

**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente plus de 2 700 médecins de famille en Alberta. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

**Révision : 13 juillet 2016**

**Mise à jour des données probantes : Aucune nouvelle donnée probante**

**Conclusion : Aucune modification**

**Première publication : 4 janvier 2010**

## **Radiographies pour la lombalgie non spécifique : un mal non spécifique?**

### **Question clinique : Les radiographies lombaires modifient-elles les résultats des patients souffrant de lombalgie non spécifique?**

**Conclusion : Pour la lombalgie non spécifique, les radiographies ne font rien pour améliorer les résultats et pourraient en aggraver certains (comme la douleur).**

#### **Données probantes**

Méta-analyse et examen plus approfondi du meilleur essai clinique randomisé (ECR).

- Méta-analyse<sup>1</sup> – six essais (1 804 patients), dont deux portant sur les examens par IRM et tomodensitométrie et quatre portant sur les radiographies. De 0 à 44 % des patients souffraient de névralgie sciatique.
  - Qualité relativement bonne, mais grande hétérogénéité (sauf pour la douleur).
  - Les résultats à court terme et à long terme pour la douleur, la fonctionnalité, la qualité de vie, la santé mentale et la satisfaction des patients ne différaient pas de façon significative.
    - La douleur après le seuil de trois mois était pire avec la radiographie (différence de moyennes standardisées de 0,19, intervalle de confiance – 0,01 à 0,39).
- ECR<sup>2</sup> réalisé au Royaume-Uni et regroupant 421 patients de médecine générale souffrant de lombalgie depuis six semaines ou plus :
  - Après trois mois, une différence statistiquement significative a été observée par rapport à ce qui suit :
    - Proportion de patients qui ressentaient encore de la douleur : 74 % des patients ayant reçu une radiographie par rapport à 65 %, nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 12.
    - Proportion de patients nécessitant une visite de suivi chez le médecin : 53 % des patients ayant reçu une radiographie par rapport à 30 %, NNN = 5.
    - État de santé autoévalué : 5 % pire chez le groupe ayant reçu les

- radiographies.
- Après six mois, les résultats avaient atteint le seuil de signification, mais n'étaient pas statistiquement significatifs.
- Cependant, 80 % des patients et plus dans les deux groupes voulaient des radiographies.
  - Les patients ayant reçu des radiographies étaient plus satisfaits de leur visite.
  - Les résultats des radiographies n'étaient pas en corrélation avec les résultats cliniques.

## Contexte

- Les examens précoces par IRM et tomodensitométrie n'améliorent pas non plus les résultats<sup>1</sup>.
- Un ECR qui a comparé directement l'examen par IRM et la radiographie lombaire n'a constaté aucune différence<sup>3</sup>.
- Trois lignes directrices provenant de l'Alberta<sup>4</sup>, de l'Europe<sup>5</sup> et des États-Unis<sup>6,7</sup> déconseillent toutes les radiographies lombaires de routine pour les lombalgies non spécifiques.
- La lombalgie non spécifique est une douleur au bas du dos sans pathologie reconnaissable ou connue (p. ex. une infection, une tumeur, l'ostéoporose, la spondylarthrite ankylosante, une fracture, un processus inflammatoire, un syndrome radiculaire ou le syndrome de la queue de cheval)<sup>4-6</sup>.
- Les résultats et les recommandations de cette étude ne s'appliquent pas aux douleurs lombaires associées à une pathologie soupçonnée (notamment des changements neurologiques progressifs ou une infection).
  - Un examen plus approfondi est justifié pour ces patients.

## Auteurs originaux

G. Michael Allan, M.D., CCMF, et G. Richard Spooner, M.D., CCMF

## Mise à jour

Ricky D Turgeon, B. Sc. (pharmacie), ACPR, Pharm. D.

## Révision

G. Michael Allan, M.D., CCMF

1. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Lancet. 2009;373:463-472.
2. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. BMJ. 2001 Feb 17;322:400-405.
3. Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. JAMA. 2003;289:2810-2818.
4. [http://www.topalbertadoctors.org/informed\\_practice/cpgs/low\\_back\\_pain.html](http://www.topalbertadoctors.org/informed_practice/cpgs/low_back_pain.html). Consulté le 27 août 2013.
5. [http://www.kovacs.org/descargas/EuropeanGuidelinesfortheManagementofAcuteNon-specificLowBackPain\(54paginas\).pdf](http://www.kovacs.org/descargas/EuropeanGuidelinesfortheManagementofAcuteNon-specificLowBackPain(54paginas).pdf). Consulté le 27 août 2013.
6. Chou R, Qaseen A, Snow V, et al. Ann Intern Med. 2007;147:478-491.
7. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Ann Intern Med. 2011;154:181-189.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens. Les articles archivés sont disponibles sur le site *Web Toward Optimized Practice* et le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.

