgences pour lombalgie aiguë commune, avec recueil des données démographiques, des tests diagnostiques radiologiques, sanguins et urinaires et de leurs thérapeutiques aux urgences et à la sortie.

Résultats : Les participants avaient un âge médian de 40 ans et 53% étaient des hommes. Le score de douleur était le plus souvent déclaré comme étant d'intensité sévère, avec plus de 50% des patients ayant une EVN supérieur ou égal à 8. Le temps de transit moyen était de 262,5 minutes. Parmi les médicaments administrés, le tramadol (47%), le paracétamol (41%) et le profenid (21%) étaient les plus fréquemment utilisés seuls ou en association.

Conclusions : Nous avons présenté une description d'un échantillon aléatoire de patients consultants aux urgences du CHU de Lille pour lombalgie aiguë commune. En l'absence de recommandations françaises et/ou internationales sur la prise en charge des lombalgies aux urgences, nous avons identifié des axes d'amélioration afin d'améliorer nos pratiques sur le plan diagnostique et thérapeutique.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le professeur Éric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphael Favory

Monsieur le Docteur Jean-Marie Renard

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Bahram Chaybany

