



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Yanis NASRI

le 23 Mai 2017

Etude descriptive de la prise en charge des lombosciatalgies dans la Structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges

Membres du jury

Président : M. le Professeur BOLLAERT Pierre-Edouard

Juges : M. le Professeur AUQUE Jean

M. le Professeur ANXIONNAT René

M. le Docteur ALBIZZATI Stéphane (Directeur de thèse)



16 février 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-
section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :
(Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE **2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)**

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*) **2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA **4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)**

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANTHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Président du jury de thèse

**Professeur des Universités et chef de service de Réanimation médicale au C.H.R.U Hôpital
Central de Nancy**

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de la présente thèse, des précieux conseils dont vous m'avez fait part, mais également des précieux enseignements que vous dispensez tout au long du cursus universitaire. Veuillez trouver l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur René ANXIONNAT

**Professeur des Universités et chef de service de Neuroradiologie au C.H.R.U Hôpital Central de
Nancy**

Je vous remercie très sincèrement de l'honneur que vous me faites de prendre le temps de juger ce travail. Veuillez-y trouver toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean AUQUE

**Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Neurochirurgie au C.H.R.U Hôpital
Central de Nancy**

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de ma très vive gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Stéphane ALBIZZATI

Directeur de thèse

Praticien Hospitalier en Médecine d'Urgence au C.H. de Saint-Dié des Vosges

Tu m'as fait part de tes connaissances et de tes nombreux conseils pour mener à terme ce travail. Je te remercie pour tout le temps que tu as consacré à encadrer cette thèse. Soit assuré de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs

Hugues LOISON (Médecin physique – Réadaptateur)

Jamil MACHOUR (Chirurgien orthopédiste)

Qui ont permis de rendre ce travail possible et de m'avoir prodigué de précieux conseils. Je vous remercie pour votre aide et de votre expertise.

A ma maman, qui a toujours cru en moi et qui m'a soutenu dans les moments les plus difficiles. Tu as toujours été présente pour me donner la force et l'envie d'aller jusqu'au bout de ces longues études. Rien n'aurait évidemment été possible sans toi. Je t'aime.

A mon papa, toi qui a donné tellement d'énergie à me donner le gout du travail. Ton soutien inconditionnel m'a été tellement précieux pendant toutes ces années. Je sais que cet aboutissement est important pour toi, je te le dois. Je t'aime.

A mon frère Benjamin, qui a suivi mes pas courageusement. Je te souhaite de réussir dans ce vaste champ de bataille. A notre sérieuse concurrence dans le Mario Kart et le Smash Bros game. Je t'aime aussi même si on ne se le dit jamais.

A toute la famille : Mamy, Nabila, Nina, Daniel, Nachida, Atmane, Linda, Fati, Cédrik, Karim, Célia, Ryan, Elies ; que je n'ai certainement pas assez vu pendant tout ce temps que j'ai passé à bachoter et à zoné dans les services hospitaliers. Il fallait bien le faire et je pense que l'on peut à présent rattraper le temps perdu. Je vous aime.

A la mémoire de **Papy**, que j'ai malheureusement connu que trop jeune...

A la team de la faculté : **Anthony, Benjamin, Fanny, François, Frédéric, Matthieu, Noémie.** Tellement d'heures passés ensemble à la BU, mais un plaisir intact à voir vos faces et à partager plein de moment extra-universitaire après toutes ces années. Merci pour tous ces moments, pour votre bonne humeur, pour tout ce qu'on a vécu en autarcie sur le plateau de Brabois. Merci d'être encore là. Pourvu que ça dure !

Mais également à tous les autres du crew : **Camille, Christelle, Clara, Cyril, Daniel, Edouard, Francis, Gwenaël, Jean-Baptiste, Mounir, Pascaline, Raph.** Que nos chemins se soient croisés sur internet, un vendredi soir, ou peu importe, merci également à vous tous. Je suis vraiment heureux de vous avoir pour amis. Pourvu que ça dure également !

A **Sébastien et Aurel** : merci de m'avoir suivi pendant toutes ces années. Merci pour toute ces soirées à refaire le monde, et les barbecues aussi quand même. Vous êtes vraiment des personnes géniales.

A la fine équipe de P1 : **Anne-Catherine et Vanessa.** On a passé une année ensemble dans un amphithéâtre à apprendre à maîtriser les arts du côté obscur avec Vador. C'était il y a plus de 10 ans, mais j'en reste nostalgique. Alors merci à vous deux.

Merci à mes amis du Lycée : **Arnould, Julie, Stéphane & Nadège** (même si tu n'étais pas à Poincaré).

Et à ceux d'avant encore, à qui je pense encore même s'il est rare que l'on puisse se voir : **Anthony, Eddy, Maxime, Mathieu.**

Merci à **Sarah** également... et à tous les amis que je n'ai pas cités.

Merci aux internes de :

- Saint-Dead : **Agathe, Alice, Camille, Carole, Emeline, Emilie, Estelle, Etienne, François, Jeanne.** Outre top-chef et le bière-pong, on forme une bonne petite équipe même post-stage.
- SAU-Nancy : **Marc, M'bola, Olivier, Pauline, Samir.** Une drôle de période et un semestre inoubliable. Je reste fier de représenter le côté obscur de la Force.
- Expandables : **Anthony, les 2 Baptistes, François, Marc, Thomas, Yann.** Semestre de la consécration à Mario Kart et d'apprentissage de babyfoot. Cette immersion à Sarrebourg fut fort sympathique avec vous.

Merci à **Géraldine.** Pour le stage praticien très sympathique, mais également pour les soirées !

Merci à ceux qui ont participé à ma formation durant mon cursus : les équipes paramédicales, médecins, internes et externes...

Et merci à toutes les personnes que j'ai oublié mais qui sont dans mon cœur.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BZD : Benzodiazépines

C.H. : Centre Hospitalier

C.H.R.U : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies version 10

COFER : Collège Français des Enseignant en Rhumatologie

COFEMER : Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation

CRP : C-reactive-protein (Protéine C Réactive)

DD : Discopathie Dégénérative

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HD : Hernie Discale

IAO : Infirmier(-ère) d'Accueil et d'Orientation

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IV : Intraveineux

LS : Lombosciatalgie

MADI : Maintien A Domicile Impossible

MRC : Medical Research Council

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACS : Picture Archiving and Communication System

PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

PO : per-os

ROT : Reflexe Ostéo-Tendineux

S.A.M.U : Service d'Aide Médicale d'Urgence

S.M.U.R : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TDM : Tomodensitométrie (scanner)

U.H.C.D. : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VS : Vitesse de Sédimentation

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	17
INTRODUCTION.....	21
RAPPELS ET REVUE DE LA LITTERATURE	25
1. RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE SUR LA LOMBOSCIATALGIE	26
2. ANATOMIE LOCOREGIONALE [14-17].....	27
2.1 Anatomie vertébrale.....	27
2.2 Les disques intervertébraux [18]	27
2.3 Anatomie du système nerveux périphérique local [14-18]	28
3. LES RADICULOPATHIES [14-18]	30
3.1 Définition	30
3.2 Caractéristiques de la douleur neuropathique périphérique [17]	30
3.3 Théorie de la réaction inflammatoire.....	31
4. PARTICULARITES ET CONSEQUENCES CLINIQUES DE LA RADICULOPATHIE L5 ET S1 [17]	32
4.1 Syndrome radiculaire	32
4.2 Syndrome rachidien.....	33
5. CADRE NOSOLOGIQUE DE LA LOMBOSCIATALGIE [14]	34
5.1 Notion de lombosciatalgie	34
5.2 Lombosciatalgie commune.....	34
5.2.1 Hernies discales.....	34
5.2.2 Discopathie dégénérative	35
5.3 Lombosciatalgies avec critères de gravité	35
5.3.1 Formes déficitaires / paralysantes	35
5.3.1.1 Déficit moteur du membre inférieur	36
5.3.1.2 Le syndrome de la queue de cheval	36
5.3.2 Formes hyperalgiques	37
5.4 Lombosciatalgies symptomatiques	37
6. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS.....	38
7. RECOMMANDATIONS ACTUELLES POUR LE DIAGNOSTIC POSITIF DES LOMBOSCIATALGIES	39
7.1 En cas de lombosciatalgie déficitaire/paralysante	39
7.2 En cas de lombosciatalgie hyperalgique	39
7.3 En cas de lombosciatalgies symptomatiques	40
7.4 En cas de lombosciatalgie commune sans critères de gravité (sans déficit et non hyperalgique)	40
7.4.1 Douleurs depuis 6 semaines ou moins.....	40
7.4.2 Douleurs depuis plus de 6 semaines [1].....	41
7.4.3 Eléments d'imagerie orientant vers une lombosciatalgie commune.....	41
7.4.3.1 Radiographies standards	41
7.4.3.2 Imagerie en coupe : scannographique ou par résonance magnétique	42
8. TRAITEMENT DES LOMBOSCIATALGIES	45
8.1 Evaluation de la douleur aux urgences.....	45
8.2 Traitement hospitalier de la douleur [25]	45
8.2.1 Douleur faible / $EN \leq 3$	45

8.2.2	Douleur modérée / EN 4 à 6.....	45
8.2.3	Douleur intenses / EN ≥ 7.....	46
8.2.4	Place de la corticothérapie systémique dans les lombosciatalgies	46
8.3	Traitement ambulatoire de la douleur [25].....	47
8.4	Autres domaines de prise en charge	47
8.5	Place des infiltrations cortisoniques.....	48
8.6	Traitement chirurgical	49
8.6.1	Généralités	49
8.6.2	Indications opératoires aux urgences	49
8.6.3	Choix de la méthode chirurgicale.....	50
8.7	Quand hospitaliser une lombosciatalgie ?.....	51
ETUDE.....		52
1.	MALADES ET METHODE	53
1.1	Objectifs.....	53
1.2	Type d'analyse statistique et patients.	53
1.3	Matériel : recueil des données sur Résurgences	53
1.4	Critères de jugement	54
2.	Résultats	55
2.1	Fréquence des lombosciatalgies dans la Structure d'Urgence de Saint-Dié	55
2.2	Etude de la population	55
2.2.1	Age, Sexe, Indice de Masse Corporelle	55
2.2.2	Antécédents	56
2.2.3	Facteurs déclenchants.....	57
2.2.4	Professions et accidents de travail	57
2.2.5	Parcours de soins jusqu'aux urgences.....	58
2.2.6	Délai entre le début des symptômes et la consultation aux urgences	58
2.3	Les différentes formes de lombosciatalgie.....	58
2.4	Examens complémentaires dans les lombosciatalgies	59
2.4.1	Prises de sang réalisées	60
2.4.2	Examens d'imagerie réalisés	60
2.4.3	Comptes-rendus des imageries réalisées.....	61
2.5	Traitements prescrits et évaluation de la douleur aux urgences	62
2.5.1	Echelle de la douleur	62
2.5.2	Prescriptions intra-hospitalière totales au sein de la Structure d'Urgence	63
2.5.3	Traitements administrés dans le cadre du protocole antalgique IAO	64
2.5.4	Prescriptions d'antalgiques aux urgences selon le type de lombosciatalgie	65
2.5.5	Traitement de sortie des urgences pour les lombosciatalgies non-complicées	66
2.6	Orientation des patients	67
2.6.1	Retour à domicile	67
2.6.2	Durée de prise en charge des lombosciatalgies non-complicées	68
2.6.3	Patients hospitalisés au sein du C.H. de Saint-Dié hors U.H.C.D.	69
2.6.3.1	A propos des examens d'imagerie réalisés au cours de l'hospitalisation	69
2.6.3.2	Prise en charge thérapeutique spécifique entreprise en hospitalisation et durée d'hospitalisation.....	70
2.6.4	Patients hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D.).....	71
2.6.5	Avis neurochirurgicaux demandés aux urgences et transferts en service de neurochirurgie.	72
2.6.6	Répartition des transferts inter-hospitaliers.....	73
2.6.7	Devenir des patients non hospitalisés.....	74

DISCUSSION	76
1. ETUDE DE LA POPULATION	77
2. ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES LOMBOSCIATALGIES AUX URGENCES DE SAINT-DIE ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	77
2.1 Examens complémentaires réalisés	77
2.1.1 Lombosciatalgies non-complicées	77
2.1.2 Lombosciatalgies symptomatiques	78
2.1.3 Lombosciatalgie hyperalgiques	79
2.1.4 Lombosciatalgies de plus de 6 semaines.....	79
2.1.5 Lombosciatalgies paralysantes.....	79
2.2 A propos des traitements antalgiques prescrits et de la douleur	80
2.2.1 La corticothérapie	80
2.2.2 Les lombosciatalgies hyperalgiques	80
2.2.3 Evaluation de la douleur	81
2.2.4 A propos du protocole antalgique IAO.....	81
2.2.5 Traitements de sortie prescrits	82
2.3 Hospitalisations, transferts et du devenir des patients.....	83
2.3.1 Lombosciatalgies non-complicées	83
2.3.2 Cas des hospitalisations directes en secteur.....	85
2.3.3 Avis neurochirurgicaux.....	85
2.3.4 Devenir des patients	86
3. LIMITES DE L'ETUDE.....	88
3.1 Biais de recrutement des patients.....	88
3.2 Biais d'information	88
4. PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE STANDARDISEE DES LOMBOSCIATALGIES AUX URGENCES DU C.H. DE SAINT-DIE.....	89
CONCLUSION.....	91
ANNEXES	94
Annexe A : Tableau des diagnostics selon la classification internationale des maladies vers 10 (CIM-10) inclus dans l'étude	95
Annexe B : Tableaux de description de la population	96
Annexe C : Répartition du type de lombosciatalgies parmi les patients	97
Annexe D : Tableaux concernant les examens complémentaires prescrits dans les lombosciatalgies	98
Annexe E : Tableaux à propos de la prescription d'antalgiques et de l'évaluation de la douleur	99
Annexe F : Tableaux à propos de l'hospitalisation des patients atteints de lombosciatalgie	102
Annexe G : Arbre de protocole de prise en charge standardisée des lombosciatalgies aux urgences du C.H. de Saint-Dié des Vosges	104
Annexe H : Annexe relative au protocole de prise en charge standardisée des lombosciatalgies proposé pour la Structure d'Urgence de Saint-Dié	105
BIBLIOGRAPHIE	108

INTRODUCTION

Les lombosciatalgies sont un problème de santé publique dont la prise en charge est parfaitement codifiée [1]. C'est un motif fréquent de consultation en médecine générale mais également dans les Structures d'Urgence. La lombosciatalgie désigne la composante douloureuse d'une radiculopathie. Cette douleur constitue le motif d'entrée principal du patient aux urgences et peut constituer une urgence diagnostique et thérapeutique.

Dans ce cadre nosologique, il faut orienter prioritairement la prise en charge du patient vers celle de la douleur. Selon les caractéristiques de la symptomatologie présentée par le patient, des examens complémentaires peuvent être demandés, parfois en urgence, afin de définir un diagnostic précis et une conduite-à-tenir associée. Dans tous les cas, ces patients doivent pouvoir faire l'objet d'un suivi après leur passage aux urgences, du fait du risque de chronicité, de récurrence de ces douleurs ou de diagnostic tardif.

Les lombosciatalgies peuvent s'associer à une symptomatologie de souffrance radiculaire pouvant constituer une urgence neurochirurgicale. Sachant que dans les hôpitaux dits « de périphérie », comme le Centre Hospitalier de Saint-Dié, il n'existe pas de plateau technique de neurochirurgie. Dans ces conditions, il est donc primordial de poser un diagnostic précoce de ces formes graves. Afin de déterminer les formes nécessitant une prise en charge neurochirurgicale, un avis spécialisé est requis en tenant compte aussi bien de la clinique que de l'imagerie réalisée.

Les images sont alors télétransmises entre les PACS (Picture Archiving and Communication System) de la structure « périphérique » vers le Centre Hospitalo-Universitaire où l'avis a été demandé. Les services de neuroradiologie affiliés reçoivent et interprètent ces images conjointement avec les neurochirurgiens. Si l'avis se prononce en faveur d'une prise en charge neurochirurgicale, il est organisé un transfert inter-hospitalier dans le service concerné.

Pour rappel, les 3 centres neurochirurgicaux les plus proches sont : l'Hôpital Pasteur du Centre Hospitalier de Colmar qui est situé à 64 km, l'Hôpital Central du Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy qui est situé à 85 km, l'Hôpital de Haute-pierre du Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg qui est situé à 93 km.

Actuellement à partir des urgences, le choix se porte sur le Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy si le patient l'accepte. Ce choix est lié à la proximité mais également aux nombreux médecins urgentistes qui ont travaillé au C.H.U. de Nancy et qui en connaissent parfaitement la structure et la compétence.

Dans certains cas, les urgentistes peuvent faire appel aux ressources de l'hôpital de Saint-Dié. Sur site, un rhumatologue est disponible dans le cadre de ses consultations et réalise durant 2 demi-journées par semaine des gestes mini-invasifs (environ 1000 gestes par an) comme des infiltrations cortisoniques, des nucléotomies percutanées ou des nucléolyse chimio-induites et ce dans des conditions optimales soit au bloc opératoire et sous scopie. L'urgentiste peut également avoir recours à l'avis du chirurgien orthopédiste ayant des compétences en chirurgie rachidienne.

L'urgentiste doit donc non seulement être capable de détecter la forme grave de la lombosciatalgie, d'en maîtriser l'importance de la douleur, d'éviter les pièges diagnostiques et d'en connaître les diagnostics différentiels mais aussi de pouvoir solliciter et cibler le « bon » spécialiste selon la forme clinique. Il doit être capable également d'en assurer le suivi, son travail ne devant pas s'arrêter à la consultation d'urgence mais à pouvoir, dans certains cas, donner aux patients les moyens d'un suivi ambulatoire.

Qu'en est-il réellement au quotidien dans la structure des urgences du C.H. de St Dié des Vosges ? En l'absence de procédure protocolisée la prise en charge est laissée à la libre appréciation de l'urgentiste lequel, s'il peut suivre les recommandations des sociétés savantes, ne possède aucun outil d'aide à la décision qui pourrait le conduire à s'adapter localement aux ressources existantes et à un meilleur suivi ambulatoire. Pour le savoir nous avons recueilli et analysé, selon une méthode descriptive, les dossiers relatifs à la prise en charge des lombosciatalgies du 1^{er} Septembre 2014 au 1^{er} Septembre 2016.

Nous commencerons la première partie de notre travail en tentant de situer l'importance et la place prise par les lombosciatalgie dans notre système de soins où peu de données sont relevées dans la littérature française comme internationale. Nous ferons ensuite un bref rappel des notions d'anatomie et de physiopathologie qui aideront le lecteur à comprendre les conséquences symptomatiques des radiculopathies dont nous préciseront la définition et les caractéristiques cliniques de ses localisations lombaires et sacrées et ses formes avec critères de gravité.

Nous conclurons cette partie par les différentes thérapeutiques disponibles dans cette pathologie à mettre en œuvre en fonction des éléments nosologiques précédemment détaillés.

Dans une seconde partie, nous analyserons, dans une étude rétrospective descriptive longitudinale, 280 dossiers de patients pour lesquels le diagnostic de lombosciatalgie a été posé aux urgences du C.H. de Saint-Dié. Cette étude décrit la manière avec laquelle les

médecins urgentistes prennent en charge cette pathologie, que ce soit en matière de prescriptions d'examens complémentaires, de traitements ou d'orientation du patient.

La dernière partie sera consacrée à la discussion des résultats mis en évidence par cette étude descriptive. Tout en se conformant aux restrictions du plateau technique local, il s'agira d'en extraire les données pertinentes en les confrontant aux recommandations en vigueur et à la littérature disponible.

Enfin, pour aller encore plus loin qu'une analyse purement descriptive nous avons souhaité prolonger notre travail en apportant à l'urgentiste du C.H. de St Dié des Vosges un véritable outil d'aide à la décision devant un diagnostic évoquant celui de la lombosciatalgie. Il s'agira d'évoquer tout le processus local qui a abouti à la mise en place d'une procédure protocolisée en insistant sur son caractère multidisciplinaire.

**RAPPELS ET REVUE DE LA
LITTERATURE**

1. RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE SUR LA LOMBOSCIATALGIE

La lombosciatalgie commune est un motif fréquent de consultation en médecine générale et en médecine d'urgence.

L'incidence annuelle est difficile à évaluer en raison des définitions multiples que l'on retrouve dans la littérature. Elle est estimée entre 2 % et 14 % [2-3].

Sa prévalence au cours de la vie est estimée de 1.2 % à 43 % selon une revue de la littérature épidémiologique de 2008 [4]. Il est considérablement difficile d'améliorer la précision de cette valeur en raison de la grande variabilité des méthodes d'études et des définitions de lombosciatalgie utilisées dans chacune d'entre-elles, mais semble approchée les 2 à 3%. Son évolution est spontanément favorable avec une guérison sous 8 semaines dans 80% des cas. Sans intervention chirurgicale, 95% des patients guérissent en un an. [5-6]

Le nombre d'interventions chirurgicales aux Etats-Unis atteint les 240.000 par an engendrant un coût estimé à 5 milliards de dollars [7]. Sachant que ce taux demeure très variable d'un pays à l'autre [8]. Si la chirurgie en matière d'efficacité atteint les 71 à 85% [9], elle en demeure pas moins responsable de complications dans 1 à 3% des cas. [10]

Les lombosciatalgies persistantes et non traitées efficacement ont un impact multiple. Elles sont responsables d'une souffrance physique et morale. Mais ses répercussions sont également socio-économiques avec notamment un risque de désinsertion professionnelle, des arrêts de travail multiples et une consommation accrue en soins médicaux. [9] Elles sont en effet coûteuses en examens et en traitements.

D'une manière générale, les études épidémiologiques concernant les lombosciatalgies dans l'activité spécifique de l'urgence sont rares. Ce qui explique le peu de données relative à ce sujet.

Plusieurs études, notamment une revue systématique de la littérature de 2014 [12-13], décrivent des facteurs de risque modifiables à la survenue d'une lombosciatalgie. Il s'agirait du tabagisme, du surpoids/obésité, ainsi que des activités manuelles liées au travail. D'autre part, et toujours d'après cette étude, le risque de survenue de lombosciatalgie augmente avec l'âge. Cependant, ces études concernant les facteurs de risque sont peu nombreuses.

2. ANATOMIE LOCOREGIONALE [14-17]

2.1 Anatomie vertébrale

Une vertèbre est constituée (cf. figure 1.1) :

- d'un corps vertébral : de forme cylindrique au niveau des vertèbres lombaires et doit supporter le poids du corps. Il est relié aux vertèbres adjacentes par des disques intervertébraux et des ligaments.
- d'un arc vertébral postérieur : constitué de pédicules et de lames d'où se développent des processus (transverses et épineux) qui reçoivent des attaches musculaires et ligamentaires. Il s'articule avec les processus articulaires aux pièces osseuses adjacentes. Il forme également les parties latérales et postérieures du foramen vertébral. La superposition de ces dernières forme le canal vertébral qui contient et protège la moelle spinale. Entre le corps vertébral et la naissance d'un processus articulaire, chaque pédicule présente une échancrure concave appelée incisure supérieure et inférieure, délimitant les foramens intervertébraux de la colonne rachidienne.

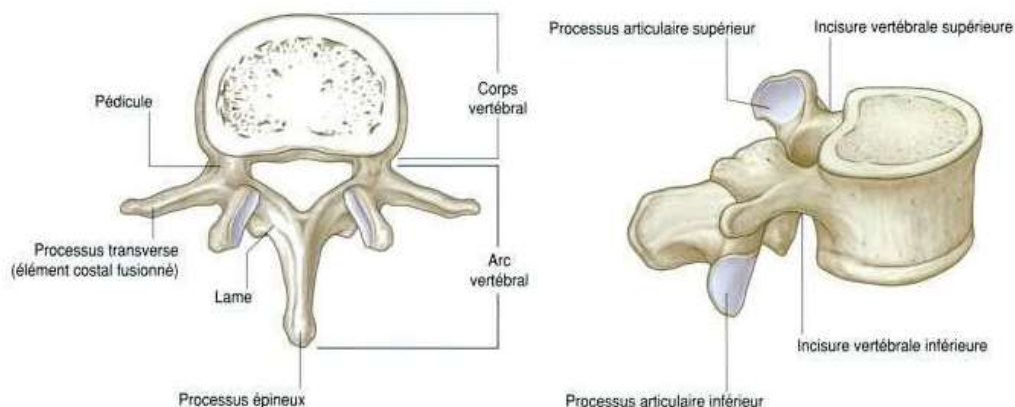


Figure 1.1 : Vertèbre typique [18]

2.2 Les disques intervertébraux [18]

Il se forme des symphyses entre les corps vertébraux. Une symphyse est constituée d'une couche de cartilage hyalin sur chaque corps vertébral et d'un disque intervertébral interposé entre les couches de cartilage.

Un disque intervertébral est constitué (cf. figure 1.2) :

- d'un annulus fibrosus périphérique : formé d'une couronne externe de collagène et d'une structure complexe d'anneaux fibro-cartilagineux, très résistante, limitant les mouvements de rotation des vertèbres.

- d'un nucleus pulposus au centre du disque : gélatineux, absorbant les contraintes en compression.



Figure 1.2 : Articulations intervertébrales [18]

2.3 Anatomie du système nerveux périphérique local [14-18]

On compte trente et une paires de racines spinales émergeant de la moelle spinale : huit cervicales (notées C), douze thoraciques (notées T), cinq lombaires (notées L), cinq sacrées (notées S), une coccygienne (notée Cx). Cette moelle spinale est plus courte que le canal rachidien et se termine en regard de la vertèbre L1 par le cône spinal, bien avant le cul de sac dural inférieur s'arrêtant au niveau de S2. Les racines nerveuses lombaires et sacrées émergent alors de ce cône et décrivent de haut en bas un trajet de plus en plus oblique. Au-dessous du cône spinal, ces racines forment la queue de cheval (cf. figure 1.3).

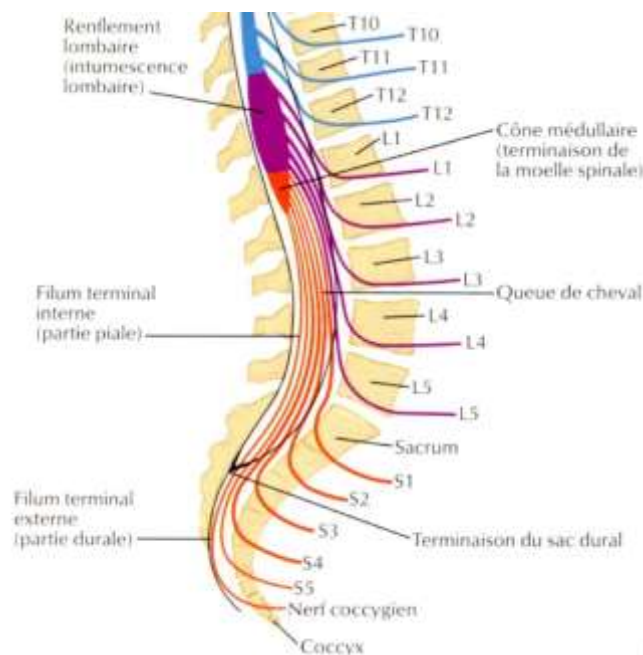


Figure 1.3 : Cone spinal et queue de cheval

De cette émergence rachidienne, le nerf spinal se forme en réunissant deux racines (cf. figure 1.4)

- **Les racines antérieures** constituent le contingent moteur, assuré par les motoneurones dont le corps cellulaire se situe dans la corne antérieure de la moelle spinale.
- **Les racines postérieures** constituent le contingent sensitif, dont le corps cellulaire des neurones se situe dans le ganglion spinal qui reçoit des afférences cutanées délimitées par la surface du corps.

Les nerfs spinaux qui en résultent, dont l'innervation est mixte, sortent du canal rachidien par la moitié supérieure du foramen intervertébral (ou de conjugaison). Ainsi, les racines L5 sortent par le foramen intervertébral L5-S1 (racine sortante) tandis que les racines S1 sortent par le premier foramen sacral.

Chaque nerf spinal est associé à un territoire anatomique d'influence de ce nerf nommé neuromère. Ils se divisent alors à nouveau en rameau antérieur innervant la peau et les muscles de la partie antérieure du corps, et en rameau postérieur innervant les téguments et les muscles du dos. Le groupe de muscle ainsi innervé correspond à un myotome.

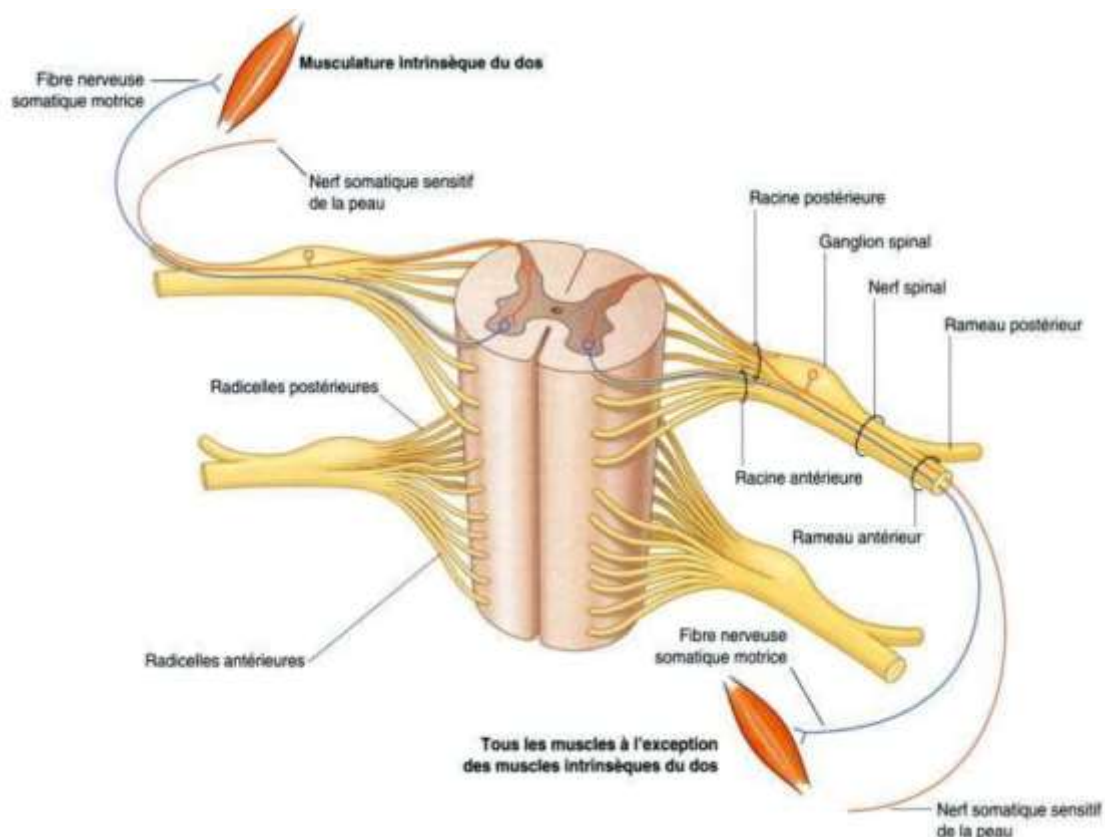


Figure 1.4 : Structure d'un nerf spinal [18]

3. LES RADICULOPATHIES [14-18]

3.1 Définition

Les radiculopathies caractérisent l'atteinte d'une ou plusieurs racines nerveuses de la colonne rachidienne. Elles constituent un trouble fréquent dans le domaine de la pathologie rachidienne lombo-sacrée.

Celles qui nous intéressent sont les racines L5 et S1. Ces racines sont souvent lésées en raison d'un risque plus important de lésion discal L5-S1 qui supporte la majorité du poids du corps. Elles sont improprement appelées « sciatiques ». En effet, l'atteinte du nerf sciatique est caractérisée par une atteinte du tronc nerveux principal du membre inférieur mais en aucun cas d'une atteinte radiculaire.

Il n'y a pas d'atteinte du système nerveux central possible dans le cadre d'une radiculopathie isolée.

Elle se caractérise par deux composantes syndromiques : un syndrome radiculaire et parfois un syndrome rachidien.

- **Le syndrome radiculaire** est la résultante de l'atteinte du système nerveux périphérique. Il se manifeste au premier plan par une douleur que l'on appelle radiculalgie. Cette douleur est de type neuropathique qui touche un territoire correspondant à la zone innervée par la racine atteinte. Son déclenchement se fait sur un mode mécanique. La douleur radiculaire est en effet dite impulsive car aggravée par les efforts physiques, la poussée abdominale et les efforts de toux. Elle est au contraire calmée par le repos. Elle comprend également une atteinte sensitive et/ou motrice correspondant à ce même territoire d'innervation.
- **Le syndrome rachidien** se manifeste par une rachialgie, une raideur segmentaire, une contracture paravertébrale.

3.2 Caractéristiques de la douleur neuropathique périphérique [17]

Une douleur neuropathique associe des atteintes neurologiques diverses comme une allodynie ou une hyperalgésie dans le territoire correspondant.

On note ainsi une composante continue avec des sensations de brûlures, torsions, paresthésies ou dysesthésies. De façon plus paroxystique, les patients décrivent des décharges électriques.

Par ailleurs, elle s'oppose aux douleurs par excès de nociception, fonctionnelles et aux syndromes douloureux régionaux complexes qui ne partagent même pas la même physiopathogénie.

3.3 Théorie de la réaction inflammatoire

Plusieurs travaux réalisés [19-20] montrent qu'une compression radiculaire n'est pas suffisante pour expliquer la survenue d'une radiculalgie. Des mécanismes inflammatoires ont également été retrouvés et incriminés dans la physiopathologie de la lombosciatique en l'absence de tout phénomène de compression mécanique.

Il a été mis en évidence des cellules non spécifiques de l'inflammation provoquant des anomalies fonctionnelles et structurelles du nerf. Ce phénomène serait secondaire à la sécrétion de facteurs au niveau des cellules du nucleus pulposus entre autres, notamment la cytokine TNF- α (tumor necrosis factor alpha). La douleur elle-même nécessite en revanche cette réaction biochimique associée à un phénomène compressif. C'est le contact du nucleus pulposus avec la racine nerveuse qui entraînerait une importante réaction inflammatoire avec libération locale de cytokines et de nombreux médiateurs de l'inflammation.

4. PARTICULARITES ET CONSEQUENCES CLINIQUES DE LA RADICULOPATHIE L5 ET S1 [17]

4.1 Syndrome radiculaire

Le diagnostic de sciatalgie repose sur la reconnaissance d'un syndrome radiculaire avec radiculalgie dans le territoire correspondant à l'atteinte de la racine nerveuse du territoire L5 ou S1.

Le territoire douloureux permet de caractériser cette racine. Il correspond à une atteinte souvent unilatérale, et parfois tronquée qui constitue une difficulté diagnostique. Ce territoire part de la région lombaire basse puis s'étend dans le membre inférieur. (cf. tableau 1.1)

La douleur a une composante le plus souvent mécanique (accentuée par les efforts et à l'inverse calmée au repos). Elle est exacerbée par la mise en tension spontanée de la racine (effort de toux, mobilisation du membre concerné) ou par les manœuvres externes comme le signe de Lasègue (élévation de la hanche et cotation selon l'angle d'élévation auquel la douleur dans ce territoire apparaît).

On peut retrouver associé à ces douleurs, un déficit sensitif dans le dermatome concerné ainsi qu'un déficit moteur pour les muscles innervés par la racine L5-S1 comme décrit dans le syndrome neurogène périphérique (cf. tableau 1.1). Une diminution, voire une aréflexie ostéo-tendineuse est également retrouvée au niveau calcanéen en cas d'atteinte de S1. Parfois, des troubles végétatifs vasomoteurs et trophiques locaux (peau sèche, cyanose) peuvent se manifester.

Racine	Territoire sensitif	Muscles atteints	ROT
L5	De la partie postéro-externe de la cuisse avec un parfois un passage en région inguinale, vers la face externe de la jambe jusqu'au dos du pied et aux premiers orteils.	Extenseurs/releveurs orteils (marche sur talons) Fibulaires latéraux Tibial antérieur	-
S1	De la face postérieure de la fesse, de la cuisse, du mollet jusqu'au talon, la plante du pied et le 5 ^e orteil.	Triceps sural (marche sur la pointe des pieds) Extenseur des orteils	Calcanéen (achilléen)

Tableau 1.1 : racines lombaires L5-S1 : innervation sensitive, motrice et reflexe ostéo-tendineux rattachés

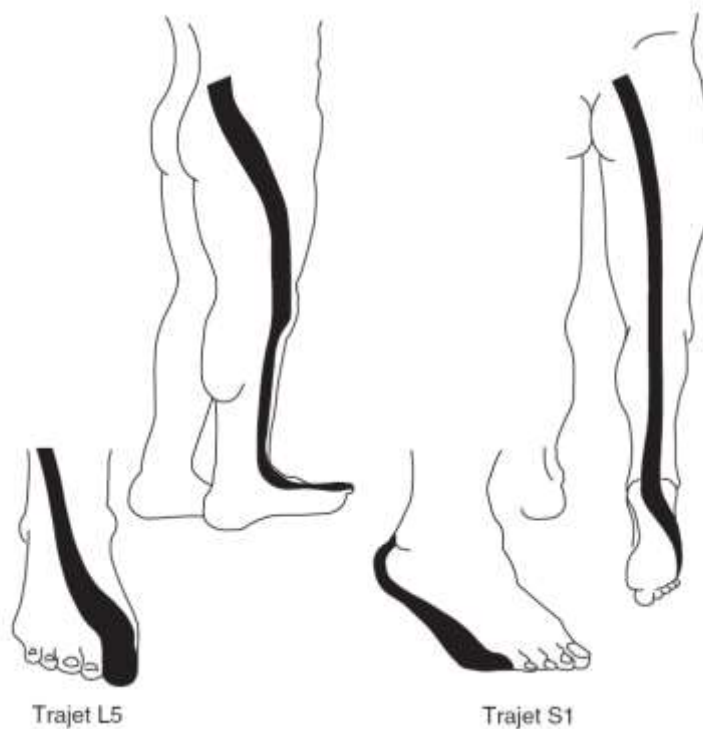


Figure 1.5 : Trajets radiculaires sensitifs sciatiques L5 et S1

4.2 Syndrome rachidien

Le syndrome rachidien est également recherché. Il permet de retrouver une douleur lombaire ou une position antalgique. Sa présence doit également faire rechercher une déformation rachidienne (comme un effacement de la lordose lombaire) ou une attitude vicieuse du rachis (inflexion latérale). On peut également étudier la mobilité et la souplesse rachidienne par la mesure de la distance doigt-sol qui est normalement nulle, mais qui signe une raideur rachidienne dans le cas contraire liée, entre autres, à une contracture musculaire.

5. CADRE NOSOLOGIQUE DE LA LOMBOSCIATALGIE [14]

5.1 Notion de lombosciatalgie

La lombosciatalgie est le terme communément utilisé dans le cadre de l'urgence. Il s'agit d'un phénomène algique localisé au niveau de la région lombaire ainsi que sur le trajet d'innervation des racines nerveuses L5 et/ou S1.

Cette entité fait partie des symptômes d'une radiculopathie L5 ou S1 mais n'augure pas du diagnostic final qui sera posé après investigations complémentaires.

Les phénomènes douloureux, au premier plan, sont le mode d'entrée principal des radiculopathies en Structure d'Urgences. Mais cette douleur ne doit pas faire oublier le reste du syndrome de radiculopathie.

On peut classer les lombosciatalgies arrivant aux urgences de la façon suivante :

- Lombosciatalgies communes
 - Sans critère de gravité
 - Avec critères de gravité : comprenant les formes déficitaires et hyperalgiques
- Lombosciatalgies symptomatiques

Les lombosciatalgies communes s'opposent de fait aux lombosciatalgies symptomatiques d'affections inflammatoires, infectieuses ou tumorales.

5.2 Lombosciatalgie commune

Les lombosciatalgies communes sont principalement dues à deux mécanismes physiopathologiques.

5.2.1 Hernies discales

Le conflit discoradiculaire L5 ou S1, responsable de lombosciatalgies dite d'origine discales, est une cause fréquente entre trente et quarante ans. A cet âge, le nucleus pulposus perd en souplesse et se dessèche, tandis que l'annulus fibrosus perd en élasticité et présente de petites déchirures. C'est notamment le cas lors du port d'une charge lourde pouvant provoquer ces dernières associées à une lombalgie aussi appelé lumbago.

Les hernies discales résultent d'une rupture importante de l'annulus fibrosus laissant le nucleus pulposus migrer et provoquer une lombosciatalgie en cas de conflit disco radiculaire (cf. figure 1.5 et 1.7). La lombalgie peut disparaître lorsque la hernie rompt le ligament longitudinal postérieur.

A noter que certaines hernies discales sont inscrites au tableau des maladies professionnelles.

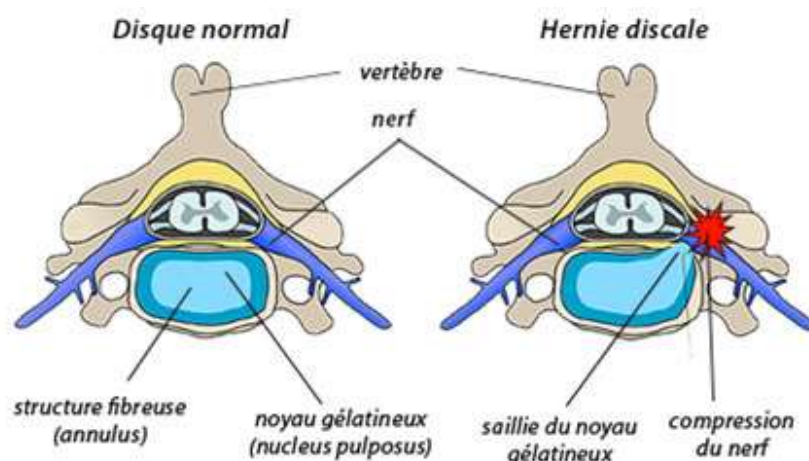


Figure 1.5 : Schéma d'une hernie discale lombaire postéro-latérale gauche avec compression d'une racine nerveuse – coupe transversale

5.2.2 Discopathie dégénérative

Les discopathies dégénératives sont en fait secondaires à une spondylarthrose. Elles sont donc responsables de lombosciatalgies d'origine arthrosique. Des modifications histochimiques locales se traduisant sur le plan morphologique par un pincement discal, un débord circonférentiel par rapport au contour du plateau vertébral, et la présence de fissures radiaires du nucleus pulposus.

Les plateaux vertébraux adjacents peuvent être remaniés par un infiltrat fibrovasculaire, une involution graisseuse ou une condensation. Des ostéophytes se développent sur le pourtour du plateau vertébral. (cf. tableau 1.8 et 1.9) [21]

5.3 Lombosciatalgies avec critères de gravité

Toute lombosciatalgie justifie une prise en compte non différée par l'urgentiste, car son caractère douloureux nécessite à lui seul une prise en charge immédiate.

Cependant, et de manière classique, deux formes cliniques particulières impliqueront une prise en charge spécifique : les formes déficitaires et les formes hyperalgiques.

5.3.1 Formes déficitaires / paralysantes

On recherche deux facteurs de gravité : un déficit moteur du membre inférieur concerné et un syndrome de la queue de cheval.

La principale problématique de l'urgentiste est de déterminer l'ancienneté du déficit. La précocité de la prise en charge spécialisée par rapport à l'apparition de ce déficit améliore le pronostic fonctionnel en post-opératoire. A l'inverse, un déficit découvert tardivement ne précipitera pas de prise en charge chirurgicale hâtive. [22]

5.3.1.1 Déficit moteur du membre inférieur

Il est observé que le déficit moteur s'accompagne parfois d'une disparition concomitante et brutale de la douleur. Il s'agit en effet d'une atteinte complète du nerf avec arrêt de la transmission des fibres motrices tout comme celles responsables de la transmission de la douleur.

Un déficit moteur doit être évalué par une échelle (comme l'échelle MRC – ANAES [1]). On considère que le déficit moteur est significatif lorsqu'il est inférieur ou égal à 3 sur cette même échelle (Tableau 1.2). [16] L'atteinte d'un réflexe ostéo-tendineux accompagne l'importance du déficit moteur.

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ebauche de mouvement
0	Aucun mouvement

Tableau 1.2 : échelle Medical Research Council (MRC) pour l'évaluation du déficit musculaire

5.3.1.2 Le syndrome de la queue de cheval

Un syndrome de la queue de cheval évoque une compression pluri-radiculaire sans atteinte médullaire associée.

Ce syndrome ne concerne que les dernières racines rachidiennes (à partir de L2 et en-dessous) du fait de l'arrêt de la moelle spinale en regard de la vertèbre L2. Dans notre contexte de lombosciatalgie, ce syndrome est donc à rechercher également.

- troubles urinaires (perte ou rétention d'urines),
- troubles du sphincter anal (béance) et du transit (constipation, pertes des selles)
- troubles sexuels (érection)
- troubles sensitifs (hypoesthésie périnéale).

5.3.2 Formes hyperalgiques

Une lombosciatalgie résistante aux traitements antalgiques majeurs (opioïdes, antalgiques de palier 3) peut nécessiter une prise en charge thérapeutique spécialisée urgente.

Dans le domaine de l'urgence, il faut prendre du temps pour juger de l'efficacité de l'intégralité de l'arsenal thérapeutique entrepris (comprenant également les anti-inflammatoires non stéroïdiens par exemple, cf. infra).

Ces lombosciatalgies justifient la réalisation d'un bilan d'imagerie à but étiologique (scanner, IRM). Secondairement, un traitement chirurgical pourra être discuté si les examens complémentaires se prononcent en faveur d'une étiologie chirurgicale. Dans le cas contraire, il conviendra de trouver rapidement et conjointement avec les différents spécialistes, une alternative efficace à la chirurgie.

5.4 Lombosciatalgies symptomatiques

Ce sont des douleurs qui sont la manifestation d'affections sévères. Il faut systématiquement rechercher des signes associés à la symptomatologie de la lombosciatalgie. Une ancienne revue de la littérature [23] a montré le caractère indispensable de l'interrogatoire et des signes cliniques dans la reconnaissance des lombosciatalgies symptomatiques, document sur lequel les recommandations en vigueur s'appuient encore aujourd'hui.

On peut rappeler certains des signes cliniques qui seront à rechercher en faveur :

- d'une fracture pathologique : notion de traumatisme, corticothérapie, âge supérieur à 70 ans, antécédent d'ostéoporose
- d'une infection comme une spondylodiscite : fièvre, douleur d'horaire inflammatoire, immunosuppression, toxicomanie intraveineuse, corticothérapie prolongée
- d'une spondylarthropathie inflammatoire : homme jeune, douleur d'horaire inflammatoire, sciatalgie à bascule
- d'une néoplasie : âge supérieur à 50 ans, altération de l'état général, antécédent tumoral, échec d'un traitement symptomatique

Lorsqu'une lombosciatalgie symptomatique est évoquée, des examens complémentaires ciblés doivent-être demandés.

6. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Devant toute suspicion de lombosciatalgie, il convient de s'assurer de l'absence d'un de ces diagnostics différentiels. Selon les définitions, les lombosciatalgies symptomatiques peuvent parfois être considérées comme telles. D'autre part, il faut également penser à éliminer d'autres diagnostics, parfois appelés « pseudosciatalgies ».

Ainsi, on distingue des « pseudosciatalgies » neurologiques et non-neurologiques :

Les « Pseudosciatalgies » neurologiques qui sont dues à une atteinte de la moelle des différentes racines de différents nerfs pouvant simuler une sciatique. Par exemple : myélopathies, neuropathies du plexus-sacré, neuropathies tronculaires (atteinte directe d'un nerf ou leurs branches) de causes diverses, syndromes canaux des nerfs du bassin, syndrome du canal intrapiriforme, etc.

Les « pseudosciatalgies » non-neurologiques : tendinopathies et bursopathies (moyen fessier), arthropathies coxo-fémoral ou sacro-iliaques, artérite oblitérante des membres inférieurs, lésions musculaires, etc.

Des signes cliniques plus ou moins spécifiques sont à rechercher dans ces différents cas de figures.

7. RECOMMANDATIONS ACTUELLES POUR LE DIAGNOSTIC POSITIF DES LOMBOSCIATALGIES

7.1 En cas de lombosciatalgie déficitaire/paralysante

Les recommandations de l'ANAES (février 2000) [1] définissent bien les lombosciatalgies déficitaires comme étant des urgences diagnostiques et thérapeutiques.

Une lombosciatalgie déficitaire mène, comme vu précédemment, à la réalisation d'une imagerie en urgence afin de discuter une indication chirurgicale rapide. Cependant, l'ANAES ne détaille pas les principes de prise en charge chirurgicale sur ces recommandations.

Après mise en œuvre d'une stratégie antalgique, l'imagerie (scanner ou IRM en fonction de la disponibilité) est donc réalisée sans attendre. Dès l'obtention des images, celles-ci doivent être soumis à un avis spécialisé neurochirurgical. Si la cause est considérée comme accessible à une prise en charge chirurgicale (compression mécanique par exemple), la décision et les délais opératoires seront définis rapidement.

Concernant les formes avec atteinte de la queue de cheval, une chirurgie entreprise en extrême urgence est associée à une meilleure récupération neurologique et un meilleur pronostic fonctionnel. Toutefois, cela reste difficile à établir concernant les formes déficitaires des membres inférieurs. [24]

7.2 En cas de lombosciatalgie hyperalgique

En dehors de la définition de ce type d'atteinte, les recommandations de l'ANAES [1] ne donnent pas d'élément précis de prise en charge. Par accord professionnel, elles sont cependant à considérer comme des urgences diagnostiques et thérapeutiques du fait du caractère douloureux intense qui est une priorité thérapeutique pour l'urgentiste. [25]

Dès la suspicion diagnostique, l'urgence immédiate est d'obtenir un contrôle de la douleur en Structure d'Urgence. Dans une telle situation, une hospitalisation s'impose compte-tenu du caractère sévère des troubles nécessitant l'utilisation de traitements lourds et des investigations complémentaires à réaliser rapidement mais sans nécessairement d'urgence immédiate.

7.3 En cas de lombosciatalgies symptomatiques

Les recommandations de l'ANAES 2000 définissent une gamme d'examens complémentaires précise et minimale à réaliser devant une lombosciatalgie symptomatique.

Le bilan biologique minimal comprend une numération-formule sanguine, une vitesse de sédimentation, un dosage de la CRP (C-reactive-protein) ainsi qu'une électrophorèse des protéines sériques. [1-24]

La réalisation d'une vitesse de sédimentation (VS) a peu de place compte-tenu de la faible spécificité de cet examen ainsi que la disparition de celui-ci dans les examens de routine.

Le Collège de Rhumatologie (COFER) rappelle que l'électrophorèse des protéines sériques n'a pas d'intérêt et est peu accessible en urgence.

En revanche, ce même collège rapporte l'intérêt de réaliser des clichés radiographiques afin de rechercher une atteinte vertébrale orientant vers une cause plus précise. Il doit être réalisé un cliché de face en charge (dorso-lombo-pelvi-fémoral de De Seze), ainsi qu'un cliché de l'ensemble du rachis lombaire de profil debout et au mieux des clichés de face et de profil centrés sur le disque L5-S1. [16]

D'autres explorations biologiques ou d'imagerie peuvent être demandées en fonction de l'orientation étiologique. Ces examens n'ont pour la plupart pas leur place lors de la prise en charge initiale dans un service d'urgences. [16]

7.4 En cas de lombosciatalgie commune sans critères de gravité (sans déficit et non hyperalgique)

On distingue deux cas de figures avec pour chacun un modèle de prise en charge.

7.4.1 Douleurs depuis 6 semaines ou moins

Les recommandations de l'ANAES et le Collège de Neurochirurgie s'accordent à ne pas indiquer d'explorations systématiques dans ce délai de 6 semaines ou moins. Cela s'appuie notamment sur le constat d'une évolution favorable de la majorité des lombosciatalgies après 4 semaines de traitement médical. [26,27]

Une étude prospective de 2003 sur 60 patients, montre qu'un scanner réalisé précocement n'a pas de valeur pronostique sur une lombosciatalgie. [28]

De plus, la littérature [29-30] rend compte du phénomène de « iatrogénécité » du compte-rendu de radiographie. En effet, selon une étude de 2005 réalisé par ISSLS et notamment citée

par le COFEMER (Collège de Médecine Physique et de Réadaptation), plus de la moitié des comptes-rendus utilisent des termes de pathologie pour décrire des phénomènes liés au vieillissement. En revanche, rares (2%) sont les comptes-rendus précisant qu'il s'agit de phénomènes normaux pour l'âge. Cela amène le plus souvent à l'augmentation des « croyances » liées au compte rendu et à une anxiété des patients, ayant pour incidence la multiplication et le rapprochement des examens complémentaires pourtant le plus souvent injustifiés dans ce cas. Alors qu'il faut se concentrer sur l'amélioration de la symptomatologie (sur le plan de la douleur et de la capacité fonctionnelle) et sur la bonne information du patient.

7.4.2 Douleurs depuis plus de 6 semaines [1]

Le patient consulte après un délai de plus de 6 semaines de traitement maximal avec une lombosciatalgie persistante ou dans un contexte d'aggravation récente des symptômes. Dans ce cas, des examens complémentaires s'imposent. En l'absence de signe de gravité, il faut éliminer une lombosciatique symptomatique et faire réaliser un bilan biologique associé à un bilan d'imagerie par radiographie standard et conclure, le cas échéant, à une lombosciatique commune en voie de chronicisation.

7.4.3 Eléments d'imagerie orientant vers une lombosciatalgie commune

7.4.3.1 Radiographies standards

Les radiographies du rachis lombaire réalisées dans ce contexte recherchent : des lésions discarthrosiques, une anomalie de la densité osseuse, un tassement discal, un rétrécissement du canal rachidien, un spondylolisthésis (glissement d'une vertèbre par rapport à la vertèbre juste au-dessous).

On peut pratiquer un cliché de face en charge (dorso-lombo-pelvi-fémoral de De Seze), ainsi qu'un cliché d'ensemble du rachis lombaire de profil debout et au mieux des clichés de face et de profil centrés sur le disque L5-S1. Cependant, il est précisé [32] qu'une radiographie simple normale peut-être faussement rassurante, d'où l'intérêt de privilégier systématiquement au minimum un cliché scannographique dans un contexte de lombosciatalgie de plus de 6 semaines.

Mais dans le domaine de l'urgence, en l'absence d'indication à réaliser un scanner en urgence dans une forme commune depuis plus de 6 semaines, le médecin urgentiste pourra réaliser

dans un premier temps des radiographies standards ce qui permettra d'éliminer une lombosciatalgie symptomatique. Une imagerie en coupe (TDM ou IRM) peut-être proposée en ambulatoire à la sortie du patient.

7.4.3.2 Imagerie en coupe : scannographique ou par résonance magnétique

Une imagerie scannographique rachidienne sans et avec injection de produit de contraste est indiquée dans un délai proche. Elle recherche et apprécie l'importance d'un phénomène herniaire ou arthrosique local. Le scanner a les mêmes performances que l'IRM pour faire le diagnostic d'hernie discale [33-34]. Son principal avantage étant d'être un examen souvent plus accessible que l'IRM.

Si l'examen scannographique ne contribue pas à expliquer les troubles, une IRM doit-être réalisée pour une évaluation locale plus précise. L'IRM est un examen non irradiant et plus sensible, avec un champ de visualisation plus large et explorant l'espace sous-arachnoïdien [32].

Dans tous les cas, IRM ou TDM sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (infiltration épidurale par exemple).

La description obéit à une sémantique précise.

- Dans le plan transversal la hernie (saillie discale focale) peut être médiane, postérolatérale, foraminale ou extraforaminale.
- Dans le plan sagittal, elle peut rester centrée par le disque ou subir une migration ascendante (crâniale) ou descendante (caudale).
- Elle peut venir au contact d'une racine, la déplacer avec ou sans déformation, ou la comprimer jusqu'à ce qu'elle ne soit plus visible. La racine concernée est parfois élargie.

Au scanner : la hernie apparaît comme une masse de même densité que le disque et en continuité avec lui ; elle peut cependant contenir des zones de densité gazeuse (communication avec un vide discal) ou des calcifications.

En IRM : le signal de la hernie est iso-intense au disque en T1, plus variable en T2 (hypo-intense en cas de contenu gazeux ou calcique, hyperintense en cas d'exclusion). L'injection de gadolinium n'est pas indiquée, sauf en cas d'antécédent récent de chirurgie discale. Si elle est effectuée, elle montre une prise de contraste périherniaire, qui devient circonférentielle en cas d'exclusion, et qui s'explique par la présence d'un tissu fibrovasculaire réactionnel associé à une congestion des plexus veineux épiduraux.

Figure 1.6 : Sémiologie scanner/IRM du conflit discoradiculaire

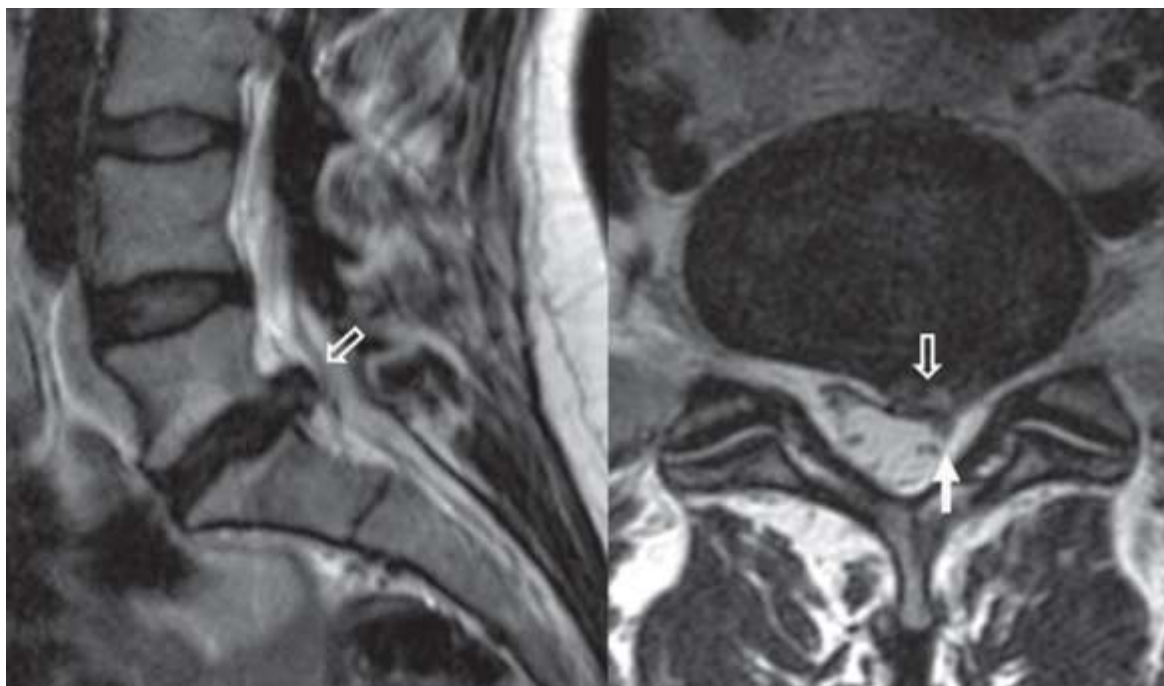


Figure 1.7 : Hernie discale L5-S1 postérolatérale gauche (flèche creuse) refoulant en arrière la racine S1 (flèche pleine) [21]

Sémiologie radiologique	• Pincement discal : la hauteur du disque est évaluée par rapport aux disques adjacents. Normalement son épaisseur augmente d'un étage à l'autre, le disque le plus épais étant L4-L5. • Ostéophytes marginaux, dont la base est implantée sur le rebord du plateau vertébral. Leur croissance est d'abord horizontale, puis ils s'incurvent et se dirigent verticalement, pour parfois fusionner avec l'ostéophyte de la vertèbre adjacente en formant un pont ostéophytique. • Ostéocondensation des plateaux vertébraux, parfois creusée de géodes ou d'érosions ; on parle alors de discarthrose érosive. Vide intersomatique : ce phénomène correspond à la présence de gaz au sein des fissures nucléaires. • Calcifications discales centrales (hydroxyapatite) ou périphériques (pyrophosphate de calcium).
Sémiologie IRM	• Pincement discal. • Bombement discal circonférentiel. • Hyposignal discal sur les séquences pondérées T2 et STIR. • Des remaniements de signal des plateaux vertébraux ont été décrits par Modic en 1988 : ○ Modic type 1 : remplacement de la moelle osseuse souschondrale par un tissu fibrovasculaire responsable d'un hyposignal T1 et d'un hypersignal T2 ; ○ Modic type 2 : involution graisseuse à l'origine d'un hypersignal T1 et T2 ; ○ Modic type 3 : ostéocondensation se traduisant par un hyposignal T1 et T2. La discopathie de type 1 est plus fréquemment associée à une symptomatologie douloureuse, alors que les deux autres types s'observent plus volontiers chez les sujets asymptomatiques.

Figure 1.8 : Sémiologie radiologique et IRM de la dégénérescence discale à l'étage lombaire [21]



Figure 1.9 : Discopathie pseudo-pottique lombaire, IRM séquence T1, coupe sagittale : discopathie dégénérative évoluée avec nombreuses ostéophytes, pincements des disques de L2-L3 à L5-S1, œdème des plateaux. Source : CHU Pitié-Salpêtrière - Pr. Bourgeois et Dr E.Zinc - arthrolink.com

8. TRAITEMENT DES LOMBOSCIATALGIES

8.1 Evaluation de la douleur aux urgences

Pour traiter efficacement une douleur, il convient de la quantifier. Pour cela, l'utilisation d'échelles d'évaluation a fait ses preuves. Elle permet d'adapter le traitement antalgique en fonction de la douleur ressentie. Dans le cadre des lombosciatalgies, une échelle simple comme l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique (EN) sont adaptées et constituent les outils de référence dans le domaine de l'urgence [25]. L'échelle numérique utilisée à Saint-Dié, consiste à demander au patient de quantifier sa douleur entre 0 et 10 (qualifiant respectivement l'absence de douleur et la pire douleur imaginable par le patient).

8.2 Traitement hospitalier de la douleur [25]

Le traitement antalgique ne doit pas attendre. Il doit être instauré dès l'arrivée du patient souffrant d'une douleur aiguë. (Classification dans la CIMU utilisée par l'infirmière organisatrice de l'accueil [35])

8.2.1 Douleur faible / $EN \leq 3$

L'utilisation d'un traitement antalgique de palier 1 (sur l'échelle de l'OMS) est indiquée. Un bon exemple est le Paracétamol. Le traitement per os est privilégié autant que possible dans la mesure où on ne note pas de différence de rapidité d'action avec la voie intraveineuse pour un tarif bien moindre.

8.2.2 Douleur modérée / EN 4 à 6

Toutes les molécules, à l'exception des anti-inflammatoires non stéroïdiens, sont des antalgiques classés au palier 2 de l'OMS. Elles peuvent être prescrites en association avec un traitement de palier 1 dans le cadre d'une analgésie multimodale.

- Le Paracétamol codéiné comporte de la codéine en plus du paracétamol et peut se donner à la dose de 1 à 2 comprimés toutes les 6h sans dépasser les 6 comprimés par jour.
- Le Tramadol est un autre choix possible, administrable per os (en forme libération prolongée ou non) ou par voie intraveineuse par dose de 100 mg toutes les 6h (dose maximale de 400 mg) en cas de crise douloureuse.

- Le Néfopam 20 mg peut lui être administré par voie intraveineuse lente mais également per os toutes les 4h (dose maximale de 120mg par jour).
- La Nalbuphine est un opiacé agoniste-antagoniste avec un effet plafond rapide. Elle peut être administrée à des doses variables (10 à 20 mg) mais n'a pas moins d'effets secondaires que la morphine à doses équinalgésiques.
- Enfin, les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent également être proposés hors AMM, par voie intraveineuse pour une action plus rapide. Par exemple, Kétoprofène 100 mg sans dépasser les 300 mg par jour.

8.2.3 Douleur intenses / EN ≥ 7

Le traitement de choix est la titration morphinique. La morphine est un antalgique classé palier 3 dans la classification de l'OMS.

Un exemple de modèle de titration utilisé dans le domaine de l'urgence consiste à une injection intraveineuse de morphine de 2 mg (patient < 60kg) ou 3 mg (patient > 60 kg) toutes les 5 minutes [25]. Une nouvelle évaluation de la douleur par EN est faite avant chaque nouvelle injection afin de juger de son utilité. Ce traitement doit être fait sous surveillance rapprochée de la fréquence respiratoire et de l'état d'éveil du patient. On déplore parfois des vomissements qui peuvent être prévenus ou traités par antiémétiques. La forme per-os aurait l'avantage de pouvoir être utilisée dès la phase de tri par l'IOA.

8.2.4 Place de la corticothérapie systémique dans les lombosciatalgies

L'ANAES rapporte l'absence de place de la corticothérapie per os dans le traitement des lombosciatalgies. Certaines études [1] rapportaient une amélioration de la sciatalgie pendant les 3 premiers jours suivant un bolus IV. Cependant, l'effet antalgique était faible et ne persistait pas au-delà de ces 3 jours.

Une méta-analyse plus récente [36] ne montre pas d'efficacité immédiate supérieure face au placebo avec au contraire une surexposition aux effets secondaires. Après évaluation du rapport bénéfice/risque, cette étude conclue à une non-indication d'un tel traitement dans le traitement de la lombosciatalgie.

8.3 Traitement ambulatoire de la douleur [25]

Dans les grandes lignes, le traitement est le même que la prise en charge hospitalière aux urgences. Il n'existe pas de recommandations précises dans ce contexte.

- Il sera prescrit le traitement antalgique le plus efficace ou un équivalent qui aura été instauré aux urgences dans sa voie per-os si disponible.
- La mise en place d'un corset (type Lombo-stat®) ou la mise en traction des vertèbres en séance de kinésithérapie peuvent être proposées. Malgré l'effet antalgique rapporté par les patients, il n'y a pas de preuve d'efficacité de ces traitements dans la phase aigüe [37-38].
- Les traitements à effet myorelaxant sont largement prescrits mais n'ont d'intérêt que sur une lombalgie qui résulte d'une contracture paravertébrale (syndrome rachidien). Ils n'ont aucun effet sur les atteintes radiculaires. Il peut s'agir d'un traitement comme le Thiocolchicoside (antagoniste des récepteurs GABA-A, seul de sa catégorie) ou de benzodiazépines comme par exemple le Diazépam à faible doses.
- Les antidépresseurs et plus particulièrement les tricycliques (Amitryptiline, Clomipramine...) auraient un effet sur les douleurs neuropathiques. Mais cette efficacité serait controversée sur les douleurs radiculaires d'après une méta-analyse [36]. Cette étude montre des limites ne permettant pas de conclure sur l'efficacité de ces traitements. Ils ne sont jamais prescrits en première intention dans le domaine de l'urgence notamment en raison des nombreux effets indésirables.
- Les anticonvulsivants comme la Gabapentine, Prégabaline et Topiramate, ont montrés leur efficacité sur les douleurs neuropathique [36-37]. Cependant, elle est vraie sur les symptômes chroniques de sciatalgie. Dans le domaine de l'urgence, ces traitements ne trouvent pas leur place, malgré les preuves de leur efficacité à plus long terme [42].

8.4 Autres domaines de prise en charge

- Il est important de rassurer le patient en lui expliquant que dans la majorité des cas, les lombosciatalgies évoluent de façon favorable à l'aide des traitements antalgiques. Il faut toutefois y adjoindre des recommandations à suivre pour améliorer le pronostic. Les règles d'hygiènes vertébrales et d'économie articulaire sont à expliquer. Il est important de s'assurer de la bonne compréhension, coopération et observance du patient [43].

- Le repos strict au lit n'est pas recommandé [1,22,44], c'est pour cela que la poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur est tolérée voire même encouragée. Un arrêt de travail peut être proposé sans être systématique. Des études à ce propos [22] ne mettent pas en évidence une réelle amélioration du pronostic ou de l'évolution de la sciatique maintenant un repos strict.
- Il faut rappeler au malade les signes d'alarmes devant l'amener à consulter en urgence (signe de lombosciatalgie déficitaire ou de syndrome de la queue de cheval). Il faut répondre aux questions régulièrement posées par le patient sur les options thérapeutiques. On insiste sur l'absence de place de la corticothérapie par voie générale, l'inutilité de l'acupuncture, la dangerosité des manipulations vertébrales [37]. La kinésithérapie ne permet pas d'amélioration significative de la symptomatologie ou de l'évolution des lombosciatalgies d'après certaines études anglo-saxonnes [22,45].
- Le potentiel de chronicisation de cette pathologie justifie le rapprochement du patient vers son médecin traitant pour apprécier l'évolution de la symptomatologie sous traitement.

8.5 Place des infiltrations cortisoniques

Les infiltrations cortisoniques (de Méthylprédnisone par exemple) constituent un traitement de seconde intention [46], qui peut être proposé en cas d'échec du traitement médicamenteux maximal sous 15j [1], voire plus rapidement selon la tolérance de la douleur.

Il existe deux voies d'injection possible.

- **Les infiltrations épidurales** sont les plus réalisées. Le repérage est anatomique ou scannographique. L'abord se fait par voie interépineuse, inter-lamellaire ou au niveau du premier trou sacré. Ce traitement a une efficacité significative durant entre 3 à 6 semaines, mais il n'existe pas encore de différence significative d'efficacité mise en évidence à plus long terme. [46-48].
- **Les infiltrations foraminales** sont plus rarement réalisées car elles exposent à plus de complications neurologiques ou vasculaires. Le repérage est exclusivement scannographique. C'est un traitement adapté aux hernies discales foraminales uniquement [1]. Une revue systématique de la littérature datant de 2009 [49] conclue à une supériorité de ce mode d'infiltration. Mais il n'existe pas d'essai clinique comparatif de puissance satisfaisante permettant de confirmer cette supériorité. [46]

Il n'est jamais indiqué plus de 3 à 4 injections pour un épisode. Il n'y a pas d'effet additionnel à ce traitement. Il est par ailleurs recommandé de ne pas insister en l'absence d'efficacité après 2 infiltrations.

Dans différentes études étudiant les infiltrations [50-51], il n'a pas été noté d'effet sur la reprise du travail ou le recours à la chirurgie.

8.6 Traitement chirurgical

8.6.1 Généralités

Une prise en charge chirurgicale doit-être d'emblée anticipée lorsque l'on fait face à une forme déficitaire. Elle ne dépend pas exclusivement de la symptomatologie clinique, mais également des lésions retrouvées à l'imagerie. Dès la mise en évidence de ce déficit en Structure d'Urgence, l'urgentiste met tout en œuvre pour caractériser ce déficit et l'associer à une imagerie pour soumettre ces éléments à un avis neurochirurgical en urgence. C'est dans ces conditions et conjointement avec le spécialiste que la décision d'un traitement radical pourra être envisagée. [52]

De plus, l'imagerie médicale préalablement réalisée a pour but de guider le niveau et l'étendue des lésions. Cela permet au neurochirurgien de retenir la technique chirurgicale la mieux adaptée en fonction de l'origine de la radiculopathie.

8.6.2 Indications opératoires aux urgences

Concernant les lombosciatalgies avec signes de gravité (compliquées), il existe un consensus professionnel pour proposer une intervention chirurgicale :

- **En extrême urgence dans le cadre d'un syndrome de la queue de cheval** : car le taux de récupération est plus élevé en cas de chirurgie précoce.
- **Rapide en cas de déficit moteur franc d'un membre inférieur datant de moins de 48h** : dans ce cas associé à une imagerie compatible à une prise en charge chirurgicale.

[52]

Concernant les lombosciatalgies non-compliquées se présentant dans une Structure d'Urgence, il n'y a pas lieu de discuter d'une intervention chirurgicale en urgence. Le patient souffrant de sciatalgies rebelles ou récidivantes sera redirigé vers une consultation spécialisée pour envisager une telle prise en charge de façon différée et réfléchie. La tendance actuelle

serait de limiter les indications à un traitement chirurgical selon l'appréciation du rapport bénéfice/risque.

8.6.3 Choix de la méthode chirurgicale

- **La nucléolyse chimio-induite** [53] consiste à une destruction du disque par injection intrathécale de Discogel® par exemple. Il s'agit d'un gel de cellulose associé à de l'éthanol, composé remplaçant la Chimiopapaïne qui était utilisée entre 1990 et 2002 avant son retrait du marché en raison de complications allergiques, neurologiques et mécaniques. L'injection se fait au niveau du nucleus pulposus pour déshydrater le disque et en réduire la taille ainsi que la pression intra-discale. Elle peut être réalisée en dehors de tout syndrome de la queue de cheval, hernie exclue ou canal lombaire étroit. Elle peut se faire sous anesthésie locale et en ambulatoire. Elle trouve son indication dans les conflits disco-radiculaires résistants au traitement médical conservateur bien conduit, ayant bénéficié d'au moins une infiltration péri-radiculaire et dont la hauteur discale est supérieure à 50%.
- **La nucléotomie** (ou discectomie transcutanée) [54] consiste à diminuer la pression intra-discale et à réduire le conflit disco-radiculaire. Elle peut être conduite de 2 façons :
 - Soit par effet photo-thermique induit par un laser ayant pour effet de vaporiser le matériel discal,
 - Soit par introduction percutanée d'un nucléotome dans le disque pour en extraire une partie ou la totalité du nucleus pulposus.

Elle est réalisée sous anesthésie locale et partage les mêmes indications que la nucléolyse. Cette technique moins invasive que la discectomie conventionnelle permet de procéder à des incisions de petite taille et de réduire les suites opératoires, le temps d'hospitalisation et celui de la convalescence.

- **La discectomie conventionnelle (open)** [55] est l'intervention visant à un retrait de la hernie (herniectomy) avec résection la plus complète possible du matériel discal inter-corporel. Les techniques chirurgicales ont évolué en trente ans, ce qui permet de réaliser ce geste en réduisant la taille de l'incision (existence de techniques mini-invasives par abord endoscopique) et de réduire le temps de convalescence post-opératoire. Elle se fait sous anesthésie générale. C'est le traitement choisi d'emblée pour les lombosciatalgies déficitaires.

En cas de canal lombaire étroit (par exemple sur phénomène arthrosique) ou de spondylolisthésis, il est nécessaire de supprimer la compression nerveuse par restauration d'un calibre normal du canal lombaire, ce qui alourdit considérablement l'intervention et donc la durée de convalescence.

8.7 Quand hospitaliser une lombosciatalgie ?

Il n'existe pas de recommandation bien précise concernant les formes de lombosciatalgie à hospitaliser. [57]

- On s'accorde toutefois à considérer toutes les formes nécessitant une prise en charge interventionnelle conservatrice ou non comme un critère d'hospitalisation.
Cela concerne aussi bien les formes paralysantes de moins de 7 jours que les formes hyperalgiques.
- De même, lorsque la lombosciatalgie est associée à un problème de maintien à domicile, le patient doit-être hospitalisé.
- La décision d'hospitalisation des formes symptomatiques est à discuter au cas par cas selon la clinique et l'étiologie retrouvée lors du bilan réalisé. Ceci est régulièrement le cas dans le cadre d'un syndrome infectieux associé ou d'une forte suspicion de pathologie tumorale évolutive.
- Il n'y a en théorie pas d'indication à hospitaliser les formes communes non-complicées. Cette considération reste toutefois discutable nous le verrons.

ETUDE

1. MALADES ET METHODE

1.1 Objectifs

L'objectif premier de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en charge des lombosciatalgies au sein de la Structure d'urgence du C.H. de Saint-Dié. Elle permettra de réaliser un comparatif avec une prise en charge codifiée faisant l'objet d'une procédure de soins qui sera mise en place dans ce même service ultérieurement.

1.2 Type d'analyse statistique et patients.

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique incluant l'ensemble des patients pour lesquels le diagnostic principal de lombosciatalgie a été posé lors de leur prise en charge en Structure d'Urgences du C.H. de St-Dié. Elle concerne la période s'étendant du 1er Septembre 2014 au 1er Septembre 2016, soit 2 ans.

1.3 Matériel : recueil des données sur Résurgences

Le recueil des données a été effectué par l'intermédiaire du logiciel Résurgences® utilisé au C.H. de Saint-Dié. Ce logiciel permet de conditionner l'intégralité des dossiers patients informatisés ayant fait l'objet d'une prise en charge dans le service.

Un outil de recherche, appelé « requêteur », est disponible dans le logiciel. Il a permis d'extraire tous les dossiers pour lesquels dans le diagnostic principal on retrouve la notion de lombosciatalgie. Pour cela, la recherche s'est portée sur les dossiers créés et clôturés sur la période délimitée par l'étude. C'est à l'aide des éléments de codage de la Classification Internationale des Maladies version 10 (CIM-10) que les dossiers d'intérêt ont pu être extraits de la base de données. Les éléments de codage choisis sont regroupés dans le tableau 2.1 présent en annexe A. Ces derniers constituent le principal critère d'inclusion de cette étude.

On prendra pour critère d'exclusion, les dossiers dont le codage ne correspondant pas au diagnostic de lombosciatalgie mais à un tout autre diagnostic (erreur de codage par exemple).

Sur 282 dossiers identifiés répondant au principal critère d'inclusion, 2 dossiers ont été exclus : un cas correspondant à une infection urinaire chez une femme enceinte et un cas de thrombose veineuse profonde tous deux hospitalisés respectivement en service de gynécologie et de cardiologie.

Il a été vérifié pour chacun des dossiers restant si la notion de douleur lombaire était associée à une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 et/ou S1.

Au total, 280 dossiers sont donc retenus dans cette étude.

Pour chacun de ces patients, il a été possible d'extraire :

- **Les données suivantes** : âge, sexe, Indice de Masse Corporelle, facteur déclenchant, parcours de soin, date de début des signes cliniques, antécédents pertinents (notamment de lombosciatalgies, hernies discales, maladie osseuse...)
- **Les données temporelles** : date d'arrivée et de sortie, durée de prise en charge
- **Les données concernant la prise en charge** : réalisation d'une biologie, d'une imagerie et de sa modalité, traitements prescrits aux urgences, évolution de l'échelle numérique de la douleur, avis demandés.
- **Les données concernant l'orientation du patient** : hospitalisations, sorties, comptes-rendus d'imagerie, évolution, traitement de sortie, arrêts de travail, prise en charge ultérieure discutée.

Ces données ont été consignées sous forme de tableau dans un fichier Excel®.

1.4 Critères de jugement

Dans cette étude, on se réfère principalement aux recommandations de l'ANAES encore en vigueur [1].

Ainsi, après une analyse épidémiologique des patients inclus dans l'étude, une attention particulière a été portée à :

- l'indication et la validité des prescriptions des examens complémentaires et plus particulièrement d'imagerie,
- l'évaluation de la douleur et la prescription d'antalgique aux urgences et à la sortie,
- l'orientation (hospitalisations, transferts) et le devenir des patients.

La conformité de la réalisation d'un examen d'imagerie ainsi que des hospitalisations a été étudiée suite à la lecture de l'ensemble des dossiers médicaux de ces patients ainsi que des comptes-rendus d'examen d'imagerie sur le PACS.

2. Résultats

2.1 Fréquence des lombosciatalgies dans la Structure d'Urgence de Saint-Dié

La Structure d'Urgence de Saint-Dié des Vosges est, en termes de passages annuel, située en 6^{ème} place dans la région Lorraine en 2016 avec 27582 passages. Cela fait en moyenne 75.6 passages par jour.

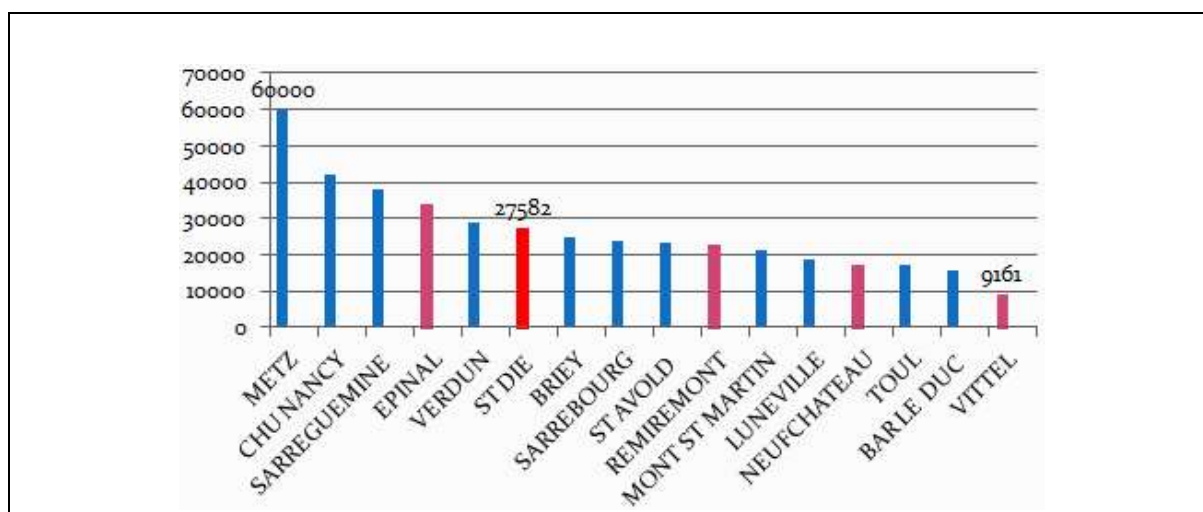


Figure 2.1 : Comparatif du nombre d'entrées dans les Structure d'Urgence dans la région Lorraine.

Le recueil de données a permis d'isoler 280 patients sur 2 ans consultant dans la Structure d'Urgence de Saint-Dié pour des lombosciatalgies. Cela fait en moyenne 0.38 patient par jour consultant pour ce motif.

On peut donc en déduire que les lombosciatalgies représentent environ 0.5% de l'activité de la Structure d'Urgence de Saint-Dié des Vosges, ce qui est faible bien que non-négligeable.

2.2 Etude de la population

2.2.1 Age, Sexe, Indice de Masse Corporelle

Il a été décompté 156 hommes pour 124 femmes venus pour un tableau de lombosciatalgie.

L'âge moyen des patients est calculé à 51.8 années.

Trois tranches d'âge ont été définies pour affiner cette analyse. On utilise pour cela deux limites d'âges citées dans la littérature [1] concernant les lombosciatalgies symptomatiques :

- 50 ans comme âge en faveur de la survenue d'un processus néoplasique,
- 70 ans comme âge en faveur de la survenue d'une fracture pathologique

Toutes ces données sont détaillées dans le tableau 2.2 (annexe B) et illustrées dans la figure 2.2 ci-dessous.

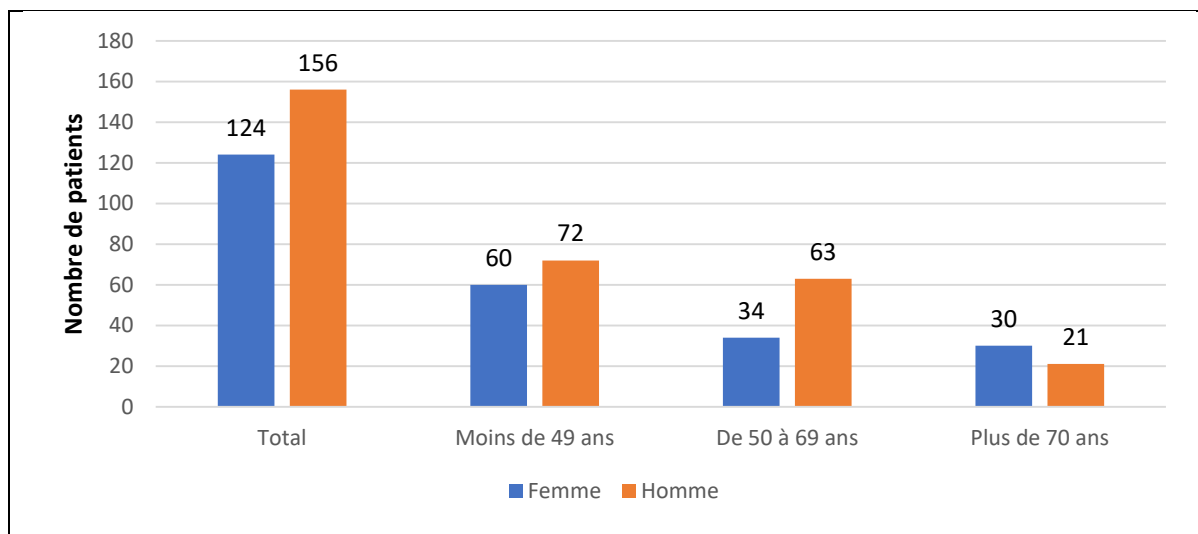


Figure 2.2 : âge et sexe des patients (cf. tableau 2.1 en annexe A)

On remarque une surreprésentation masculine globale des lombosciatalgies jusqu'à 70 ans.

Concernant l'indice de masse corporelle (IMC), le poids de 131 patients a pu être recueilli (patient non systématiquement pesé selon la rapidité de la prise en charge). On porte intérêt à ces données car l'obésité (IMC compris entre 30 et 35 kg/m²) constitue un facteur de risque de lombosciatalgie.

L'IMC moyen est de 27.9 kg/m², correspondant ainsi au surpoids.

2.2.2 Antécédents

Il a été possible de retrouver des antécédents de pathologie rachidienne chez 123 patients (43.9% des patients inclus). (cf. Tableau 2.3)

	n	%
Hernie discale déjà diagnostiquée	106	37.85
Canal lombaire étroit	9	3.21
Autre pathologie rachidienne	10	3.57
Lombosciatalgie sans étiologie recherchée ou connue	17	6.07
Total	132	47.49

Tableau 2.3 : Antécédents des patients inclus

- Les autres pathologies rachidiennes comprenaient : 3 cas d'ostéoporose, 2 cas de spondylarthrites ankylosantes, 2 cas de tassements vertébraux, 2 canal cervicaux étroits, 1 rachis scoliotique.

2.2.3 Facteurs déclenchants

89 dossiers (31.78 % des patients inclus) renseignaient les phénomènes déclenchants de la symptomatologie de lombosciatalgie. Ils sont détaillés dans le tableau 2.4 présent en annexe B.

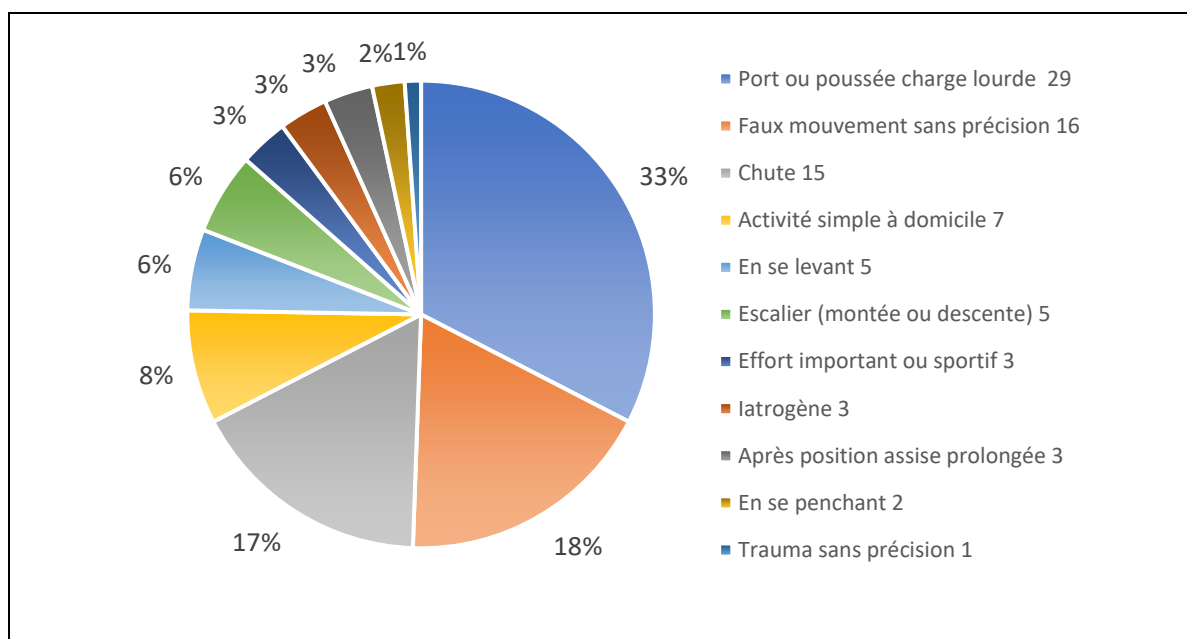


Figure 2.3 : Facteurs déclenchants la symptomatologie, répartition sur 89 dossiers renseignés (cf. tableau 2.4 en annexe B)

Ainsi, sont considérés comme « faux mouvements sans précision » tout mouvement ayant déclenché une douleur dans les suites immédiates, mais sans détails supplémentaires sur les circonstances de survenues.

Les facteurs déclenchants iatrogènes retrouvés sont variés : un cas après une infiltration péridurale, un autre cas après une pose de prothèse totale de genou, et enfin un cas après une injection d'un traitement par voie intramusculaire le soir même.

2.2.4 Professions et accidents de travail

Le recueil des professions des patients est pauvre car il n'a pu être fait que pour 26 cas.

En revanche, il permet clairement de discerner une majorité de professions manuelles avec notamment des ports de charges.

- 24 patients sur les 26 (92.31%) réalisent des travaux manuels lors de leur travail.
- 5 patients (19.23%) ont été victime d'un accident de travail occasionnant une consultation le jour même aux urgences de Saint-Dié.

Concernant les accidents de travail :

- 18 accidents de travail ont été rapportés dans les dossiers qui intéressent cette étude.
- Le port de charge qui est le facteur déclenchant le plus incriminé dans cette situation concernait 11 cas, soit 61% des accidents de travail menant à une telle déclaration.

2.2.5 Parcours de soins jusqu'aux urgences

- On rapporte pour 101 cas (36.07 %) une consultation chez le médecin traitant antérieure à la venue aux urgences. On relève des consultations multiples (au moins 2) pour 12 cas.
- Pour 31 d'entre eux (11.07 %), c'est le médecin traitant qui adresse le patient aux urgences.
- Il a été rapporté 19 cas (6.79 %) qui se présentent aux urgences après avoir été adressé par le centre 15. On a rapporté l'engagement de 3 S.M.U.R. (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) pour des besoins antalgiques (dans un contexte post-traumatique avec impossibilité à se mobiliser).
- Un seul patient (0.36%) a été hospitalisé auparavant pour les mêmes symptômes, et cela une semaine avant.

2.2.6 Délai entre le début des symptômes et la consultation aux urgences

Le recueil de données a permis d'isoler un délai de consultation entre l'apparition ou la majoration des symptômes et la consultation aux urgences dans 189 dossiers.

- 116 cas (61.37%) se sont présentés aux urgences à 10 jours ou moins du début des symptômes. En moyenne, ces mêmes personnes consultent 3.75 jours après le début des symptômes.
- Dans 22 situations (11.64%), le patient s'est présenté le jour même du début des troubles.

2.3 Les différentes formes de lombosciatalgie

Dans le cadre de notre étude, les lombosciatalgies seront classées en deux types :

- 1) Les lombosciatalgies non-complicquées : que nous définirons ici comme sans signe de gravité (pas de signes associés, début il y a moins de 6 semaines) et ne nécessitant pas d'investigations complémentaires. Dans ce cas, un traitement aux urgences peut être

dispensé jusqu'à amélioration de la symptomatologie si besoin. Un traitement ambulatoire peut-être proposé à la sortie du patient.

- 2) Les lombosciatalgies compliquées : nécessitant des investigations complémentaires. Elles comprennent les lombosciatalgies durant depuis plus de 6 semaines, les lombosciatalgies hyperalgiques, les lombosciatalgies paralysantes et les lombosciatalgies symptomatiques. Parfois, une hospitalisation est nécessaire pour adapter le traitement.

Un troisième groupe de lombosciatalgies a été constitué. Il s'agit des patients répondant aux critères de lombosciatalgie non-compiquée occasionnant toutefois une perte d'autonomie et rendant le retour au domicile difficile.

Pour les 280 patients, on dénombre **226 lombosciatalgies non-compiquées** (80.71%), **49 lombosciatalgies compliquées** (17.5%), et enfin **5 lombosciatalgies au maintien à domicile impossible (MADI)** (1.79%)

Les lombosciatalgies sont réparties comme indiqué dans la figure 2.4 et le tableau 2.5 en annexe C.

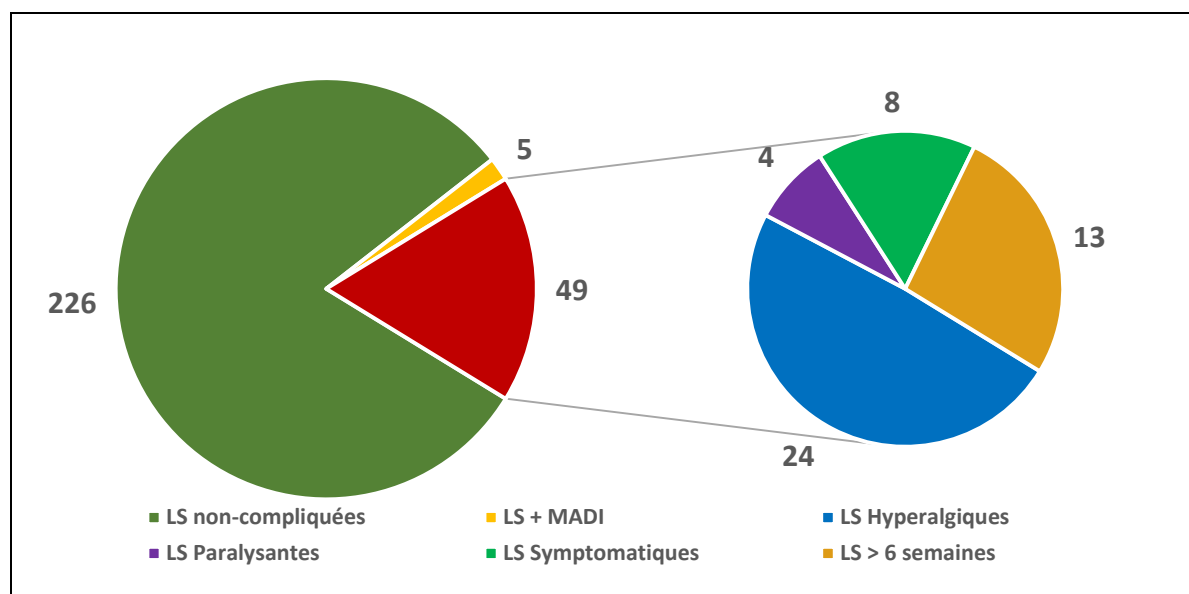


Figure 2.4 : Répartition des lombosciatalgies selon leurs formes (cf. tableau 2.5 en annexe C)
(LS = Lombosciatalgie, MADI = maintien à domicile impossible)

2.4 Examens complémentaires dans les lombosciatalgies

Les examens réalisés lors de la prise en charge aux urgences sont répartis comme indiqué dans le tableau 2.6.

	Biologie		Scanner		IRM		Radio		Patient ayant eu au moins une imagerie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LS non-complicquées	41	18.14	27	11.95	2	0.88	25	11.06	51	22.57
MADI	4	80	1	20	0	-	0	-	1	20
LS hyperalgiques	4	16.67	8	33.33	0	-	3	12.5	10	41.66
LS > 6 semaines	2	15.38	4	30.77	0	-	2	15.38	5	38.46
LS symptomatiques	8	100	5	62.5	0	-	1	12.5	6	0.75
LS paralysantes	1	25	3	75	0	-	0	-	3	75
Total	60	21.43	48	17.14	2	0.71	31	11.07	81	28.93

Tableau 2.6 : Examens complémentaires réalisés au sein de la Structure d'Urgence de Saint-Dié. (LS = Lombosciatalgie, MADI = maintien à domicile impossible)

2.4.1 Prises de sang réalisées

- Toutes les **lombosciatalgies symptomatiques** (8 cas) ont bénéficiées d'une prise de sang. Cinq de ces bilans sanguins ont été réalisés dans un contexte de fièvre associée, dont un cas pour lequel le diagnostic spondylodiscite a été posé.
- Un bilan sanguin a été réalisé dans un contexte de lombosciatalgie non-compiquée avec INR surdosé connu. Dans les 40 autres cas restants, les bilans sanguins ont été réalisés dans des contextes de lombosciatalgie non-compiquée sans aucun argument justifiant cet examen.

2.4.2 Examens d'imagerie réalisés

- On remarque une très nette majorité de scanner lombaire réalisés (48 examens) par rapport aux IRM lombaire (2 examens).
- **Lombosciatalgies hyperalgiques (24 patients) :**
 - 4 patients se sont présentés aux urgences pour une lombosciatalgie devenue hyperalgique alors qu'ils avaient réalisés une imagerie antérieure récente (moins d'un mois auparavant) à la consultation. Il n'a pas été réalisé de nouveaux clichés pour ces patients.
 - Seuls 8 patients hyperalgiques ont bénéficiés d'un scanner en urgence dans le service.

- De ce fait, 50% des patients hyperalgiques (12 patients pour 24) n'ont pas bénéficié d'une imagerie scannographique jusqu'à la fin de la prise en charge aux urgences (avant hospitalisation).
- **Lombosciatalgies depuis plus de 6 semaines (13 patients)** : 3 patients se sont présentés aux urgences avec une imagerie déjà prévue en ambulatoire (2 IRM, 1 TDM),
- **Lombosciatalgies symptomatiques (8 patients)** : aucune imagerie n'avait été réalisée en urgence pour 2 cas
 - Un cas avec associant une fièvre et une douleur en fosse iliaque droite avec symptomatologie atypique de radiculalgie associé mais sans syndrome inflammatoire associé récusant l'imagerie ;
 - Un cas avec un syndrome inflammatoire biologique indiquant d'emblée une hospitalisation avant de discuter une imagerie selon évolution.
- **Lombosciatalgies paralysantes (4 patients)** : 3 cas ont bénéficié d'un scanner du rachis lombaire en urgence. Le quatrième patient avait déjà réalisé une IRM en externe la veille mais refusait l'hospitalisation qui lui était conseillée dans les suites.

2.4.3 Comptes-rendus des imageries réalisées

Il est utile de préciser que dans certains cas, le compte-rendu d'imagerie n'a pas pu être retrouvé ou rendu inaccessible pour des raisons informatiques. Il n'a également pas été possible de consulter les versions imprimées des comptes-rendus pour ces mêmes cas.

Les résultats sont développés dans la figure 2.5 ci-dessous et le tableau 2.7 en annexe D.

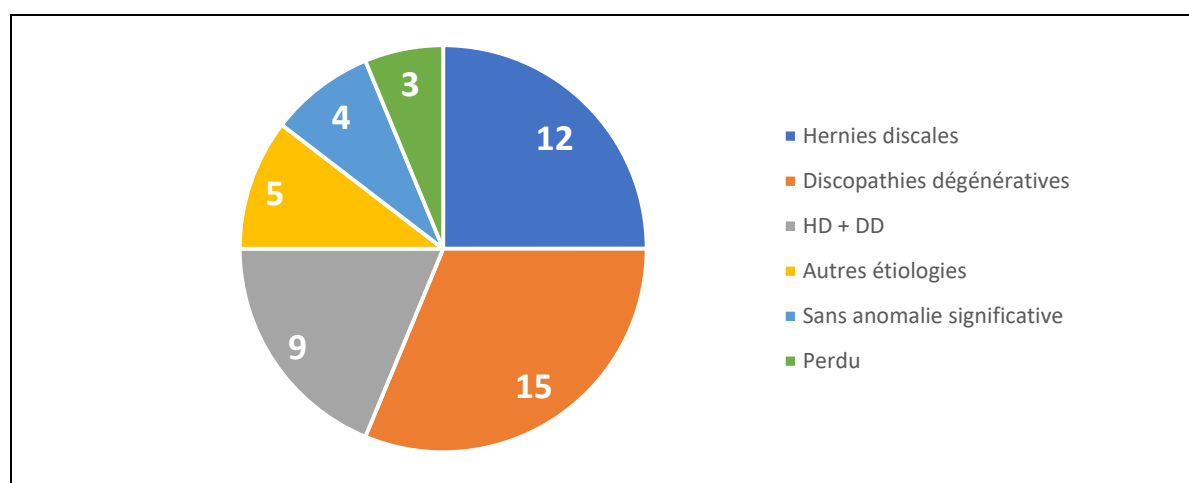


Figure 2.5 : Diagnostics radiologique des scanners et IRM réalisés lors de la prise en charge aux urgences de Saint-Dié (cf. tableau 2.7 en annexe D). (HD = Hernie Discale, DD = Discopathie Dégénérative)

- **Toutes les lombosciatalgies hyperalgiques** scannés montraient un conflit discoradiculaire à l'exception de deux d'entre elles (un rachis dégénératif majeur, une formation aérique ou kystique compressive).
- **Pour les lombosciatalgies symptomatiques**, l'imagerie retrouvait : 2 présence de métastases, 1 fractures vertébrales, 1 spondylodiscite, 1 aucune anomalie du rachis lombaire.

2.5 Traitements prescrits et évaluation de la douleur aux urgences

2.5.1 Echelle de la douleur

L'évaluation de la douleur fait l'objet de la figure 2.6 ci-dessous, ainsi que des tableaux 2.8 et 2.9 en annexe E.

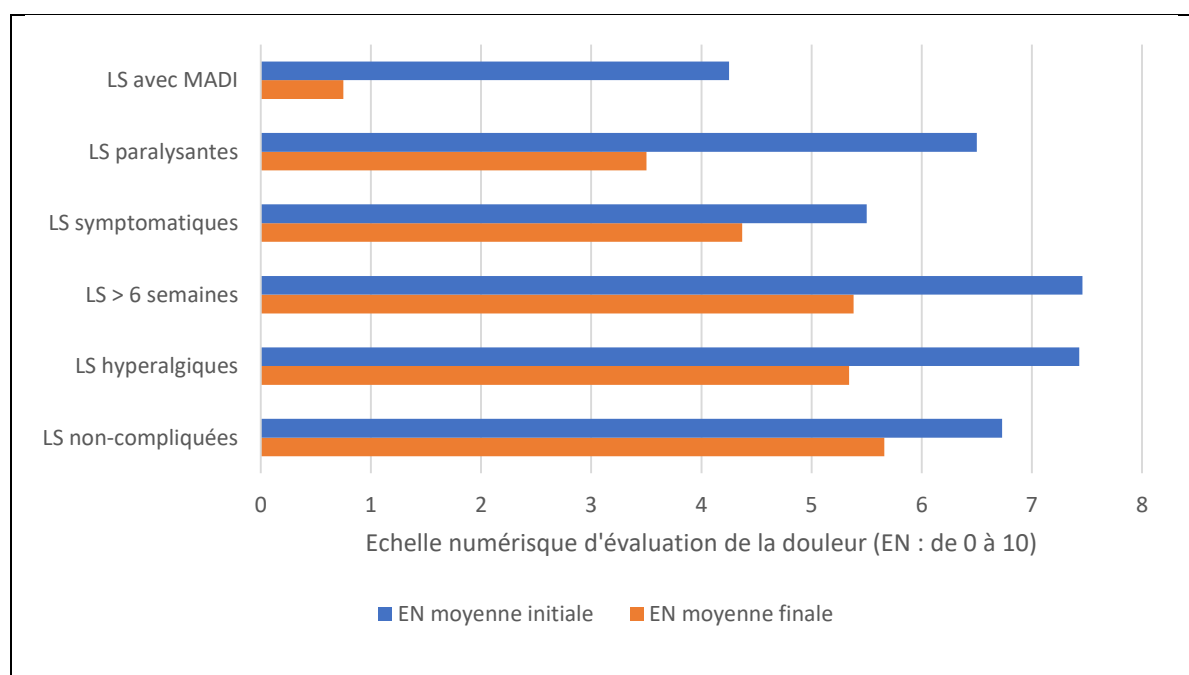


Figure 2.6 : Evolution de l'échelle numérique de la douleur selon la forme de lombosciatalgie durant la prise en charge aux urgences de Saint-Dié. (cf. tableau 2.8 en annexe E)
(LS = Lombosciatalgie, MADI = maintien à domicile impossible)

L'évaluation numérique (EN) de la douleur a pu être évaluée de façon assez systématique (252 dossiers permettaient de relever une évaluation de la douleur à l'entrée du patient). Il a pu être également recueilli l'évaluation de la douleur initiale et finale (EN initiale, EN finale) pendant la consultation.

Cependant, l'EN finale ne correspond pas forcément à l'évaluation réalisée à la sortie des urgences (celle-ci pouvant correspondre à l'EN initiale si une seule évaluation a été réalisée durant la prise en charge).

- L'EN moyenne est la plus élevée pour les lombosciatalgies de plus de 6 semaines ou hyperalgiques (respectivement 7.46 et 7.43). Ces groupes semblent être traités avec la même efficacité avec une perte de plus de 2 points d'EN (baisse respectivement à 5.38 et 5.34).
- De façon plus générale,
 - les EN moyenne des lombosciatalgies compliquées (= 7.21) est supérieure à celle des lombosciatalgies non-compliquées (= 6.73).
 - En revanche les traitements introduits lors de la prise en charge semblent être plus efficaces pour les formes compliquées avec une EN finale moyenne à 5.04 contre 5.66 pour les lombosciatalgies non-compliquées.
 - 44% des lombosciatalgies non-compliquées sortant avec une EN finale ≥ 7 , contre 31.25% pour les lombosciatalgies compliquées.
- Les groupes de patients ayant les EN initiales moyennes les moins élevées sont les lombosciatalgies symptomatiques (EN = 5.5) et les lombosciatalgies avec notion de maintien à domicile difficile (EN = 4.5). En effet, la douleur n'est pas systématiquement au premier plan dans ces cas de figure.

2.5.2 Prescriptions intra-hospitalière totales au sein de la Structure d'Urgence

Voici un graphique récapitulatif des traitements mis en place lors de la prise en charge des patients aux urgences. (Figure 2.7)

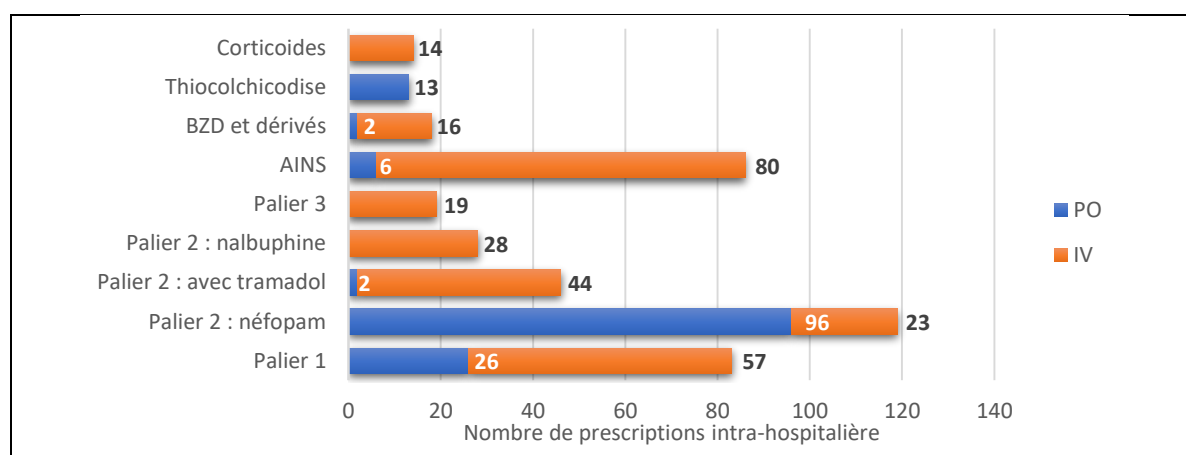


Figure 2.7 : Classes de traitements des lombosciatalgies aux urgences de Saint-Dié (cf. tableaux 2.10 et 2.11 en annexe E) (PO = per-os, IV = intraveineux, BZD = benzodiazépines, AINS = anti-inflammatoires non-stéroïdiens)

On expose dans les tableaux 2.10 et 2.11 en annexe E, le nombre de traitements prescrits en intra-hospitalier pour chacune des classes thérapeutiques.

- La majorité des patients a bénéficié des traitements recommandés par l'ANAES [1] : antalgiques de palier 1-2-3 et AINS représentent ainsi une grande part des prescriptions.
- En revanche, les prescriptions de corticothérapie, non recommandées par l'ANAES, concernent 5 % des patients.
- Les traitements sont majoritairement dispensés par voie intraveineuse. Sur 427 traitements administrés, 280 d'entre eux (65.57%) ont été administrés selon cette modalité.

2.5.3 Traitements administrés dans le cadre du protocole antalgique IAO

Dans le domaine de l'urgence, il existe des Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (PISU) permettant à un(e) infirmier(-ère) d'effectuer des gestes spécifiques hors présence médicale. C'est notamment le cas dans un contexte de douleur aiguë chez l'adulte et l'enfant qui se présente aux urgences. L'infirmier(-ère) est ainsi apte à évaluer la douleur à l'aide d'échelles d'auto-évaluation (échelle numérique, utilisée ici) ou d'hétéro-évaluation. L'infirmier(-ère) d'accueil et d'orientation (IAO) peut ainsi appliquer ce protocole à l'arrivée du patient dans la Structure d'Urgence.

Les experts recommandent [58] dans un contexte de douleur aiguë avec échelle numérique > 3, l'utilisation de Paracétamol seul ou en co-analgésie pour toute douleur, à la dose de 1g par voie IV ou per-os, en respectant les contre-indications.

Une extension de ce protocole est réalisée à Saint-Dié. Il propose l'utilisation de Néfopam 20 mg (1 ampoule) par voie per-os sur un sucre dans le cadre d'une douleur avec EN > 6.

La figure 2.8 détaille les traitements administrés dans le cadre de ce protocole antalgique (cf. tableau 2.12 en annexe E)

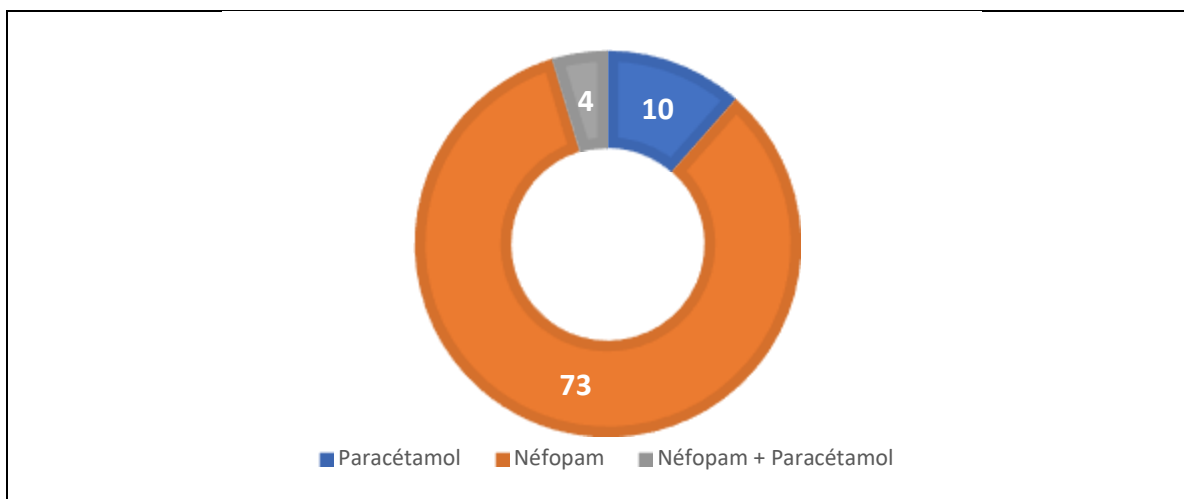


Figure 2.8 : Traitements administrés aux patients dans le cadre du protocole IOA aux urgences de Saint-Dié (cf. tableau 2.12 en annexe E).

Dans le cadre du protocole antalgique IAO, seule la voie per-os a été retenue.

- 87 des 125 administrés per-os aux urgences ont été administrés dans le cadre de ce protocole (soit 69.6%).
- 31.07% des patients ont reçu un traitement dans le cadre de ce protocole.
- Les prescriptions de Néfopam par l'IOA représentent 76.04% des prescriptions per-os totales et 61.34% de prescriptions toutes voies d'administration confondues.
- Les antalgiques délivrés ne répondent cependant pas aux règles du protocole instauré. En effet, la délivrance de Paracétamol seule est faite généralement pour des patients dont la douleur est en moyenne évaluée à 6.89 selon l'échelle numérique (alors qu'un antalgique de palier 2 devrait être délivré dès une $EN \geq 4$).

2.5.4 Prescriptions d'antalgiques aux urgences selon le type de lombosciatalgie

Ces données sont détaillées dans les tableaux 2.13 et 2.14 en annexe E.

En moyenne, les patients recevaient dans cette période d'étude 1.54 traitements aux urgences.

- **Lombosciatalgies hyperalgiques (24 patients) :**
 - A la lecture des dossiers, de nombreuses lombosciatalgies sont considérées comme « hyperalgiques », alors que les lombosciatalgies répondant à la définition exacte (douleur résistante aux antalgiques de palier 3) a rarement pu être posée aux urgences. En effet, la mise en place d'une titration morphinique aux urgences avec un échec de ce traitement n'a pu être constatée que pour 3 cas sur les 24. Ce diagnostic a donc été posé dans la plupart des cas en hospitalisation suite à la constatation d'un échec de la titration morphinique.

- Il s'agit du sous-groupe le plus traité en nombre de traitement prescrit (2.29 traitements par patient)
- **Les lombosciatalgies symptomatiques (8 patients) :**
 - forment le sous-groupe le moins traité sur le plan de la douleur en termes de nombre de prescriptions (1.25 traitement par patient), avec une utilisation plus importante des antalgiques de palier 2.
 - Il n'y a pas eu de recours à des antalgiques de palier 3 pour ces patients.
- **Les lombosciatalgies paralysantes (4 patients),** peu nombreuses dans cette étude, sont pour 50% (2 cas) d'entre elles traitées par morphine, et 50% (2 cas) par AINS, dont un cas ayant bénéficié des 2 molécules.

2.5.5 Traitement de sortie des urgences pour les lombosciatalgies non-complicées

Le traitement de sortie a pu être analysé de façon systématique sur les 205 patients atteints de lombosciatalgie non-complicée. Cette analyse exclut cependant les éventuelles prescriptions papiers réalisées aux urgences. On retrouve les résultats sur la figure 2.9 ci-dessous et le tableau 2.15 en annexe E.

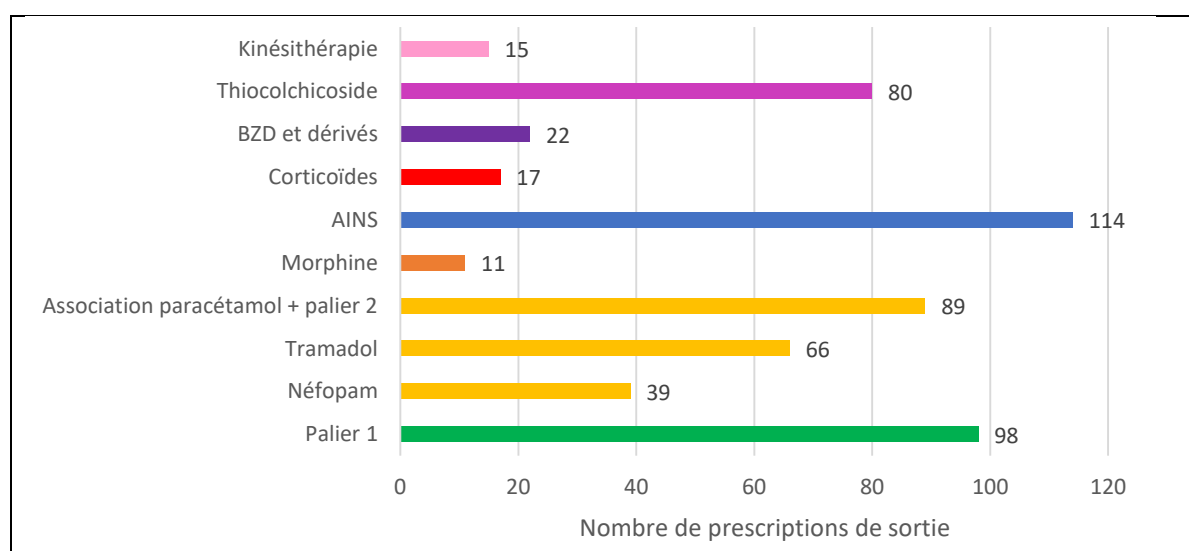


Figure 2.9 : Traitements de sortie prescrits à la sortie des patients de la Structure d'Urgence de Saint-Dié. (cf. tableau 2.15 en annexe E) (BZD = benzodiazépines, AINS = anti-inflammatoires non-stéroïdiens)

2.6 Orientation des patients

L'orientation des patients à l'issue de la prise en charge aux urgences est illustré par la figure 2.10 ci-dessous et les tableaux 2.16 et 2.18 en annexe F.

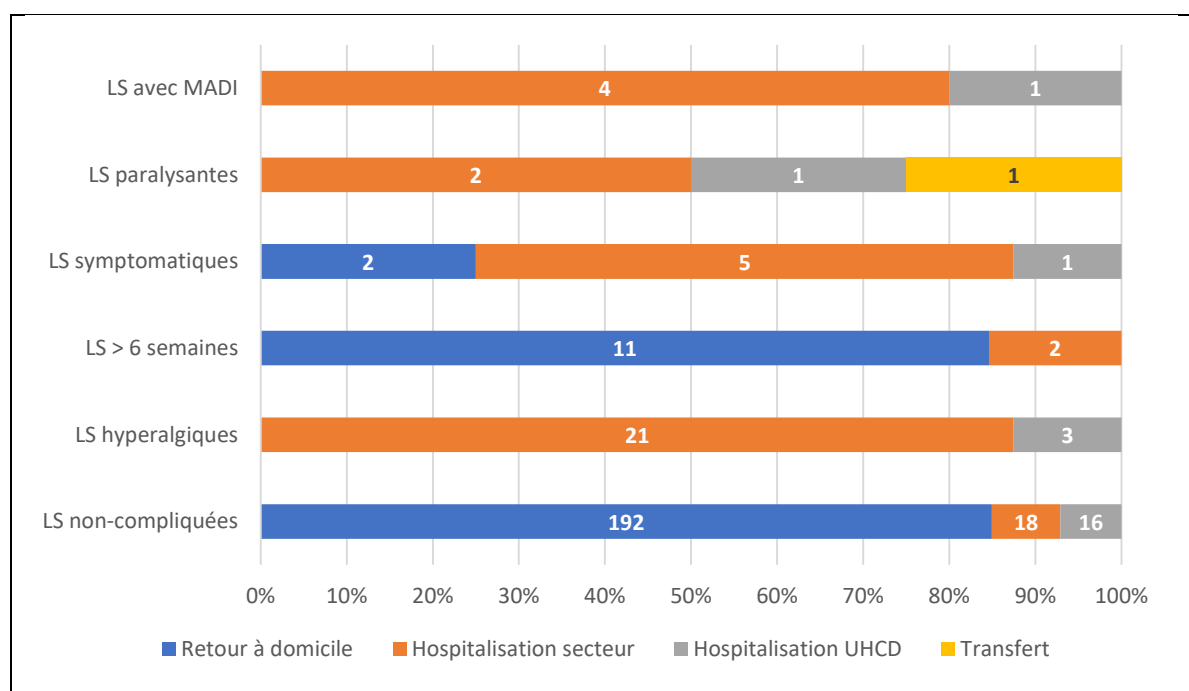


Figure 2.10 : Orientation des patients après prise en charge aux urgences selon la forme de lombosciatalgie (cf. tableau 2.16 et 2.17 en annexe F)
(LS = Lombosciatalgie, MADI = maintien à domicile impossible)

Sur la totalité des patients inclus, **205 patients sont rentrés à domicile (73.21%)** et **74 ont été hospitalisés (27.5%)** dont **52 en secteur** et **22 (7.86%) en U.H.C.D.**

2.6.1 Retour à domicile

- **Les patients souffrant de lombosciatalgies autorisés à rentrer à domicile présentent principalement des formes non-complicées** (192/226 patients). 15 patients ont bénéficié d'un scanner lombaire et 2 patients d'une IRM lombaire pendant leur prise en charge aux urgences avant un retour à domicile.
- **Les lombosciatalgies durant depuis 6 semaines** (13 patients) est le sous-groupe le plus représentatif en proportion de patient rentré à domicile : 84.61% soit 11 patients.
 - Avant de sortir de l'hôpital : 2 patients ont au moins bénéficié d'un scanner, un patient n'a bénéficié que d'une radiographie.
 - Un patient est rentré chez lui car il refusait l'hospitalisation sur place.
- **Le groupe des lombosciatalgies symptomatiques** (8 patients) comprend 2 patients rentrés à domicile. L'un d'entre eux avait refusé l'hospitalisation et est sorti contre avis

médical, le second souffrait d'une fracture vertébrale connue dont l'hospitalisation n'avait pas été retenue.

- Enfin et logiquement, aucun patient présentant une **lombosciatalgie paralysante, hyperalgique ou associée à un maintien à domicile inenvisageable** n'a été autorisé à rentrer chez lui.

2.6.2 Durée de prise en charge des lombosciatalgies non-complicquées

Le recueil de ces données a été conditionné dans la figure 2.11 ci-dessous et le tableau 2.17 en annexe F.

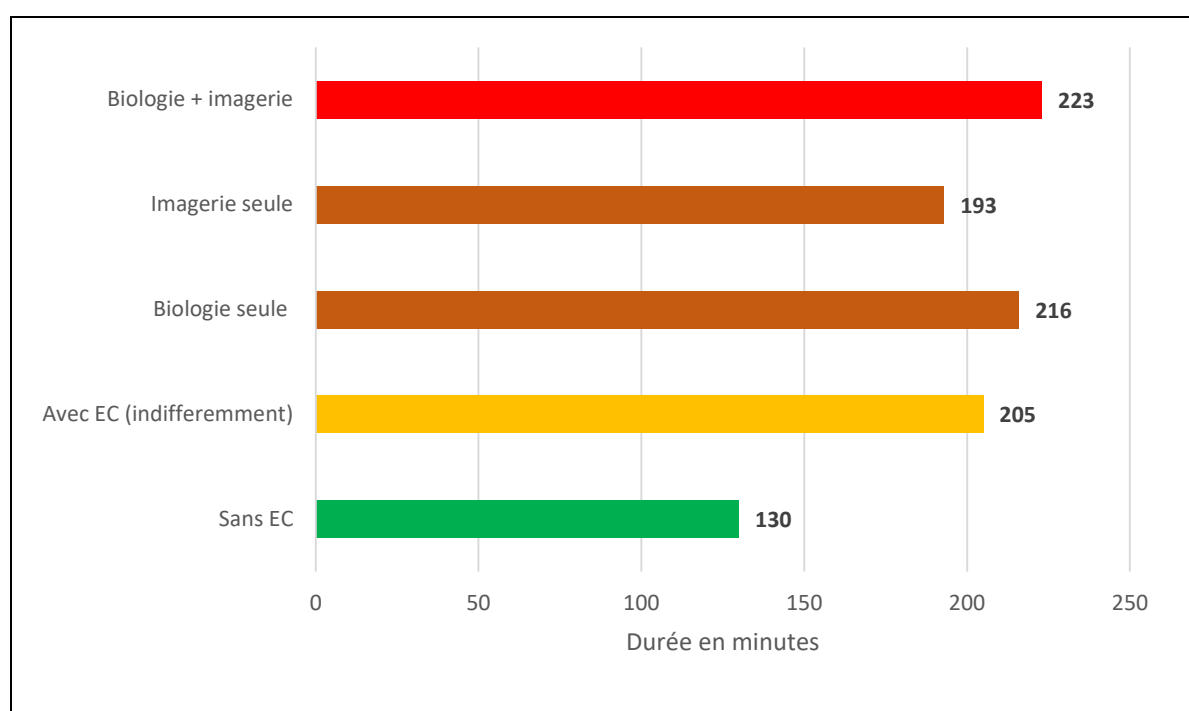


Figure 2.11 : Durée de prise en charge des lombosciatalgies non-complicquées rentrant à domicile selon les examens complémentaires réalisés (cf. tableau 2.18 en annexe F)
(EC = Examen complémentaire)

La réalisation d'examens complémentaires est un facteur rallongeant la durée de prise en charge. En analysant ces durées, on remarque que

- les patients pour lesquels a été prescrit **au moins un examen complémentaire** (biologie ou imagerie) avaient une durée de prise en charge moyenne de **205 minutes** (3h25).
- En revanche, si le patient **n'avait pas subi d'examen complémentaire** (en théorie comme dans les recommandations), la durée de prise en charge est abaissée à **130 minutes** seulement (2h10), soit 75 minutes de moins (1h15).

2.6.3 Patients hospitalisés au sein du C.H. de Saint-Dié hors U.H.C.D.

Les tableaux 2.16 et 2.18 en annexe F reprennent en détail l'orientation des patients au sein du Centre Hospitalier de Saint-Dié des Vosges.

- Les hospitalisations concernent principalement les **lombosciatalgies compliquées** (49 patients)
 - soit **57.69 %** des **52 hospitalisations en secteur**
 - **61.22%** des lombosciatalgies compliquées du panel ont été hospitalisées en secteur. Majoritairement, elles ont eu lieu en secteur de chirurgie orthopédique (25 des 30 hospitalisations), service dédié aux infiltrations et aux interventions chirurgicales du rachis.
- **Les lombosciatalgies hyperalgiques** ont très majoritairement été hospitalisées en secteur (21 patients sur 24, soit 87.5%).
- **Les lombosciatalgies paralysantes** ont toutes été hospitalisées (3 patients sur 4 dont un en U.H.C.D., soit 75%) à l'exception d'un patient transféré à Nancy.
- **Pour les lombosciatalgies depuis plus de 6 semaines**, seulement 2 patients sur les 13 présents dans ce sous-groupe (soit 15.38%) ont requis une prise en charge hospitalière en secteur sans traitement spécialisé au décours.
- **Les lombosciatalgies symptomatiques** hospitalisées (5 patients sur 8, soit 62.5%) concernaient :
 - 2 cas retrouvant une cause néoplasique,
 - 1 cas retrouvant une fracture vertébrale
 - 1 cas de spondylodiscite authentifié,
 - 1 cas présentait un syndrome inflammatoire, aucune exploration complémentaire n'avait été réalisée aux urgences

2.6.3.1 A propos des examens d'imagerie réalisés au cours de l'hospitalisation

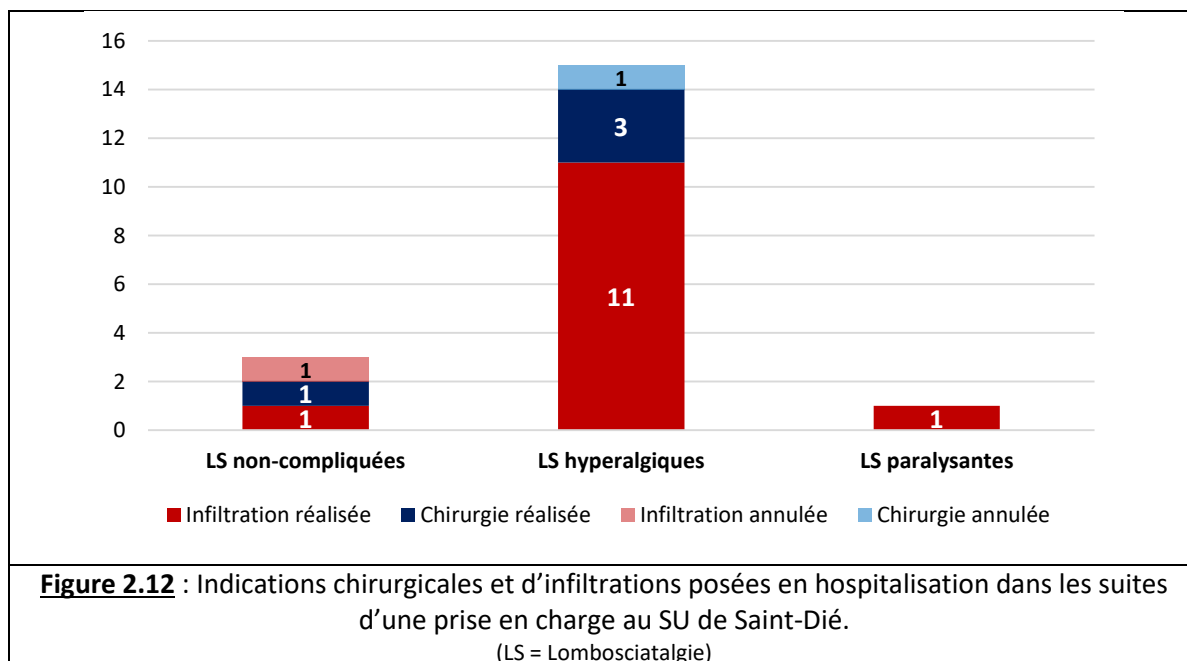
Parmi les 52 patients hospitalisés :

- **26 patients (50%)** avaient bénéficié d'un scanner avant de monter en hospitalisation. Aucune IRM n'a été réalisée avant une hospitalisation.
 - **15 patients (28.85%)** ont bénéficié d'une imagerie en hospitalisation sans urgence,
- Soit au total 41 patients (78.85%)** qui auront eu un scanner depuis leur entrée à l'hôpital.

2.6.3.2 Prise en charge thérapeutique spécifique entreprise en hospitalisation et durée d'hospitalisation

Pour les 52 patients hospitalisés au C.H. de Saint-Dié, la durée moyenne est de 8.6 jours.

La figure 2.12 reprend les indications chirurgicales et d'infiltrations cortisoniques posées en hospitalisation dans les suites d'une prise en charge au SU de Saint-Dié.



- **Une indication chirurgicale** au C.H. de St-Dié avait été posée pour 5 patients dont **4 réalisés**.
 - Un patient hyperalgique n'a pas été opéré devant un refus contre avis médical
 - Les 4 interventions ont été des discectomies per-cutanées (nucléotomie au nucléotome) réalisées en moyenne à 8 jours du début d'hospitalisation.
 - La durée moyenne d'hospitalisation des 3 patients hospitalisés est de 12 jours, soit 4 jours de convalescence post-opératoire en milieu hospitalier en moyenne.
- **L'indication d'infiltration cortisonique** avait été posée pour 14 patients dont **13 réalisés**.
 - 1 lombosciatalgie initialement non-compiquée retrouvait un syndrome inflammatoire sur le bilan biologique dans les suites, annulant son indication
 - Elles sont réalisées à des moments variables durant l'hospitalisation (en moyenne à 6.83 jours d'hospitalisation)
 - La durée moyenne d'hospitalisation étant en moyenne de 9.78 jours.

- Trois patients ont dû être transférés en neurochirurgie à Nancy en raison d'une évolution défavorable de la symptomatologie suscitant un nouvel avis demandé en hospitalisation avec imagerie.

2.6.4 Patients hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D).

Voici illustrée l'orientation des patients sortant de l'U.H.C.D. selon le type de lombosciatalgie (figure 2.13 ci-dessous et tableau 2.19 en annexe F)

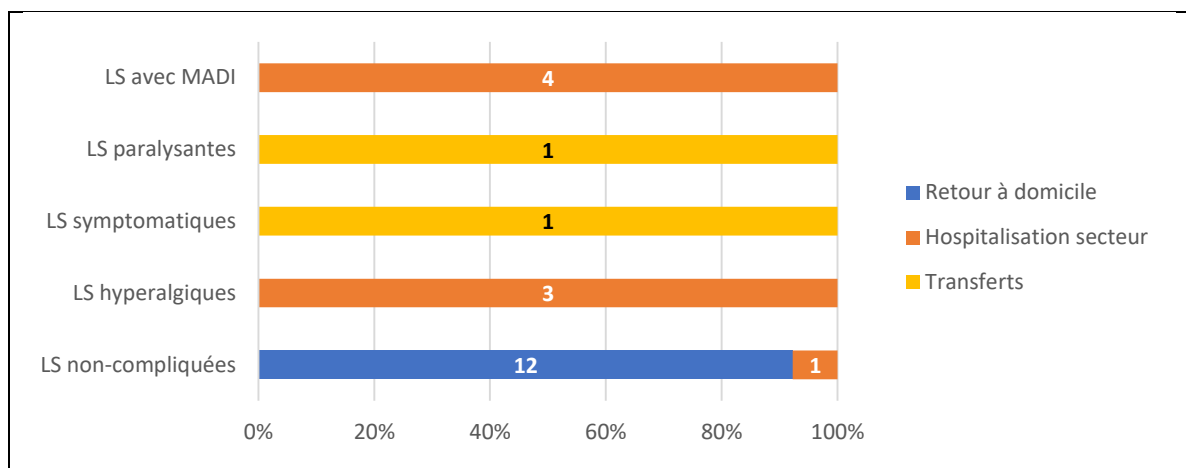


Figure 2.13 : Orientation des patients après prise en charge à l'unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D) selon le type des lombosciatalgies (cf. tableau 2.19 en annexe F)
(LS = Lombosciatalgie, MADI = maintien à domicile impossible)

Voici comment sont répartis les 22 patients de l'U.H.C.D. :

- **Parmi les 16 patients atteints de lombosciatalgies non-complicquées**
 - **12 patients (57.14%)** ont regagnés leur domicile après contrôle antalgique confirmant alors le diagnostic final de lombosciatalgie non-complicquée.
 - 1 patient a été hospitalisé en médecine en raison de déséquilibres biologiques (INR, ionogramme) sans rapport avec la lombosciatalgie.
 - 3 patients (14.28%) ont révélés, après réévaluation clinique, des troubles de l'autonomie rendant un retour à domicile difficile. Ils s'ajoutent au patient déjà gardé en U.H.C.D. initialement pour les mêmes raisons. Ces 4 patients ont également nécessité une hospitalisation en secteur.
- Pour 3 patients étiquetés comme hyperalgique gardés en U.H.C.D., les antalgiques initiés n'ont pas permis d'amélioration des douleurs (14.28%). Ces 3 lombosciatalgies toujours ont motivés une hospitalisation en secteur.
- 1 patient souffrant d'une lombosciatalgie paralysante associé à un syndrome de la queue de cheval a été gardé en U.H.C.D. avant transfert à Nancy.

- Et enfin, un patient présentant une lombosciatalgie symptomatique a été gardé avant transfert : il s'agissait d'une fièvre concomitante à cette lombosciatalgie, mais dont les investigations ont permis la découverte d'une fracture fémorale per-trochantérienne. Le patient souhaitait se faire opérer à Strasbourg, d'où son transfert contre avis médical.

Finalement, **8 des 22 patients (36.36%)** gardés en U.H.C.D. ont été secondairement réorientés en hospitalisation en secteur. Toutes ont eu lieu en secteur de chirurgie orthopédique, à l'exception d'un patient hospitalisé en secteur de médecine. Ceci porte le nombre total d'hospitalisation en secteur après passage par la Structure d'Urgence à **60 (21.07%)**.

Concernant les prescriptions d'examens complémentaires pour ces patients :

- 10 patients n'en ont pas bénéficié durant toute la prise en charge en Structure d'Urgence, dont un cas de lombosciatalgie hyperalgique.
- 1 patient hyperalgique a bénéficié d'un scanner lombaire pendant sa prise en charge en U.H.C.D.

2.6.5 Avis neurochirurgicaux demandés aux urgences et transferts en service de neurochirurgie.

Sept avis neurochirurgicaux (25% des 28 lombosciatalgies paralysantes et/ou hyperalgiques) avaient été demandés aux urgences (dont 6 à Nancy, 1 à Strasbourg). Voici le détail :

- Un avis a abouti à un transfert en urgence du patient pour une prise en charge neurochirurgicale à Nancy (lombosciatalgie paralysante). Ce patient a été opéré.
- Un autre avis a donné lieu également à un transfert en service de neurochirurgie à Nancy, mais après mise en attente (en U.H.C.D) d'un lit disponible. Ce patient atteint d'un syndrome de queue de cheval débutant a été opéré.
- Un troisième avis a d'abord requis une hospitalisation sur place dans l'attente d'une place en service de neurochirurgie à Nancy à la demande du médecin spécialiste référent. A l'issue de son transfert, cette patiente atteinte de lombosciatalgie hyperalgique a bénéficié d'une infiltration.
- Les quatre autres avis (2 formes hyperalgiques, une symptomatique et une paralysante, soit 57.14% des avis) se sont conclus par l'absence d'indication neurochirurgicale et donc suivie d'une hospitalisation directe au C.H. de Saint-Dié.

2.6.6 Répartition des transferts inter-hospitaliers

Sur 6 transferts inter-hospitaliers : 3 ont été effectués depuis les urgences (1 depuis la Structure d'Urgence, 2 depuis l'U.H.C.D.), tandis que 3 autres ont été effectués après hospitalisation initiale en secteur.

Leur répartition est la suivante (cf. figure 2.14) :

- **Lombosciatalgies paralysantes** : 3 patients transférés en unité neurochirurgicale à Nancy au cours de leurs prises en charge, dont 1 après passage par l'U.H.C.D. (syndrome de la queue de cheval), et 2 après hospitalisation à Saint-Dié.
- **Lombosciatalgies hyperalgiques** : 1 patient transféré en neurochirurgie à Nancy après hospitalisation à Saint-Dié en secteur.
- **Lombosciatalgies symptomatiques** : 1 patient transféré depuis l'U.H.C.D. à Strasbourg en chirurgie orthopédique (souhait du patient, pour prise en charge chirurgicale concomitante d'une fracture per-trochantérienne)
- **Lombosciatalgie avec problème de maintien à domicile** : 1 patient devenu hyperalgique en secteur d'hospitalisation a été transféré à Nancy en consultation puis hospitalisation en service de neurochirurgie.

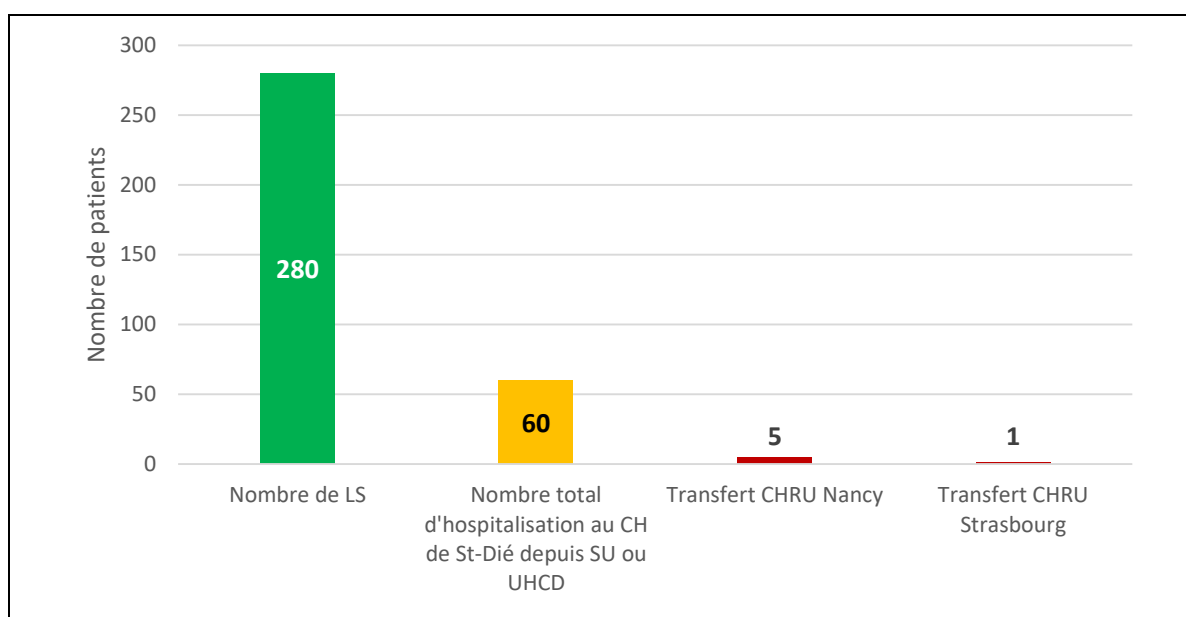


Figure 2.14 : Orientation globale des patients dans les centres hospitaliers.

(LS = Lombosciatalgie, SU = Structure d'Urgence, UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)

2.6.7 Devenir des patients non hospitalisés

Les directives données n'ont pas pu être relevées pour l'intégralité des patients. Le recueil de ce type de données dépend en effet du conditionnement des informations dans le dossier des urgences. De plus, toutes les prescriptions papiers n'ont pas pu être recueillies.

En revanche, il a pu être relevé l'absence ou la présence de compte-rendu de consultation auprès d'un médecin spécialisée (rhumatologue ou chirurgien orthopédiste) dans les suites de la consultation aux urgences.

Parmi les patients autorisés à regagner leur domicile (sans passer par l'U.H.C.D.), on s'intéresse particulièrement aux lombosciatalgies non-complicquées et celles depuis plus de 6 semaines, soit 203 patients (cf. figure 2.15) :

- 54 ont donné lieu à un **arrêt de travail** (dont 2 lombosciatalgies depuis plus de 6 semaines), soit **26.60 %** des patients.
- La plupart ont été **réorienté vers leur médecin traitant** : cela concerne 47 cas (**23.15%**), soit 44 lombosciatalgies non-complicquées (22.91%) et 3 lombosciatalgies depuis plus de 6 semaines (27.27%).
- Le nombre de **consultations spécialisées** organisées par les urgences est faible. 10 consultations (soit **5.2%** des formes non-complicquées, 6 consultations auprès d'un rhumatologue, 4 auprès de la chirurgie orthopédique) ont été données dans le cadre d'une lombosciatalgie non-complicquée, et aucune n'a été programmée pour ceux atteints de lombosciatalgie depuis plus de 6 semaines.
- **6 demandes d'imagerie** (5 TDM, 1 IRM) en externe ont été prescrites pour les lombosciatalgies non-complicquées (soit **3.12%**). Aucune des 11 lombosciatalgies datant de plus de 6 semaines n'a reçu de prescription d'imagerie en externe (seulement 3 avaient une IRM déjà prévue), 6 patients ont été invités à consulter leur médecin traitant pour une prescription d'imagerie.

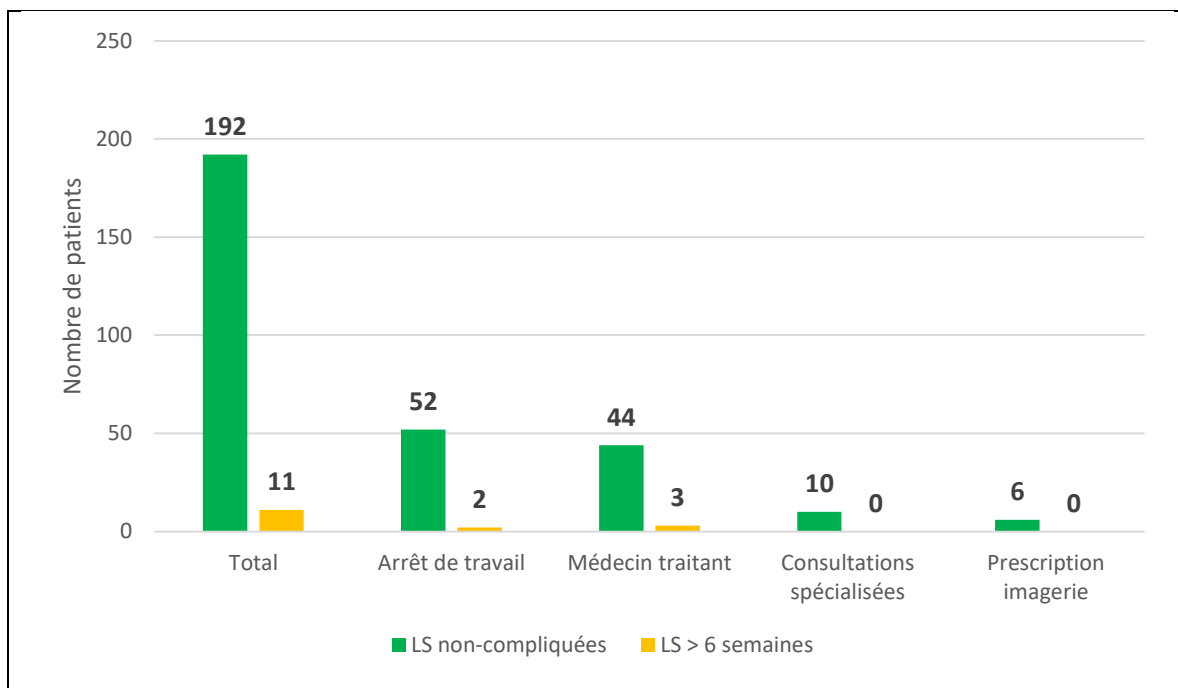


Figure 2.15 : Devenir et orientation des patients sortants du SU atteints de lombosciatalgies non-complicées ou de plus de 6 semaines.
(LS = Lombosciatalgie)

DISCUSSION

1. ETUDE DE LA POPULATION

On recense pour ces 280 patients une majorité d'hommes (156, soit 55.71%) venant en Structure d'Urgence pour une symptomatologie de lombosciatalgie. Près de la moitié (47.14%) de cette **population a moins de 50 ans**. Les patients sont souvent en surpoids avec un **IMC moyen approchant les 28kg/m²** (27.9). Ils sont pour près de la moitié d'entre eux (47.5%) porteurs d'une pathologie lombaire déjà diagnostiquée. Dans près d'un tiers des cas (31.78%), on isole un facteur déclenchant aux lombosciatalgies qui est en grande partie dû aux **ports de charge**, générant par ailleurs une grande proportion (61%) des accidents de travail déclarés durant cette période d'étude. On isole en effet une majorité **de professions manuelles** dans ce panel. Au moins un tiers des patients (36.07%) se présentent aux urgences après avoir consulté leur médecin traitant pour des douleurs en grande partie (41.43% du panel) ressenties depuis 10 jours voire moins. **Dans leur très grande majorité, il s'agit de lombosciatalgies non-complicées (80.71%).**

Comme déjà développé dans l'introduction, les études épidémiologiques étudiant précisément la population touchée par cette pathologie sont rares et ne permettent pas de réaliser de comparatif avec les données recueillies dans cette étude. Seules les tendances au surpoids et à effectuer une profession manuelle semblent correspondre aux données retrouvées dans la littérature [12].

2. ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES LOMBOSCIATALGIES AUX URGENCES DE SAINT-DIE ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

2.1 Examens complémentaires réalisés

2.1.1 Lombosciatalgies non-complicées

Constat n°1 : 40 prises de sang (soit 66.66% des prélèvements réalisés) ne trouvent pas de justification à leur réalisation dans ce contexte de lombosciatalgie non-complicée.

Constat n°2 : 22.57% des lombosciatalgies non-complicées ont conduit à la réalisation d'une imagerie lombaire aux urgences. 11.5% de ces patients avaient subi un scanner lombaire.

Constat n°3 : les 2 seules IRM lombaires retrouvées dans ce recueil ont été réalisées pour les lombosciatalgies non-complicquées.

De ces 3 constats, il ressort sans ambiguïtés que les recommandations en vigueur [1] ne sont pas toujours suivies. Il est difficile de connaître tous les éléments d'une prise en charge et d'en isoler ce qui a pu conduire le médecin urgentiste à réaliser une prise de sang ou une imagerie. Quoi qu'il en soit, il paraît nécessaire d'attirer l'attention sur les effets collatéraux d'une telle tendance, notamment sur les durées de prise en charge.

En analysant ces dernières (figure 2.11 et tableau 2.17 en annexe F), on met en évidence un intérêt à limiter les examens complémentaires afin de raccourcir la durée de passage en Structure d'Urgence. Pour rappel, la durée de passage aux urgences est réduite en moyenne de 75 minutes lorsqu'il n'est pas prescrit d'examen complémentaire.

Par conséquent, il convient prioritairement pour le médecin urgentiste de déterminer le cadre de lombosciatalgie dans lequel se situe chacun de ses patients. Cela permettrait de limiter au maximum les examens complémentaires particulièrement pour les lombosciatalgies non-complicquées et de réduire la durée de passage. De plus, cela aura également pour effet d'homogénéiser les examens réalisés pour chacun des groupes diagnostics en encourageant de surcroît le suivi des recommandations.

2.1.2 Lombosciatalgies symptomatiques

Constat n°4 : La prise en charge des lombosciatalgies symptomatiques aux urgences est très variable d'un patient à l'autre.

Ceci est particulièrement vrai pour les modalités d'imagerie. En effet, bien que tous les patients de ce groupe aient bénéficié d'un prélèvement sanguin, seul un patient s'est vu réalisé une radiographie standard (recommandée) contre 5 scanners lombaires prescrits en première intention aux urgences (62.5 % des patients).

Pour autant, les recommandations rappellent qu'il n'y a pas d'indication formelle à la réalisation d'un scanner en première intention dans cette situation où seule la radiographie standard a sa place [1,16].

Cette considération est toutefois à tempérer en fonction du tableau clinique et de l'accessibilité du scanner. En effet, il est probable que tous les patients souffrant d'une lombosciatalgie symptomatique devra subir un scanner durant leur prise en charge hospitalière.

2.1.3 Lombosciatalgie hyperalgiques

Constat n°5 : l'imagerie en coupe passe au second plan mais est souvent réalisée sans urgence au cours de la prise en charge des lombosciatalgies hyperalgiques.

Les lombosciatalgies hyperalgiques doivent déclencher la prise en charge immédiate de l'urgence que constitue le contrôle de la douleur [25].

Antérieurement à la prise en charge, 4 patients avaient déjà passé récemment (moins de 2 semaines auparavant) une imagerie en coupe (TDM ou IRM).

De ce fait, aux urgences, 8 patients avaient bénéficié d'un scanner lombaire en l'absence d'imagerie antérieure.

Au total, ce sont 50% des patients hyperalgiques (12 sur 24) qui n'ont pas bénéficié d'une imagerie par scanner ou d'une IRM jusqu'au terme de leur prise en charge aux urgences. Cependant, 8 patients (33.33%) ont bénéficié de leur imagerie en hospitalisation. Au total 83.33% des patients hyperalgique ont eu une imagerie avant la fin de leur prise en charge hospitalière.

2.1.4 Lombosciatalgies de plus de 6 semaines

Constat n°6 : Concernant les lombosciatalgies de plus de 6 semaines, 2 patients (16.67%) avaient bénéficié d'une prise de sang et 10 patients (41.66%) d'une imagerie aux urgences.

Dans un tel cas de figure, le contrôle de la douleur aurait dû constitué l'objectif principal avec prescription des examens complémentaires à réaliser en ambulatoire à la sortie. Les recommandations [1,31] ne se prononcent pas pour la réalisation d'examens complémentaires en urgence dans ce contexte. Cependant, encore une fois, les données ne permettent pas de savoir si des éléments non renseignés dans le dossier avaient motivés la réalisation de ces examens.

2.1.5 Lombosciatalgies paralysantes

Constat n°7 : En matière d'examens complémentaires, les recommandations sont bien suivies concernant les formes paralysantes [1,24].

Une imagerie avait été réalisée pour 3 patients sur 4, le dernier ayant eu son imagerie la veille en ambulatoire.

2.2 A propos des traitements antalgiques prescrits et de la douleur

2.2.1 La corticothérapie

Constat n°8 : La corticothérapie, bien que non recommandée, a été prescrite au C.H. de Saint-Dié comme traitement intra-hospitalier et ambulatoire de la lombosciatalgie.

En effet, 14 patients ont reçu aux urgences un bolus intraveineux de Prednisolone, et 17 patients ont rejoint à domicile avec une prescription de cette même molécule en forme per-os. Les recommandations de l'ANAES ne rapportent aucune preuve de l'efficacité de cette thérapeutique [1]. Des essais cliniques récents confirment ne pas retenir l'indication de la corticothérapie comme un traitement à proposer aux patients dans le cadre d'une lombosciatalgie [36]. De plus, ce traitement expose à des effets indésirables rendant son rapport bénéfice/risque défavorable. Certains rapportent l'indication de la corticothérapie à l'impasse thérapeutique dans laquelle l'urgentiste se retrouve.

2.2.2 Les lombosciatalgies hyperalgiques

Constat n°9 : Le diagnostic de lombosciatalgie hyperalgique n'est que rarement posé (3 patients pour 24 formes hyperalgiques avérées, soit 12.5%) lors de la prise en charge initiale aux urgences de Saint-Dié.

Le diagnostic d'hyperalgésie est posé par un échec du contrôle des douleurs par la titration morphinique. Ce traitement n'a été instauré qu'à 19 reprises dans la population de l'étude. Seuls 3 patients avaient effectivement une lombosciatalgie hyperalgique.

Constat n°10 : les lombosciatalgies hyperalgiques semblent souvent « sous-traitées » aux urgences.

Une grande proportion d'antalgiques prescrits sont de palier 2 (1.08 prescriptions par patient), que l'on oppose aux antalgiques de palier 3 beaucoup moins prescrits (0.13 prescriptions par patient).

Cela peut s'expliquer par une possible réserve des médecins urgentistes à initier ce traitement nécessitant une surveillance rapprochée qui est souvent effectuée en salle de déchoquage. Une telle retenue prive le patient d'une amélioration plus rapide des douleurs ou, dans le cas contraire, d'un diagnostic rapidement posé de lombosciatalgie hyperalgique. Il peut en résulter une augmentation de la durée de prise en charge aux urgences.

2.2.3 Evaluation de la douleur

Constat n°11 : Malgré les résultats présentés sur le tableau 2.8 (annexe E), on ne peut raisonnablement pas conclure à une meilleure prise en charge des lombosciatalgies hyperalgiques par rapport aux formes non-complicées.

Ce tableau montre en effet des évaluations numériques de la douleur (EN) initiales pour les lombosciatalgies non-complicées (EN initiale moyenne = 6.73) inférieures aux formes hyperalgiques (EN initiale moyenne = 7.43). En revanche, l'EN finale moyenne des formes non-complicées (5.66) demeure supérieure à celle des lombosciatalgies hyperalgiques (5.34).

L'interprétation de ces résultats donneraient à penser que des patients atteints d'une lombosciatalgie non-complicée rentreraient chez eux avec des douleurs plus prononcées qu'un patient souffrant d'une forme hyperalgique. Il manque en réalité, et ce quasi-systématiquement, une évaluation de la douleur à la sortie des patients ayant bénéficié d'une prise en charge courte d'une forme non-complicée aux urgences. Ce manque modifie les données obtenues pour l'EN finale comme expliqué dans la présentation des résultats. En dehors de cette considération technique, il semble important d'insister sur le fait que l'évaluation de la douleur doit rester systématique, rapprochée et conditionnée dans le dossier. Cela d'autant plus que la priorité de la prise en charge en Structure d'Urgence est de traiter efficacement la douleur.

2.2.4 A propos du protocole antalgique IAO

Constat n°12 : L'application du protocole antalgique à l'accueil des patients demeure insatisfaisante.

La figure 2.8 et le tableau 2.12 (annexe E) montre que l'administration de Paracétamol pour des EN initiales à 6.89, ce seuil s'avérant trop élevé. Ce traitement devant être prescrit seul dès que l'EN atteint 4.

De manière identique mais moins évidente, le Néfopam seul est prescrit pour une EN initiale à 7.64, alors qu'un traitement par Morphine est recommandé à partir d'une EN à 7.

A ce stade de prise en charge anticipé n'avait pas fait l'objet d'une révision, ce qui est en cours actuellement.

Constat n°13 : Le Néfopam demeure la molécule la plus fréquente d'utilisation dans le cadre du protocole antalgique IOA, mais néanmoins quasiment jamais prescrite en association.

On rappelle que l'analgésie multimodale, lorsqu'elle est indiquée, permet une potentialisation de l'effet antalgique. La figure 2.8 et le tableau 2.12 (annexe E) montre que le Néfopam seul intéresse 73 patients sur les 87 patients ayant bénéficié d'un traitement dans le cadre de ce protocole soit 83.91% des prescriptions. Tandis que le Néfopam associé au Paracétamol a seulement été proposé à 4 reprises, soit 8.04% des prescriptions.

Cette faible propension pour la co-administration pourrait s'expliquer par le recours possible du patient à une automédication par Paracétamol. Il faut ainsi reporter la prochaine prise de cette molécule 6h après la dernière.

Néanmoins, en tenant compte de toute prise antérieure d'un traitement, il est plus adapté de proposer une association systématique d'antalgiques de palier 1 et 2 pour une EN initiale comprise entre 4 et 6.

Par ailleurs, les nombreuses interactions et contre-indications liées au Néfopam amènent à une remise en cause de son utilisation par l'IOA.

2.2.5 Traitements de sortie prescrits

Constat n°14 : Les traitements les plus prescrits à la sortie sont les antalgiques de palier 1 et 2, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les myorelaxants.

D'une part, ces prescriptions majoritaires concernent bien les traitements recommandés par l'ANAES. La surreprésentation des antalgiques de palier 2 semble bien correspondre à l'EN moyenne finale retrouvée (= 5.66) dans cette catégorie de patient (sous réserve de la validité de la moyenne de l'EN finale, comme développé précédemment).

D'autre part, les traitements à visée myorelaxante (que ce soit le Thiocolchicoside ou les benzodiazépines et dérivés) regroupent 102 prescriptions (45.13% des). Il faut rappeler l'effet bénéfique de ces derniers sur les contractures paravertébrales et donc les lombalgies uniquement.

Constat n°15 : Les traitements morphiniques PO ne sont que très peu prescrits (11 prescriptions) en ambulatoire pour les lombosciatalgies non-complicées.

Ce constat pointe directement une limite de l'étude. L'accès aux ordonnances sécurisées et manuscrites est impossible sur support informatique. Les prescriptions recensées se limitent à celles renseignées sur le logiciel Resurgences®.

Constat n° 16 : La kinésithérapie a été proposée pour 15 patients bien qu'une telle prise en charge n'a pas fait preuve d'efficacité selon les dernières études [22,45].

Le sentiment d'aboutir à une impasse thérapeutique peut pousser le médecin urgentiste à proposer une alternative aux traitements classiques.

2.3 Hospitalisations, transferts et du devenir des patients

2.3.1 Lombosciatalgies non-complicées

Constat n° 17 : 18 patients (34.62% des patients hospitalisés) atteints de lombosciatalgies non-complicées ont été directement hospitalisés (sans passage par l'U.H.C.D.) en secteur. Ces patients hospitalisés représentent 7.96% des lombosciatalgies non-complicées. 16 d'entre eux ont vu leurs douleurs évoluer de façon favorable sous traitement médical simple. 2 patients restants ont bénéficié d'un traitement interventionnel conservateur ou non.

Dans le groupe des lombosciatalgies non-complicées hospitalisées, un patient a été opéré (imagerie compatible) et un autre infiltré, et cela sans qu'un traitement médical maximal ait été conduit lors de la lecture des dossiers (aux urgences et lors de l'hospitalisation). Il ne ressortait pas d'argument clair en faveur d'un traitement interventionnel pour ces 2 patients.

Les 16 autres patients n'ont pas dépassé le stade de la prescription de morphiniques (9 patients) lors du traitement effectué à l'hôpital. Le retour à domicile a pu être rapide avec une durée d'hospitalisation de moins de 5 jours (4.66).

Même si les lombosciatalgies non-complicées ne le nécessitent normalement pas, certains patients ont été tout de même hospitalisés. Avec les données disponibles, une recherche d'éléments en faveur d'une forme compliquée n'a pas amené à remettre en cause le diagnostic d'une forme non-complicée. Il est difficile de savoir dans ces conditions s'il n'y avait pas d'autres raisons ayant motivé ces hospitalisations.

Théoriquement, de telles lombosciatalgies ne relèvent pas d'une hospitalisation compte-tenu de l'absence de projet thérapeutique autre que le traitement médical simple. Si ce dernier a permis de contrôler la douleur, le patient peut normalement être reconduit à son domicile avec ce même traitement. Mais parfois, cette pathologie peut être associée à des raisons qui

poussent le médecin urgentiste à proposer une hospitalisation. Ces facteurs peuvent rejoindre celui d'un problème de maintien à domicile difficile, mais il peut également s'agir d'un facteur psychologique, socio-familial ou professionnel.

De manière générale, il est plutôt indiqué de ne pas hospitaliser ces patients pour des raisons diverses.

Certaines études [57,59-60] montrent que la décision d'hospitalisation peut induire des une escalade thérapeutique ou d'examen complémentaires de la part du médecin, et cela pour justifier son recours. Il n'existe aucune preuve que le traitement médical, initié en milieu hospitalier plutôt qu'à domicile, améliore le pronostic à moyen ou long terme.

De plus, les conséquences psychologiques de l'hospitalisation ne sont pas à négliger aussi bien pour le médecin que pour le patient [59-60]. La perception de la douleur peut s'en trouver modifiée et aggraver l'incapacité fonctionnelle en renforçant notamment le sentiment d'urgence ou de gravité.

Dans cette étude, le ratio de lombosciatalgies hospitalisées apparaît meilleur que celui d'une étude datant de 1999 [61] rapportant un taux à 45% de patients hospitalisés avec un tableau de lombosciatalgie non-complicquée. Cette comparaison est toutefois à tempérer en raison d'une différence de méthodologie (utilisation de questionnaires).

Ce constat doit faire encourager, lorsque cela est possible, les demandes d'avis spécialisés (médecin rhumatologue ou chirurgien orthopédiste) lors de la prise en charge des patients aux urgences. De cette manière, le nombre d'hospitalisation pourrait encore diminuer

Constat n°18 : 12 patients (75%) atteints de lombosciatalgie non-complicquée et gardés en U.H.C.D. de Saint-Dié ont pu rejoindre leur domicile. La surveillance a permis de déceler les cas de 3 patients dont le retour à domicile était difficilement envisageable, et 1 cas ayant retrouvé des anomalies biologiques sans lien avec la lombosciatalgie.

Il était en fait préférable d'hospitaliser ces 4 derniers patients. L'U.H.C.D. a bien assuré son rôle de surveillance et, à son terme, a permis une réévaluation. Lorsque l'évolution de la lombosciatalgie engendre un doute chez le médecin urgentiste, il peut s'appuyer sur l'U.H.C.D. pour éviter une décision trop rapide d'hospitalisation en secteur et permettre par exemple une réévaluation par un médecin spécialisé.

2.3.2 Cas des hospitalisations directes en secteur

Constat n°19 : Les hospitalisations directes (sans passage par l'U.H.C.D.) en secteur se sont principalement fait en service de chirurgie orthopédique ou sous leur responsabilité (40 hospitalisations directes et 3 hébergements, soit 82.69% des hospitalisations) et concernent principalement les lombosciatalgies compliquées (57.69%).

Il s'agit du service dédié à la mise en œuvre de traitements interventionnels en cas d'échec du traitement médical.

Comme indiqué dans la figure 2.10 et le tableau 2.16 (annexe F), cela concerne principalement les lombosciatalgies hyperalgiques (100% des cas, dont 3 en hébergement,), et les lombosciatalgies non-complicées (15 cas, soit 83.33%).

Constat n°20 : Les lombosciatalgies symptomatiques (3 des 5 hospitalisations directes, 60%) et celles associée à un problème d'autonomie (3 des 4 hospitalisations directes, soit 75%) ont majoritairement été hospitalisées dans des services de médecine ou de gériatrie, les traitements interventionnels n'étant pas requis pour traiter ces formes la plupart du temps.

Toutefois, il faut signaler l'hétérogénéité de décision d'orientation des patients par les chirurgiens lors d'une demande d'hospitalisation par l'urgentiste. Ce constat peut s'expliquer par les différences de compétences concernant les lombosciatalgies entre les différents orthopédistes contactés. Cependant, il n'est pas possible avec les données exploitables de justifier clairement cette observation.

2.3.3 Avis neurochirurgicaux

Constat n° 21 : Tous les avis neurochirurgicaux demandés aux urgences se sont soldés par une prise en charge hospitalière dans les suites.

- 1 patient a été transféré directement en centre de neurochirurgie à Nancy
- 2 patients ont bénéficiés de transferts différés en service de neurochirurgie à Nancy en raison d'un manque de lit. Un patient a été transféré le lendemain de sa prise en charge à l'U.H.C.D., la seconde a été transférée à J3 d'hospitalisation à C.H. Saint-Dié.
- 4 autres ont été hospitalisés au C.H. de Saint-Dié après récusation d'une prise en charge neurochirurgicale.

Une remarque peut être émise concernant les transferts différés dans le service de neurochirurgie à Nancy. La question d'une alternative aurait dû se poser pour ces 2 patients en proposant un transfert au C.H.R.U. de Strasbourg ou au C.H. de Colmar. Si cela avait été possible sans délai, ces patients auraient bénéficié d'une prise en charge plus rapide en milieu neurochirurgical. A noter cependant que la patiente restée au C.H. jusqu'à J3 était suivie au C.H.R.U de Nancy, et que son médecin référent souhaitait la prendre en charge.

2.3.4 Devenir des patients

Il s'agit de l'analyse la plus difficile à réaliser à l'exception des prescriptions d'imagerie et des ordonnances d'antalgiques. Elle se base principalement sur les données entrées manuellement par le médecin dans le dossier. Seuls les patients non hospitalisés dans les suites de leur passage aux urgences, suite à une consultation d'un des médecins spécialisés, ont pu faire l'objet d'un relevé systématique.

Constat n° 22 : Il est impossible de conclure sur la bonne information que l'on donne au patient à propos de sa pathologie.

Aucune donnée à ce propos n'apparaît dans les dossiers, ce qui ne veut pas dire que le travail d'éducation n'a pas été réalisé par le médecin. Ce rôle peut bien-sûr revenir au médecin traitant qui connaît mieux le patient qu'il suit [57]. Cependant, le travail de réassurance peut s'initier ou se renforcer en Structure d'Urgence. On peut ainsi proposer un feuillet d'information à la sortie du patient concernant les lombosciatalgies pour gagner du temps et garder cet élément dans le dossier patient.

Constat n°23 : L'abstention de prescription d'imagerie en ambulatoire est la conduite la plus répandue pour les lombosciatalgies non-hospitalisées aux urgences de Saint-Dié.

Seuls 6 patients (2.9% des patients sortis) ont bénéficié d'une ordonnance d'imagerie en externe, cela ne concernait que des lombosciatalgies non-complicquées. En revanche, cela se traduit également par l'absence de prescription proposée aux patients souffrant d'une lombosciatalgie depuis plus de 6 semaines.

Le médecin urgentiste pourrait délivrer pour ces derniers une ordonnance d'imagerie en coupe puisque celle-ci est de toute évidence recommandée dans cette situation. Mais dans notre étude, une des attitudes privilégiées semble celle consistant à orienter le patient vers son

médecin traitant pour une telle prescription, puisque cela concernait tout de même 6 patients (soit autant de prescriptions d'imagerie directement proposées). Une telle décision n'a pour résultante que de prolonger la bonne prise en charge de la demande du patient, ce dernier se présentant souvent à l'hôpital pour trouver une solution indisponible à ses yeux en ambulatoire. Cela semble particulièrement vrai pour les patients souffrant d'une lombosciatalgie durant depuis plus de 6 semaines.

Constat n°24 : Le nombre de consultations spécialisées proposées au patient par le médecin urgentiste était très faible et concernait uniquement 10 patients, tous atteints de lombosciatalgies non-complicées.

Cette fois encore, aucun patient ayant développé les symptômes depuis plus de 6 semaines ne s'est vu programmée une consultation auprès d'un médecin spécialisé après passage aux urgences, alors que les recommandations sont de nature à le faire.

A partir de ces 2 derniers constats, on peut conclure que la notion de temporalité de ces lombosciatalgies ne semble pas être prise en compte. La venue de ces patients aux urgences peut constituer un tournant lorsque celui-ci consulte aux urgences au-delà de 6 semaines d'évolution. Le médecin urgentiste peut profiter du rapprochement du patient du milieu hospitalier pour lui proposer la mise en route d'une prise en charge spécialisée ou tout du moins une imagerie en coupe, clairement indiquée dans ce contexte d'après les recommandations. Cela pourrait être l'objet de l'élaboration d'une filière de soin concernant cette pathologie. Elle permettrait de faciliter la mise en place d'un suivi systématique.

3. LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude descriptive comporte certaines limites qu'il est nécessaire de rappeler.

3.1 Biais de recrutement des patients

Le recrutement des patients, bien que simplifié par le logiciel Resurgences®, ne peut pas être plus exhaustif. Comme présenté dans le tableau 2.1 en annexe A, les diagnostics de la CIM-10 ont été choisis pour limiter l'analyse descriptive aux dossiers pour lesquels le médecin a rentré un de ces codes diagnostics. Ces derniers font référence aux termes « sciatique », ou « radiculopathie » éventuellement associée à « région lombaire » ou à proximité. Il n'y a cependant aucune preuve que certains dossiers ont été codés différemment pour un tableau de lombosciatalgie. Il est possible par exemple que certaines d'entre-elles ai été codé avec un diagnostic de « lombalgie ». Ces dossiers n'ont pas été inclus dans cette étude.

De plus, le mode de recrutement rétrospectif entraîne de nombreuses données manquantes. Les résultats retrouvés sont étroitement dépendants des informations recueillies dans les dossiers informatisés.

3.2 Biais d'information

Certaines données sont systématiquement renseignées pour la création et la finalisation du dossier. Mais le contenu de chacun de ces derniers pouvait différer en fonction des professionnels impliqués dans le dossier ou de l'affluence des patients dans la Structure d'Urgence. On l'a vu, les données des patients concernant leurs antécédents, leurs facteurs déclenchants, leurs professions, leurs parcours de soins pouvaient manquer. Mais certaines données plus importantes pouvaient également être absentes : le délai entre le début des symptômes et la consultation, l'absence de documents non-informatisés (prescriptions...), l'accès impossible à certains comptes-rendus d'imagerie... Pour pallier ce biais, la conception d'un recueil de données standardisé et informatisé (sous forme de questionnaire par exemple) pourrait être proposée dans le cadre d'une étude prospective. Il faut toutefois limiter à l'essentiel le nombre d'informations demandées pour ne pas décourager les médecins à renseigner ce document pendant leur exercice.

4. PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE STANDARDISEE DES LOMBOSCIATALGIES AUX URGENCES DU C.H. DE SAINT-DIE

Sur la base de ces constatations, il a semblé nécessaire de concevoir un protocole de prise en charge standardisé illustré en annexe G et H de cette entité pathologique adapté au plateau technique de Saint-Dié. L'élaboration de cette procédure est le fruit de nombreuses réunions de concertation pluridisciplinaire incluant les médecins radiologues, le chirurgien orthopédiste disposant des compétences en chirurgie rachidienne, le rhumatologue attaché et les urgentistes du C.H. de Saint-Dié.

Les objectifs de cette procédure sont multiples, mais le principal enjeu est le respect des recommandations en vigueur.

La procédure rappelle et intègre également le protocole antalgique IAO qui permettra de prendre en charge rapidement l'urgence de la douleur aigue. Dans le cadre d'une forme hyperalgique, il a été intégré la possibilité d'un recours à une thérapeutique antalgique exceptionnelle qui a fait ses preuves par Kétamine par voie intraveineuse à faible dose [62] au déchoquage. Un modèle de prise en charge de la douleur est exposé en annexe H.

L'accent est mis sur la précocité de la détection du patient déficitaire ou hyperalgique afin de ne pas retarder le diagnostic et donc le déclenchement du traitement adapté dans ces 2 cas. Dans cette mesure, la recherche d'un déficit peut faire intervenir l'IAO qui sera formée dans le cadre de protocole.

Concernant la problématique des examens complémentaires, il est indiqué précisément dans quelles situations doit-on réaliser un prélèvement sanguin (dans le cas d'une lombosciatalgie symptomatique, bilan préopératoire de la lombosciatalgie déficitaire/paralysante), mais également lorsqu'une imagerie est indiquée et dans quel délai.

- Pour les lombosciatalgies paralysantes, une imagerie en coupe sera réalisée en urgence. Il sera immédiatement demandé un avis auprès d'un des intervenants des plateaux de neurochirurgie de proximité après transfert des images, ainsi qu'auprès du chirurgien en charge au C.H. de Saint-Dié suivant sa disponibilité.
- Pour les lombosciatalgies hyperalgiques, son indication reste prioritaire, mais son interprétation pourrait-être différée selon la disponibilité des médecins radiologues sur

site. Une hospitalisation au C.H. de Saint-Dié en service de chirurgie orthopédique fera suite dans l'attente de l'interprétation pour décider de la conduite-à-tenir.

Une fois le contexte d'urgence neurochirurgicale écarté, il conviendra d'éliminer tous les critères d'hospitalisation.

- On rappelle la nécessité de rechercher des critères cliniques en faveur d'une lombosciatalgie symptomatique
- Il s'agit ensuite de considérer les problématiques d'antalgie difficile et du contexte social qui peuvent constituer des arguments en faveur d'une prise en charge hospitalière.

En dehors de ces cas de figure, il faut considérer le patient comme apte à regagner son domicile. C'est à ce stade que doit intervenir la mise en route d'une prise en charge ambulatoire organisée.

Le médecin urgentiste, selon l'appréciation du retentissement de la pathologie pourra décider d'organiser une consultation spécialisée auprès du médecin rhumatologue rattaché à la structure immédiate ou différée selon disponibilité. Si cela n'est pas nécessaire, il faudra évoquer la nécessité d'un suivi auprès du médecin traitant.

A la sortie et quelle que soit la décision prise, le patient bénéficiera d'une ordonnance d'antalgie adaptée respectant les recommandations et les données des études les plus récentes (non-indication de la corticothérapie...). Il est également proposé dans ce protocole, de fournir au patient un document à but éducatif sur sa pathologie, détaillant notamment l'attitude à adopter en fonction de l'évolution.

Cette procédure pourra être mise en place ultérieurement afin d'uniformiser la prise en charge des lombosciatalgies au sein de la Structure d'Urgence de Saint-Dié. Les conditions de mise en place de cette procédure étant optimales en raison de stabilité des ressources médicales permettant l'observance du protocole.

CONCLUSION

Ces travaux ont permis, non seulement mettre en évidence la disparité des prises en charge des lombosciatalgies au sein de la Structure d'Urgence de St-Dié, mais également de réunir les données épidémiologiques manquantes à l'élaboration du protocole de prise en charge standardisée concernant cette pathologie. Comme attendu, des points de divergences ont été particulièrement révélés dans le domaine de la prescription d'examens complémentaires, de la prise en charge de la douleur, et du devenir des patients après passage aux urgences. Il s'agit pourtant des 3 points cruciaux abordés sans ambiguïtés dans les recommandations anciennes encore en vigueur de l'ANAES [1].

Un des principaux enseignements à tirer de cette étude est de révéler la non systématique du respect des recommandations en matière de prescription d'examens complémentaires et plus particulièrement d'imagerie en coupe. Le groupe des lombosciatalgies non-complicées a montré un nombre d'examens complémentaires anormalement élevé, les formes symptomatiques ne sont que rarement explorées de la manière recommandée, tandis que les lombosciatalgies depuis plus de 6 semaines ne semblent pas systématiquement susciter des investigations complémentaires.

La problématique de la douleur demeure centrale dans le domaine de l'urgence et trouve quelques incertitudes dans cette étude. Les patients « hyperalgiques », dont la définition est bien établie dans les recommandations, sont rarement diagnostiqués de manière formelle aux urgences. Cela se répercute mécaniquement sur les décisions prises en matière d'hospitalisation et de la pratique d'imagerie chez un nombre non négligeable de patients ne répondant pas à ce cadre nosologique. Plus largement, l'évaluation et le traitement de la douleur aux urgences manquent parfois de rigueur, notamment dès l'accueil du patient par l'IAO. Ce problème est en cours de résolution par la révision actuelle de protocole de prescription anticipée de la douleur. Ceci est potentiellement responsable d'un retard de prise en charge de la douleur, voire même de différer le diagnostic de lombosciatalgies hyperalgiques.

Enfin, de manière générale, si les patients nécessitant une hospitalisation semblent bien orientés, on n'observe pas cette même tendance pour les patients souffrant d'une lombosciatalgie non-complicée devant normalement quitter l'hôpital.

En premier abord, une impression de laissés-pour-compte des patients sortants des urgences après traitement de la douleur est donnée par cette étude. Il semble en effet que peu de patients ont réellement bénéficiés de prescriptions, de conseils avisés, ou de recommandations en sortant de l'hôpital. La question du suivi, relevant à juste titre du médecin traitant, semble

ne pas suffisamment être abordée par le médecin urgentiste. De même que la perspective d'une consultation spécialisée paraît également rarement évoquée, particulièrement dans le cas des lombosciatalgies se chronicisant.

En second lieu, le taux d'hospitalisation des lombosciatalgies non-complicées de la présente étude reste non négligeable. Il reste néanmoins difficile d'établir les raisons qui ont menées le médecin urgentiste à hospitaliser ces patients, alors qu'il serait souhaitable de limiter ce type de décision.

En outre, il est important de rappeler qu'il est difficile de tirer des conclusions suffisamment pertinentes de cette étude entachée de biais de par la méthodologie mise en œuvre. Ces biais étant décrits dans la section traitant des limites de l'étude.

Il était donc pour nous d'un grand intérêt de faire la démonstration objective de l'hétérogénéité des pratiques, de ces conséquences sur la qualité de prise en charge, afin de justifier de la mise en place d'une procédure protocolisée visant à donner à l'urgentiste un outil d'aide à la décision conforme aux recommandations des sociétés savantes et adaptées aux contraintes locales.

ANNEXES

Annexe A : Tableau des diagnostics selon la classification internationale des maladies vers 10 (CIM-10) inclus dans l'étude

M54.16 : Radiculopathie - Région lombaire
M54.17 Radiculopathie - Région lombo-sacrée
M54.18 : Radiculopathie - Région sacrée et sacro-coccygienne
M54.3 : Sciatique
M54.30 : Sciatique - Localisations vertébrales multiples
M54.36 : Sciatique – Région lombaire
M54.37 : Sciatique - Région lombo-sacrée
M54.38 : Sciatique - Région sacrée et sacro-coccygienne
M54.39 : Sciatique - Localisation vertébrale non précisée
M54.4 : Lumbago avec sciatique
M54.40 : Lumbago avec sciatique - Localisations vertébrales multiples
M54.46 : Lumbago avec sciatique – Région lombaire
M54.47 : Lumbago avec sciatique - Région lombo-sacrée
M54.48 : Lumbago avec sciatique - Région sacrée et sacro-coccygienne
M54.49 : Lumbago avec sciatique - Localisation vertébrale non précisée

Tableau 2.1 : Diagnostics selon la classification internationale des maladies vers 10 (CIM-10) inclus dans l'étude

Annexe B : Tableaux de description de la population

	Femme		Homme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total	124	44.29	156	55.71	280	100
Moins de 49 ans	60	21.43	72	25.71	132	47.14
De 50 à 69 ans	34	12.14	63	22.5	97	34.64
Plus de 70 ans	30	10.71	21	7.5	51	18.21

Tableau 2.2 : Age et sexe des patients inclus dans l'étude

	n	%
Port ou poussée charge lourde	29	10.36
Faux mouvement sans précision	16	5.71
Chute	15	5.35
Activité simple à domicile	7	2.5
En se levant	5	1.78
Escalier (montée ou descente)	5	1.78
Effort important ou sportif	3	1.07
Iatrogène	3	1.07
Après position assise prolongée	3	1.07
En se penchant	2	0.71
Trauma sans précision	1	0.36
Facteur déclenchant non précisé	191	68.21

Tableau 2.4 : Facteurs déclenchants la symptomatologie des lombosciatalgies des patients de l'étude

Annexe C : Répartition du type de lombosciatalgies parmi les patients

		n	% LS compliquées	% total
Non-complicquées		226	-	80.71
Maintien à domicile impossible (MADI)		5	-	1.79
Complicquées		49	-	17.5
	Hyperalgiques	24	48.98	8.57
	Paralysantes	4	8.16	1.43
	Symptomatiques	8	16.33	2.86
	Depuis 6 semaines	13	26.53	4.64

Tableau 2.5 : Type de lombosciatalgies parmi la population étudiée.

Annexe D : Tableaux concernant les examens complémentaires prescrits dans les lombosciatalgies

	Scanner		Total
	au SU	après SU	
Hernies discales	11	1	12
Discopathie dégénérative / arthrose	12	3	15
Hernie discale et discopathie dégénérative associée	9	-	9
Canal lombaire étroit / sténose canalaire	7	2	9
Autres anomalies	4	1	5
Sans anomalie significative	4	-	4
Compte-rendu non retrouvé	3	-	3

Tableau 2.7 : Diagnostics radiologique des scanners réalisés lors de la prise en charge des lombosciatalgies aux urgences de Saint-Dié. (SU = Structure d'Urgence)

Annexe E : Tableaux à propos de la prescription d'antalgiques et de l'évaluation de la douleur

	EN moyenne		EN ≤ 3		EN 4-6		EN ≥ 7	
	Ini	Fin.	Ini	Fin.	Ini	Fin.	Ini	Fin.
LS non-complicquées (226)	6.73	5.66	26	44	47	68	127	88
MADI (5)	4.25	0.75	1	4	3	0	-	-
LS complicquées (49)	7.21	5.04	3	11	12	22	33	15
LS hyperalgiques (24)	7.43	5.34	1	4	6	12	16	7
LS > 6 semaines (13)	7.46	5.38	1	3	2	5	10	5
LS symptomatiques (8)	5.5	4.37	1	2	1	2	6	3
LS paralysantes (4)	6.5	3.5	0	2	3	2	1	0
Total (252)	-	-	30	59	62	90	160	103

Tableau 2.8 : Evaluation de la douleur des patients aux urgences de Saint-Dié : échelle numérique moyenne initiale et finale, nombre de patients en 3 tranches d'échelle numérique (EN ≤ 3, EN 4-6, EN ≥ 7) (LS = Lombosciatalgies, MADI = Maintien A Domicile Impossible, EN = échelle numérique, Ini. = initiale, Fin. = finale)

	EN ≤ 3		EN 4-6		EN ≥ 7	
	Ini	Fin.	Ini	Fin.	Ini	Fin.
LS non-complicquées	13,00	22,00	23,50	34,00	63,50	44,00
MADI	25,00	100,00	75,00	0,00	-	-
LS complicquées	6,25	22,92	25,00	45,83	68,75	31,25
LS hyperalgiques	4,35	17,39	26,09	52,17	69,57	30,43
LS > 6 semaines	7,69	23,08	15,38	38,46	76,92	38,46
LS symptomatiques	12,50	25,00	12,50	25,00	75,00	37,50
LS paralysantes	0,00	50,00	75,00	50,00	25,00	0,00

Tableau 2.9 : Evaluation de la douleur des patients aux urgences de Saint-Dié : répartition des patients en pourcentage en 3 tranches d'échelle numérique (EN ≤ 3, EN 4-6, EN ≥ 7) (LS = Lombosciatalgies, MADI = Maintien A Domicile Impossible, EN = échelle numérique, Ini. = initiale, Fin. = finale)

	Total	PO	IV
Total des prescriptions	426	145	281
Antalgiques	295	124	171
AINS	86	6	80
Thiocolchicoside	13	13	-
Diazépam	18	2	16
Corticoïdes : prednisolone	14	-	14

Tableau 2.10 : Prescription intra-hospitalière des traitements aux urgences de Saint-Dié

		Total	PO	IV
Total		295	124	171
Palier 1		83	26	57
Palier 2	Néfopam	119	96	23
	contenant du Tramadol	46	2	44
	Nalbuphine	28	-	28
Palier 3 : titration morphinique		19	-	19

Tableau 2.11 : Détails des prescriptions d'antalgiques prescrit en intra-hospitalier aux urgences de Saint-Dié

	n	%	EN moyenne initiale
Paracétamol 1g	10	3.57	6.89
Néfopam 20	73	26.07	7.64
Néfopam 20 + Paracétamol	4	1.43	5
Total	87	31.07	7.44

Tableau 2.12 : Traitements administrés aux patients dans le cadre du protocole IOA aux urgences de Saint-Dié

	Palier 1	Palier 2	Palier 3	AINS	MyoR	CT	Total
LS non-complicquées (226)	64	148	12	67	28	10	329
MADI (5)	2	4	-	2	-	1	9
LS complicquées (49)	17	41	7	17	3	3	88
LS hyperalgiques (24)	11	26	3	11	2	2	55
LS > 6 semaines (13)	4	7	2	2	1	1	17
LS symptomatiques (8)	1	7	-	2	-	-	10
LS paralysantes (4)	1	1	2	2	-	-	6
Total (280)	83	193	19	86	31	14	426

Tableau 2.13 : Nombre de prescriptions totales des traitements aux urgences de Saint-Dié selon type de lombosciatalgie

(LS = Lombosciatalgies, MADI = Maintien A Domicile Impossible, AINS = Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdiens, MyoR = traitement a effet myorelaxant soit thiocolchicoside + BZD et dérivés, CT = Corticothérapie)

	Palier 1	Palier 2	Palier 3	AINS	MyoR	CT	Total
LS non-complicquées	0,28	0,65	0,05	0,30	0,12	0,04	1,46
MADI	0,40	0,80	-	0,40	-	0,20	1,80
LS complicquées	0,35	0,84	0,14	0,35	0,06	0,06	1,80
LS hyperalgiques	0,46	1,08	0,13	0,46	0,08	0,08	2,29
LS > 6 semaines	0,31	0,54	0,15	0,15	0,08	0,08	1,31
LS symptomatiques	0,13	0,88	-	0,25	-	-	1,25
LS paralysantes	0,25	0,25	0,50	0,50	-	-	1,50
Total	0,30	0,69	0,07	0,31	0,11	0,05	1,54

Tableau 2.14 : Nombre de traitements prescrits par patients aux urgences de Saint-Dié selon le type de lombosciatalgie

(LS = Lombosciatalgies, MADI = Maintien A Domicile Impossible, AINS = Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdiens, MyoR = traitement a effet myorelaxant soit thiocolchicoside + BZD et dérivés, CT = Corticothérapie)

		Total
Palier 1 : Paracétamol		98
Palier 2	Néfopam	39
	Tramadol	66
	Association paracétamol + palier 2	89
Palier 3 : Morphine		11
AINS		114
Corticoïdes (Prednisolone)		17
Benzodiazépines et dérivés		22
Thiocolchicoside		80
Kinésithérapie		15

Tableau 2.15 : Traitements de sortie des patients atteints d'une lombosciatalgie commune prescrits à la sortie de la structure d'urgence de Saint-Dié.

(AINS = Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdiens)

Annexe F : Tableaux à propos de l'hospitalisation des patients atteints de lombosciatalgie

Tous les patients	RAD		Hospitalisations				Transfert	
			Secteur		UHCD			
	n	%	n	%	n	%	n	%
LS non-complicquées (226)	192	84.96	18	7.96	16	7.08	0	-
MADI (5)	0	-	4	80	1	20	0	-
LS complicquées (49)	13	26.53	30	61.22	5	10.20	1	2.04
LS hyperalgiques (24)	0	-	21	87.5	3	12.5	0	-
LS > 6 semaines (13)	11	84.61	2	15.38	0	-	0	-
LS symptomatiques (8)	2	25	5	62.5	1	12.5	0	-
LS paralysantes (4)	0	-	2	50	1	25	1	25
Total (280)	205	73.21	52	18.57	22	7.86	1	0.36

Tableau 2.16 : Orientation des patients selon le type des lombosciatalgie après prise en charge aux urgences de Saint-Dié (LS = Lombosciatalgies, MADI = Maintien A Domicile Impossible, RAD = Retour à Domicile, UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)

LS non complicquées non-hospitalisés (192)	Durée (min) moyenne de prise en charge moyenne aux urgences
Sans examen complémentaire (138)	130
Avec examens complémentaires (54)	205
Biologie seule (14)	216
Imagerie seule (30)	193
Les deux (10)	223
Confondu	152

Tableau 2.17 : Durée de prise en charge des lombosciatalgie non-complicquées rentrant à domicile selon les examens complémentaires réalisés.

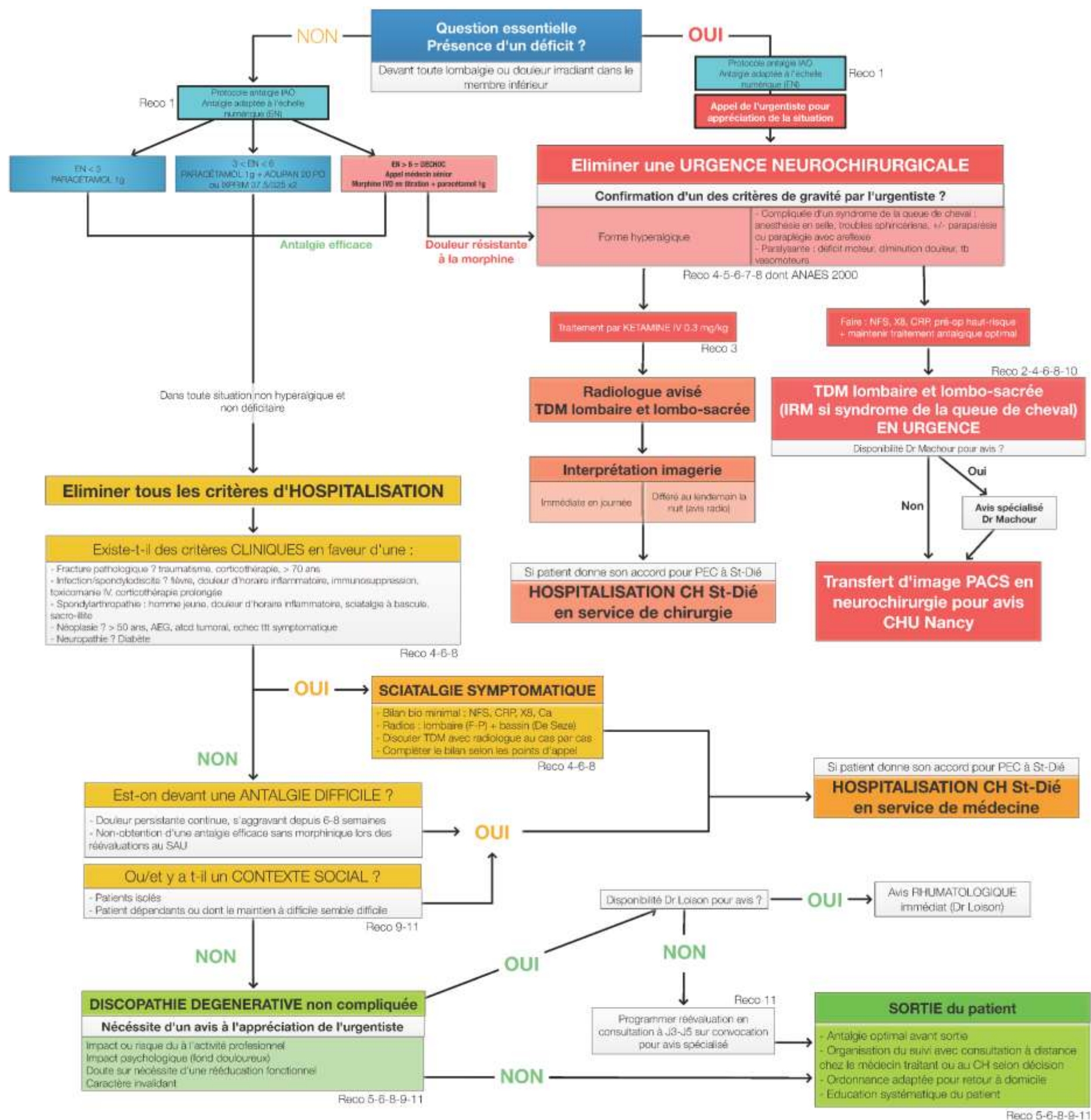
Patients hospitalisés	Hospitalisations en secteur							
	Chirurgie orthopédique		Hébergement chir. ortho.		Médecine		Gériatrie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
LS non-complicquées (18)	15	83.33	0	-	2	11.11	1	5.56
MADI (4)	1	0.25	0	-	1	0.25	2	0.5
LS complicquées (30)	24	80	3	10	2	6.67	1	3.33
LS hyperalgiques (21)	18	85.71	3	14.29	0	-	0	-
LS > 6 semaines (2)	2	100	0	-	0	-	0	-
LS symptomatiques (5)	2	40	0	-	2	40	1	20
LS paralysantes (2)	2	100	0	-	0	-	0	-
Total (52)	40	76.92	3	5.77	5	9.62	4	7.69

Tableau 2.18 : Service d'hospitalisation des patients hospitalisés selon le type de lombosciatalgie après prise en charge aux urgences de Saint-Dié

Patients en UHCD	RAD	Hospitalisations Secteur	Transfert
LS non-complicquées	12	1	-
MADI	-	4	-
LS complicquées	-	3	2
LS hyperalgiques	-	3	-
LS > 6 semaines	-	-	-
LS symptomatique	-	-	1
LS paralysantes	-	-	1
Total	12	8	2

Tableau 2.19 : Orientation des patients selon le type des lombosciatalgie après prise en charge à l'unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D) du C.H. de Saint-Dié (LS = Lombosciatalgies, MADI = Maintien A Domicile Impossible, RAD = Retour à Domicile Impossible)

Annexe G : Arbre de protocole de prise en charge standardisée des lombosciatalgies aux urgences du C.H. de Saint-Dié des Vosges



Annexe H : Annexe relative au protocole de prise en charge standardisée des lombosciatalgies proposé pour la Structure d'Urgence de Saint-Dié

Rôle de l'IDE

1) L'IAO dès l'arrivée du patient doit rechercher un déficit

- Rechercher une paralysie du membre inférieur : Faire marcher le patient sur talon et pointe des pieds, rechercher un steppage et lui demander s'il ressent une faiblesse dans un membre inférieur
- Rechercher des troubles mictionnels : demander si difficulté à uriner, s'il sent urine dans l'urètre
- Alerter le médecin en cas de doute ou si un déficit est suspecté pour prise en charge adaptée immédiate

2) Surveillance pendant toute la durée de la prise en charge

- de l'évolution des plaintes du patient (apparition ou aggravation de la symptomatologie) et en avvertir le médecin responsable
- de la douleur (à l'aide de l'échelle numérique d'évaluation) pour rediscuter d'une adaptation de l'antalgique ou de la posologie avec le médecin

Prise en charge des douleurs

A l'arrivée du patient

- Evaluation de la douleur : homogénéisé par rapport au niveau d'antalgie
 - Utilisation de l'EN paraît la plus adaptée
 - De plus, c'est la plus rapide à mettre en place
- Protocole analgésie IAO
 - Palier 1 (EN ≤ 3) : **Paracétamol 1g PO**, attente valide
 - Palier 2 (EN 4 à 6) : attente adaptée (couché si position antalgique)
 - **Paracétamol 1g PO + Néfopam 20 PO**
 - ou **2 comprimés d'Ixprim 37.5/325 PO** (Tramadol + Paracétamol)
 - Palier 3 (EN ≥ 7) : appel médecin sénior, prescription **titration morphinique (associé à du Paracétamol 1g PO ou IV)**, SAUV au possible sinon box

Thérapeutique en filière

- Douleur légère / EN ≤ 3 (palier 1) : **Paracétamol 1g** toutes les 6h sans dépasser 4g par jour (PO si suffisant, pas de différence sur la rapidité d'action avec la voie IV pour un prix bien moindre)
- Douleur modérée / EN 4 à 6 (palier 2 sauf Néfopam), **toujours associé au Paracétamol**
 - **Néfopam 20mg PO ou IVL** : 1A toutes les 4h sans dépasser 120mg (6A)
 - **Ixprim 37.5/325mg PO** (Tramadol + Paracétamol) : 2 comprimés toutes les 6h sans dépasser 8 comprimés
 - Alternatives valables

- Paracétamol codéiné (500mg/30mg) : 1 comprimés toutes les 6h, 2 comprimés si crise importante, sans dépasser 6 comprimés par jour
 - Tramadol
 - PO : 2 x 50mg lors de la crise, puis 1-2 comprimés selon douleurs, toutes les 6h
 - IVL : 100mg
 - dose maximale 400 mg
 - AINS (IV pour action plus rapide) pour les douleurs modérées à sévères : Kétoprofène 100 mg IV (hors AMM, en l'absence de contre-indications)
- Douleur intense EN $\geq$ 7 (palier 3) : titration morphinique, toujours associé au paracétamol
 - 2-3mg (selon poids) toutes les 5 minutes (voir protocoles en vigueur ?)
 - Réévaluation toutes les 5 minutes : nouveau bolus de 2-3mg
 - Sous surveillance rapprochée (FR, somnolence, vomissements) : patient au SAUV
 - Lombosciatalgie hyperalgique
 - Recours à la **Kétamine IV : 0.3 mg/kg** (en pratique 0.2 à 0.4 mg/kg) au SAUV sous scope (surveillance fréquence cardiaque et risque de vomissements)
 - Association à la **morphine** (effet potentialisé par la kétamine)

Thérapeutique à domicile

- Antalgiques palier 1 et 2 en forme per os : identique à la prise en charge au SAU
 - Prévoir laxatif si besoin si palier 2 prescrits
 - Autres paliers 2 disponibles : spécialités associant opium et paracétamol : Izalgi (25/500) et Lamaline (10/300 avec 30mg de caféine) disponibles mais adapté que pour les crises douloureuses aiguës
- AINS
 - Kétoprofène 150 x 2/j (bi-profénid), Diclofénac, Naproxène
 - en l'absence de contre-indications (insuffisance rénale ++)
 - Associé traitement par IPP si patient de plus de 65 ans, ou ayant des antécédents d'ulcère gastroduodéal, ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde
- Place des myorelaxants
 - pas d'intérêt dans la radiculalgie, prescrit si contracture paravertébrale significative (donc lombalgie présente)
 - le cas échéant : Valium 2mg x 2 par jour pendant 7 jours
- Autres traitements
 - Place de la corticothérapie : aucune (méta-analyse)
 - Place du corset (Lombo-stat) : non systématique mais éventuellement à proposer, pas de preuve d'efficacité, mais effet antalgique rapporté par les patients
 - Place des antidépresseurs : soulage les lombalgies mais effet controversé sur la radiculalgie, pas prescrit en première intention
 - Place des antiépileptiques : efficacité sur les douleurs neuropathique, peu de sémiologie clinique précise disponible pour la discriminer, surtout aux urgences, non prescrit dans cette intention

Recommandations / bibliographie

- 1) Rafael Zambelli Pinto, Chris G Maher, Manuela L Ferreira, Paulo H Ferreira, Mark Hancock, Vinicius C Oliveira, Andrew J, Bart Koes. **Drugs for relief of pain in patients with sciatica : systematic review and meta-analysis**. BMJ. 2012 Feb 13;344:e497.
- 2) René Le Jeune, Jean Battini, Arnaud Ganne, Jean-Yves Hascoet. **L'imagerie médicale dans la lombalgie commune de l'adulte**. St SEBASTIEN sur LOIRE : APIMED. 2009 Jun.
- 3) Beaudoin FL, Lin C, Guan W, Merchant RX. **Low-dose ketamine improves pain relief in patients receiving intravenous opioids for acute pain in the emergency department : result of a randomized, double-blind, clinical trial**. Acad Emerg Med 2014 ;21 :1193-202
- 4) Philippe Leveau. **Rachialgies en urgences**. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence. 2012 Dec;7(4):1-12 [Article 25-160-A-30]
- 5) Alain Nys. **Lombo-radiculalgies par hernie discale : le diagnostic et la prise en charge médicale**. Kinésithér Scient. 2012;529:5-10.
- 6) ANAES / Service des Recommandations et Références Professionnelles. **Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution**. 2000 Feb. 6p. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombreco.pdf>
- 7) Florence Selz Amaudruzet, Vincent Frochoux, Marc Morard, Pierre-Alain Buchard. **Quand référer aux urgences un patient présentant une lombalgie/lombosciatalgie aiguë ?**. Rev Med Suisse. 2010 ; 6 : 1540-5.
- 8) COFER. **Radiculalgie et syndrome canalaire**. Référentiel de rhumatologie, par le Collège français des enseignants en rhumatologie (COFER) 5^e édition. 2015 ;29-40.
- 9) Erick Legrand, Tifenn Couchouron, Paolo Insalaco, Maurice Audran. **Faut-il hospitaliser un patient souffrant d'une lombosciatique commune ?**. REV RHUM. 2004 ; 71(2004) S100-S103.
- 10) Marc Marty. **Plaidoyer contre l'imagerie précoce des lombosciatiques communes**. REV RHUM. 2004;71(2004):S93-S95.
- 11) Erick Legrand, Béatrice Bouvard, Maurice Audran, Dominique Fournier, Jean Pierre Valat. **La sciatique par hernie discale : traitement conservateur ou traitement radical ?**. REV RHUM. 2007 Jul 25 ; 74(2007):927-932.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANAES / Service des Recommandations et Références Professionnelles. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. 2000 Feb. 6p. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombreco.pdf>
- [2] Younes M, Bejia I, Aguir Z, Letaief M, Hassen-Zrour S, Touzi M, et al. Prevalence and risk factors of disk-related sciatica in an urban population in Tunisia. *Joint Bone Spine* 2006;73:538-42.
- [3] Palmer KT, Griffin MJ, Syddall HE, Pannett B, Cooper C, Coggon D. The relative importance of whole body vibration and occupational lifting as risk factors for low-back pain. *Occup Environ Med* 2003;60:715-21.
- [4] Konstantinou K, Dunn KM. Sciatica. Review of epidemiological studies and prevalence estimates. *Spine* 2008;33:2464-72.
- [5] COFER. Les lomboradiculalgies des membres inférieurs. *Rhumatologie Masson*. 2000. p. 589–602.
- [6] Revel M, Loty B, Vallée C. Le traitement des lomboradiculalgies. Ed. Techniques. *Encycl. Med. Chir. Paris France, appareil Locomoteur*. 1994. 10 p.
- [7] Deyo RA. Back surgery: who needs it? *N Engl J Med* 2007;356:2239–43.
- [8] Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. *N Engl J Med* 2001;344:363–70.
- [9] Atlas SJ, Deyo RA, Keller RB, Chapin AM, Patrick DL, Long JM, Singer DE.. The Maine Lumbar Spine study : part II. 1-year outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica. *Spine* 1996;21:1777-86
- [10] Tubach F, Beauté J, Leclerc A.. Natural history and prognostic indicators of sciatica. *Clin J Epidemiol* 2004;57:174-9.
- [11] Valat JP, Goupille P, Vedere V. Lombalgies : facteurs de risque exposant à la chronicité. *Rev Rhum* 1997;64:203–8.
- [12] Cook CE, Taylor J, Wright A, Milosavljevic S, Goode A, Whitford M. Risk factors for first time incidence sciatica: a systematic review. *Physiother Res Int*. 2014 Jun;19(2):65-78.
- [13] Shiri R, Falah-Hassani K. The Effect of Smoking on the Risk of Sciatica: A Meta-analysis. *Am J Med*. 2016 Jan;129(1):64-73.
- [14] Vignes J-R. Neurochirurgie. Collège de neurochirurgie. Elsevier Masson; 2016. 275p.
- [15] Collège des enseignants de neurologie. Neurologie. 4^o édition. Elsevier Masson; 2016. 561p.
- [16] Marcelli C. Rhumatologie. Collège Français des enseignants en rhumatologie. 5^o édition. Elsevier Masson; 2015. 544p.

- [17] Marty M. Lombosciatique commune. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos. 2011;7-0795:1-9.
- [18] Drake L. Gray's Anatomie pour les étudiants. Elsevier Masson; 2006. 809p.
- [19] Genevay S, Gabay C. Is disk-related sciatica a TNF- α -dependant inflammatory disease ? Joint Bone Spine 2005;72:4-6
- [20] Mulleman D, Mammou S, Griffoul I, Watier H, Goupille P. Pathophysiology of disk-related low back pain and sciatica I – Evidence supporting a chemical component. Joint Bone Spine 2006;73:151-8
- [21] Arrivé L. Imagerie médicale pour le clinicien. Elsevier Masson; 2012. 416p.
- [22] Hofstee DJ, Gijtenbeek JM, Hoogland PH, van Houwelingen HC, Kloet A, Lötters F, Tans JT. Westeinde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. J Neurosurg 2002;96:45-49
- [23] Van den Hoogen HMM, Koes BW, van Eijk JTM, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria-based review of the literature. Spine 1995;20:318-27.
- [24] Dubourg G, Rozenberg S, Fautrel B, Valls-Bellec I, Bissery A, Lang T, et al. A pilot study on the recovery from paresis after lumbar disc herniation. Spine 2002;27:1426–31.
- [25] Vivien B. Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). Ann. Fr. Med. Urgence. 2011;1:57-71
- [26] Weber H, Holme I, Amlie E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in double blind placebo controlled trial evaluating the effect of piroxicam. Spine 1993;18:1433-8
- [27] Bejia I, Mohamed Y, Saoussen Z, Mongi T, Naceur B. Les facteurs associés à l'évolution de la sciatique commune. A propos de 11092 cas. Revue du rhumatisme 2004;71:1180-1185
- [28] Beauvais C, Wybier M, Chazeraïn P, Harboun M, Lioté F, Roucoulès J, Koeger AC, Bellaïche L, Orcel P, Bardin T, Ziza JM, Laredo JD. Prognostic value of early computed tomography in radiculopathy due to lumbar intervertebral disk herniation. A prospective study. Joint Bone Spine. 2003 Mar;70(2):134-9.
- [29] Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, Von Korff MR, Kaloupek DA, Reis S. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. Spine (Phila Pa 1976). 2002 Mar 1;27(5):E133-8.
- [30] Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. AJNR Am J Neuroradio 2008;29 :1098-103
- [31] Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Lombosciatique commune. Paris: ANDEM; 1995.

- [32] Société Française de Radiologie et Société Française de Médecine Nucléaire et d'imagerie moléculaire. Guide de bon usage des examens radiologiques. 2013 Jan. <http://gbu.radiologie.fr/>
- [33] Thornbury JR, Fryback DG, Turski PA, Javid MJ, McDonald JV, Beinlich BR, et al. Diskcaused nerve compression in patients with acute low-back pain: diagnosis with MR, CT myelography, and plain CT. *Radiology* 1993;186:731-8. 59.
- [34] Albeck MJ, Hilden J, Kjaer L, Holtås S, Praestholm J, Henriksen O, et al. A controlled comparison of myelography, computed tomography, and magnetic resonance imaging in clinically suspected lumbar disc herniation. *Spine* 1995;20:443-8.
- [35] Recommandations formalisées d'experts 2013 : le triage en structure des urgences. 2013. 22p. www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
- [36] Luijsterburg PA, Verhagen AP, Ostelo RW, van Os TA, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radiculat syndrome : a systematic review. *Eur Spine J* 2007;16:881-99
- [37] Coxhead CH, Inskip H, Meade TW, North WR, Troup JD. Multicentre trial of physiotherapy in the management of sciatic symptoms. *Lancet* 1981;1:1065-8
- [38] Clarke JA, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2007
- [39] Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Ferreira PH, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, Koes B. Drugs for relief of pain in patients with sciatica: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Feb 13;344:e497.
- [40] Giesecke T, Gracely RH, Grant MAB, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum* 2004;50:613–23.
- [41] Bannwarth B. Antidepressants in rheumatic disorders: do they act as analgesics or antidepressants ? *Joint Bone Spine* 2005;72:351–3.
- [42] Chou R, Huffman LH. 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 Int Med* 2007;147:505-14.
- [43] Valat JP, Genevay S, Marty M, Rozenberg S, Koes B. Sciatica. *Best Pract & Res Clin Rheumatol* 2010;24 :241-52
- [44] Vroomen PC, de Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999;340:418-23
- [45] Hagen KB, Jamtvedt G, Hilde G, Winnem MF. The updated cochrane review of bed rest for low back pain and sciatica. *Spine*. 2005;30:542-6.
- [46] Valat JP, Rozenberg S. Les infiltrations de corticoïde dans les lombosciatiques et les lombalgies communes. *Revue du rhumatisme* 2008;75:590-595
- [47] Abdi S, Datta S, Tescot AM, et al. Epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review. *Pain Physician* 2007;10:185–212.

- [48] Rozenberg S. Corticoïdes et pathologie rachidienne lombaire commune. *Rev Rhum* 1998;65:719–26.
- [49] Roberts ST, Willick SE, Rho ME, Rittenberg JD. Efficacy of Lumbosacral Transforaminal Epidural Steroid Injections : A Systematic Review. *PM R*. 2009 Jul;1(7):657-68.
- [50] Arden NK, Price C, Reading I, Stubbing J, Hazelgrove J, Dunne C, Michel M, Rogers P, Cooper C. A multicentre randomized controlled trial of epidural corticosteroid injection for sciatica : the WEST study. *Rheumatology* 2005;44:1399-1406.
- [51] Carette S, Leclaire R, Marcoux S, et al. Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus. *N Engl J Med* 1997;336:1634–40.
- [52] Legrand E, Hoppé E, Bouvard B, Masson C, Audran M. Disk herniation-induced sciatica : medical or surgical treatment ? *Revue du Rhumatisme* 74 (2007) 927–932
- [53] Société Française de Rhumatologie – Gestes et traitements expliqués. La nucléolyse lombaire. 2p. <http://www.rhumatologie.asso.fr/data/fiche/37.pdf>
- [54] HAS / Service d'évaluation des actes professionnelles. Exérèse d'un disque intervertébral, par voie transcutanée avec guidage radiologique [nucléotomie transcutanée]. 2006 Apr. 45p. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_discectomie.pdf
- [55] Blamoutier A. Discectomie chirurgicale pour hernie discale lombaire : techniques chirurgicales : Surgical discectomy for lumbar disc herniation: surgical techniques. Conférences d'enseignement de la SOFCOT 101 (Nov 2013) 215-225
- [56] Conférence "J'ai une sciatique" - Congrès de la Sofcot – Nov 2006.
- [57] Legrand E. Faut-il hospitaliser un patient souffrant d'une lombosciatique commune ?. *Rev Rhum*. 2004;71(2004)S100-S103.
- [58] Recommandations professionnelles : SFMU – SEMSP – SFAR- SRLF – CARUM – CFRC : Protocoles infirmiers de soins d'urgence. 39p. <http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/pisu2016.pdf>
- [59] Legrand E, Couchouron T, Insalaco P, Audran M. Étude critique de l'approche multidisciplinaire des lombalgies. *Rev Rhum* 2001;68:131-134
- [60] Valat JP. Lombalgies : facteurs de risque exposants à la chronicité. *Rev Rhum* 1997;64: 203-208
- [61] Berthelot JM. Rodet D, Guillot P, Laborie Y, Maugars Y, Prost A. Peut-on prédire le résultat à court terme d'une hospitalisation pour sciatique discale ? *Rev Rhum* 1999;66:233-40
- [62] Beaudoin FL, Lin C, Guan W, Merchant RX. Low-dose ketamine improves pain relief in patients receiving intravenous opioids for acute pain in the emergency department : result of a randomized, double-blind, clinical trial. *Acad Emerg Med* 2014;21:1193-202

RESUME DE LA THESE

Introduction : Les lombosciatalgies sont un problème de santé publique et un motif fréquent de consultation dans les Structures d'Urgences. Leur prise en charge diagnostique et thérapeutique est parfaitement codifiée par des recommandations publiées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en 2000.

Objectif : En tenant compte du plateau technique local dont dispose le Centre Hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, ce travail s'intéresse à la prise en charge des lombosciatalgies au sein de la Structure d'Urgences de ce même hôpital et à leur conformité.

Malades et Méthode : Ces travaux reposent sur un recueil de données effectué à l'aide du logiciel Resurgences® qui a permis d'extraire tous les dossiers des patients de passage dans la Structure d'Urgence de Saint-Dié du 1^{er} Septembre 2014 au 1^{er} Septembre 2016, avec comme motif de venue une lombosciatalgie. Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale consistant à décrire la population, la prescription des examens complémentaires, l'évaluation de la douleur, les prescriptions de traitement, ainsi que l'orientation du patient à sa sortie du service.

Résultats : 280 patients ont été retenus dans cette étude. Les examens biologiques (66.66%) et d'imageries (22.57%) étaient trop souvent prescrits dans les formes communes ne nécessitant pas de tels investigations, et allongeant leur durée de prise en charge. Les formes hyperalgiques sont trop rarement diagnostiquées (12.5%) en Structure d'Urgence en raison d'un choix de traitement parfois inadapté à la douleur, ainsi qu'à une évaluation de cette dernière quelquefois insuffisante dès l'accueil du patient et durant sa prise en charge. Les patients hospitalisés ou relevant d'une expertise neurochirurgicale étaient globalement bien orientés dans la prise en charge des formes compliquées. Cependant, s'agissant des patients sortants, la mise en route d'investigations ou d'un suivi spécialisé, lorsque ces derniers étaient indiqués, restait insuffisamment proposée. De plus, certaines lombosciatalgies non-compliquées demeurent hospitalisées (7.96% d'entre elles) sans que l'on puisse isoler clairement d'indication au choix de cette orientation.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence une inconstance du respect des recommandations concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique au sein de la Structure d'Urgence de Saint-Dié-des-Vosges. L'élaboration d'une démarche protocolisée de cette pathologie trouve entièrement sa place.

TITRE EN ANGLAIS

Descriptive study about management of lumbosciatalgia in Emergency Department of Saint-Dié-Des-Vosges Hospital Center.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS-CLES : Lombosciatalgie, commune, sciatique, urgences, antalgique, imagerie, biologie, hospitalisation, protocole.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE – Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
