

Vision politique sur la structure nouvelle des Unités du Rachis “SPINE UNITS”

1

**ASMA-UCL
22-02-2017**

**Rob van den Oever
ANMC
Bruxelles**

LOW BACK PAIN (LBP) BY THE NUMBERS



#1
cause of work-related disability in persons under 45 in US

2nd
most common reason reported for missing work

5th
most common reason for all physician visits



80%
of the population will experience LBP at some point in their lives



1 in 4
Americans experience LBP at any given time

THAT'S **78,478,510** PEOPLE!

\$135 billion
Cost of LBP to the US economy annually
(direct medical & associated costs)

WHAT CAN BE AFFECTED BY LOW BACK PAIN?



SLEEP



EXERCISE



RECREATION



WORK



FAMILY TIME



Waters, A., & Furler, S. (2010). Low Back Pain in Primary Care: A Review of Current Concepts and Management. *Spine*, 35(10), 1175-1181.
Buckner, C. (2010). The Impact of Low Back Pain on the Workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 35(1), 10-15.
Lundberg, G., & Hansson, T. (2010). The Impact of Low Back Pain on the Workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 35(1), 16-21.
Hess, L. (2010). The Impact of Low Back Pain on the Workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 35(1), 22-27.
Hess, L., & Furler, S. (2010). The Impact of Low Back Pain on the Workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 35(1), 28-33.

Motivation

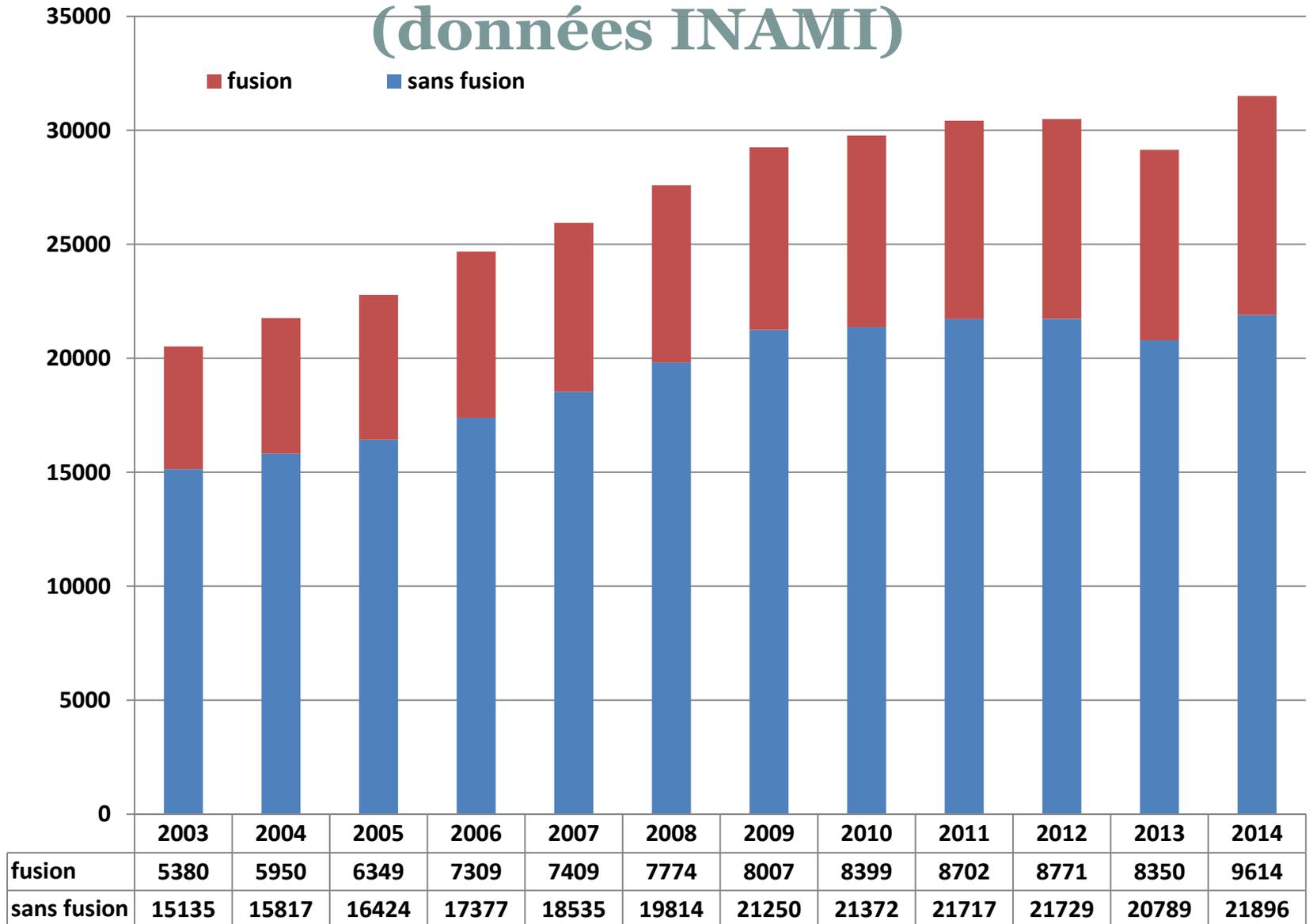
3

- **Hausse des interventions sur la colonne lombaire**
- **Taux élevé des interventions sur la colonne lombaire**
 - **taux élevé interventions non réussies**
 - **hausse du nombre de prestations neuromodulation (failed back surgery syndrome)**
- **Différences régionales/variabilité de pratique (redo)**
- **Nombres de spécialistes/spécialités**
- **Coûts élevés des implants**
- **Coûts socio-economiques (incapacité de travail)**

KCE report 48A (2006)

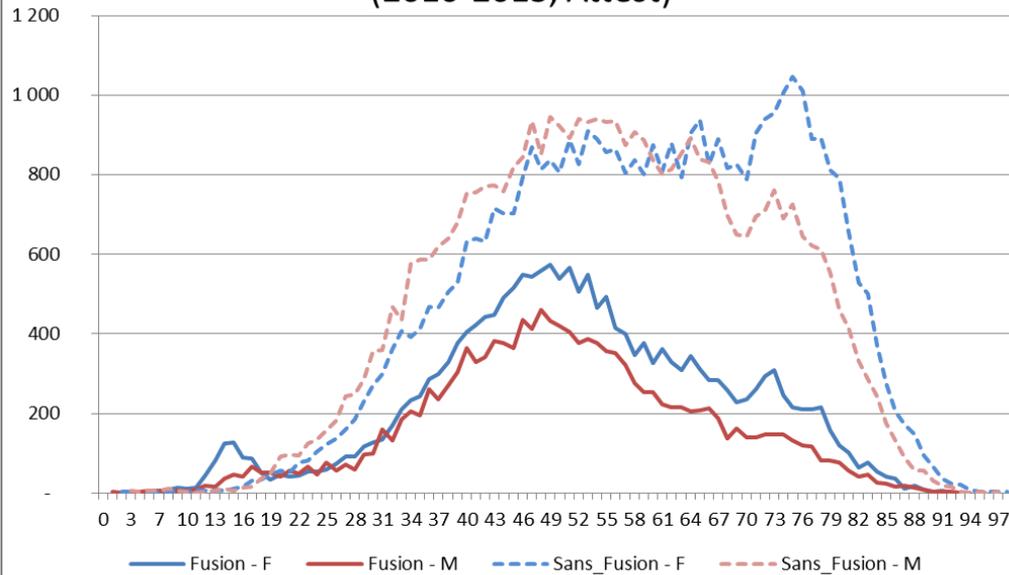
KCE report 189A (2012)

Chirurgie de la colonne lombaire (données INAMI)



Constatactions SECM-INAMI (2015)

Nombre d' intervention par age, sexe, type
(2010-2013, Attest)

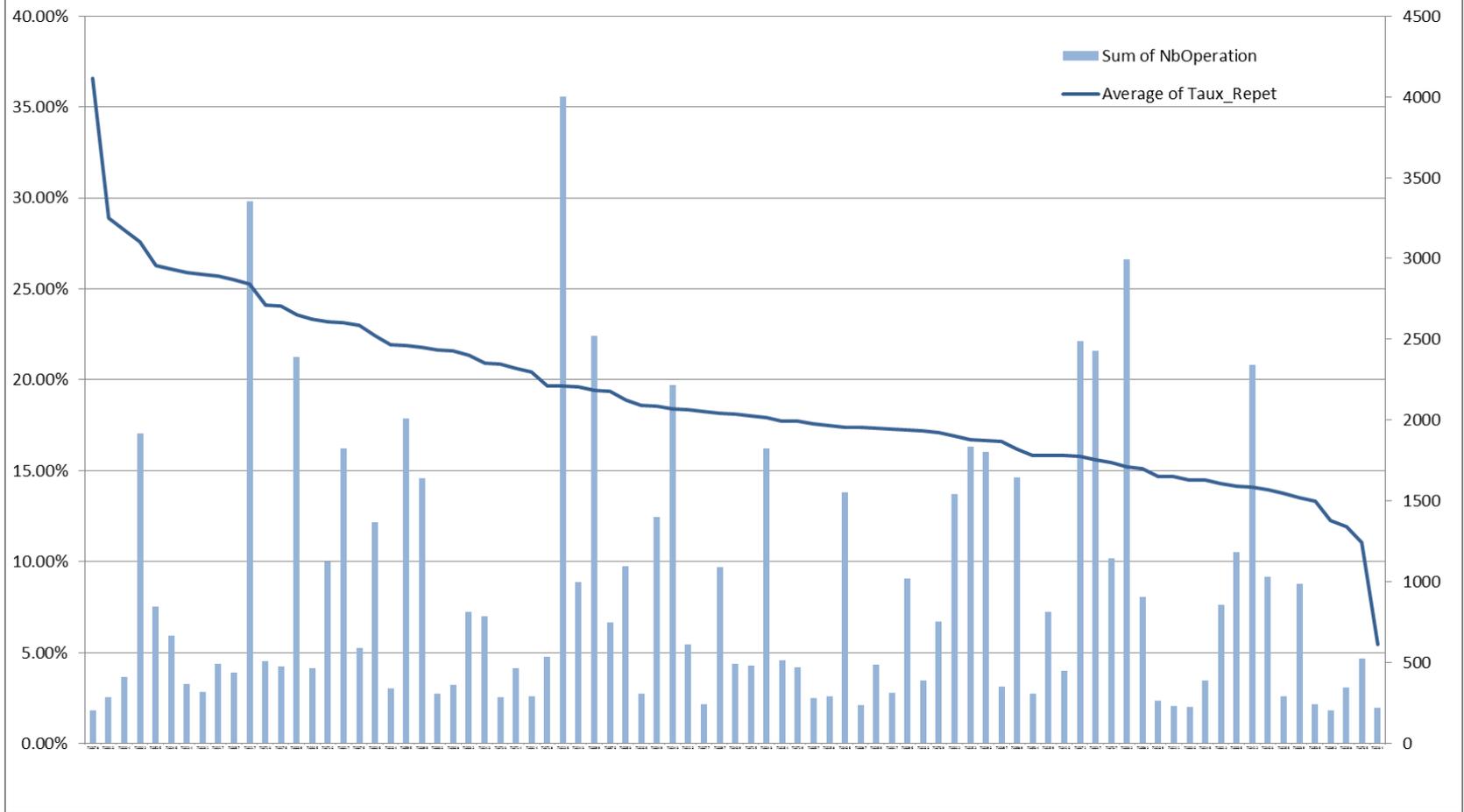


Classe d'age	Fusion	Sans_Fusion	Total
< à 18 ans	879	197	1 076
18 à 30 ans	1 474	3 029	4 503
31 à 40 ans	4 455	9 426	13 881
41 à 50 ans	8 848	15 552	24 400
51 à 60 ans	8 180	17 658	25 838
61 à 70 ans	5 054	16 570	21 624
71 à 80 ans	3 596	15 912	19 508
plus de 80 ans	872	6 224	7 096
inconnu	864	1 039	1 903
Total	34 222	85 607	119 829

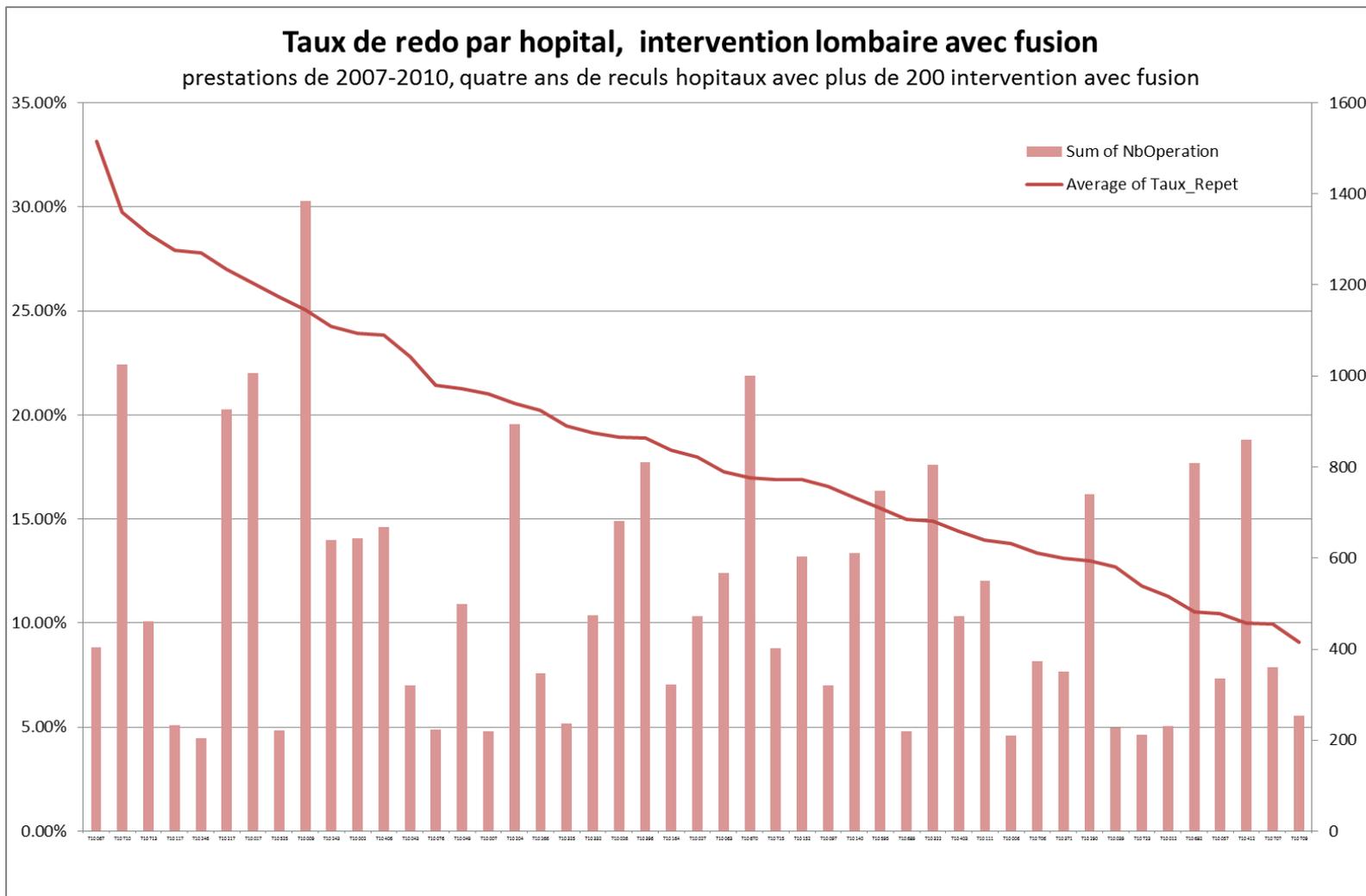
Constatactions SECM-INAMI (2015)

Taux de redo par hôpital, intervention lombaire sans fusion

prestations de 2007-2010, quatre ans de recul, hopitaux avec plus de 200 intervention sans fusion

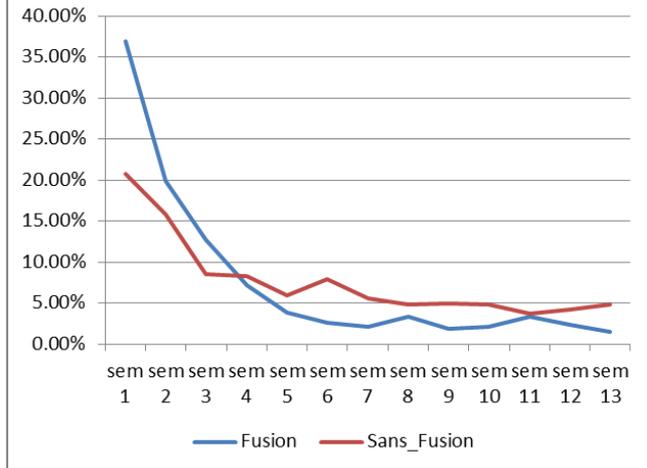


Constatactions SEDC-INAMI (2015)

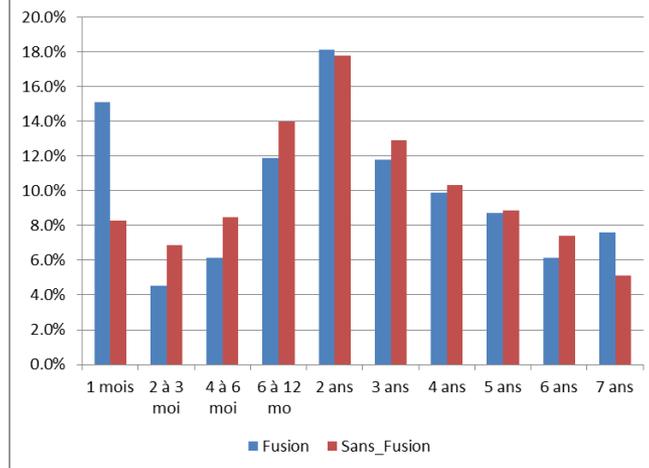


Constatactions SECM-INAMI (2015)

Proportion des Redos par semaine selon le type d'intervention



Proportion des redo par mois et année selon le type d'intervention





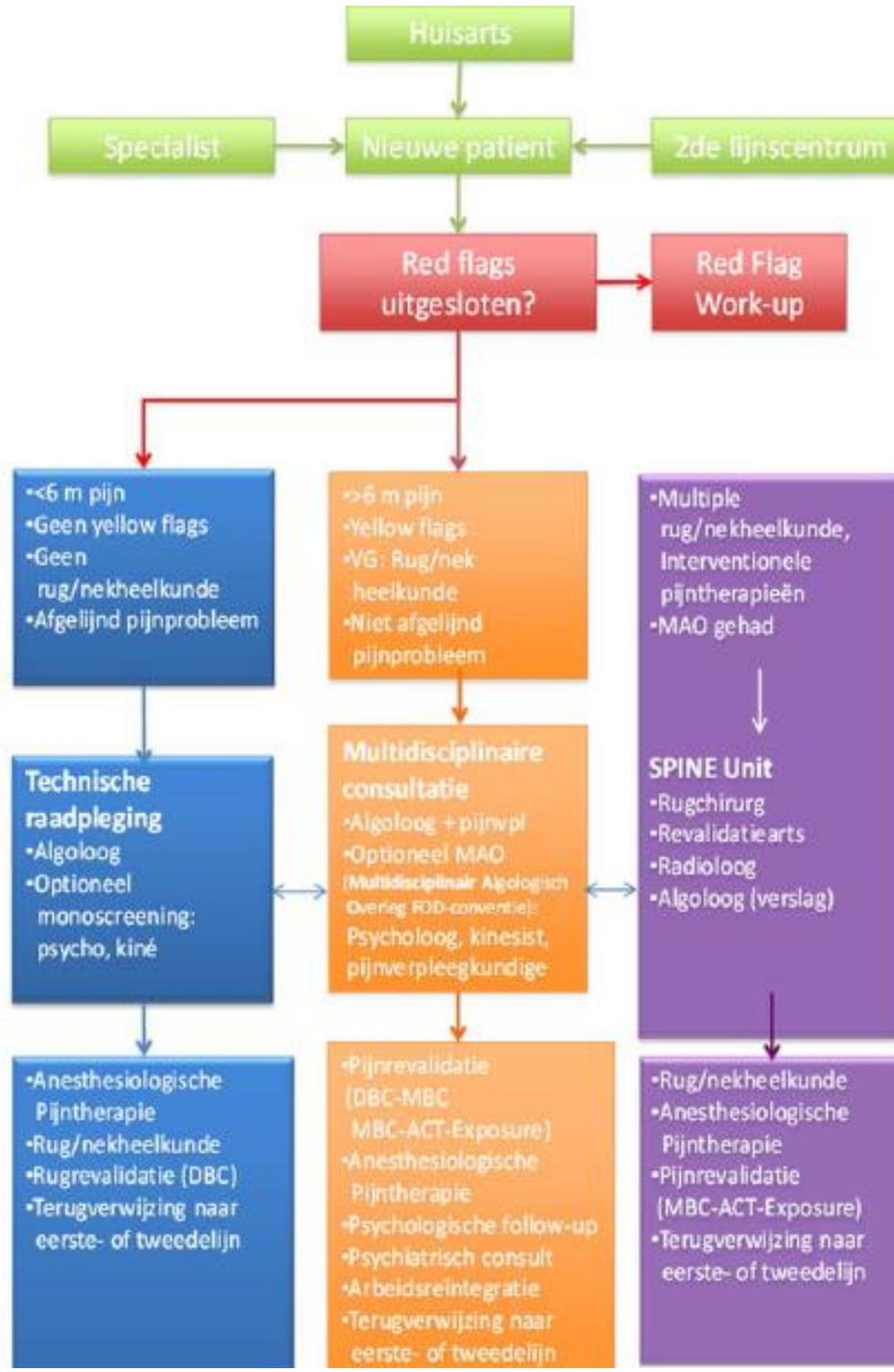
Principes de base de la nouvelle structure

10

- 1. Approche diagnostique et thérapeutique uniforme (arbre décisionnel) svt directives internationales**
- 2. Pluridisciplinarité**
- 3. Enregistrement des interventions (résultats)**
- 4. A réaliser par la création d'un nouvel article 14 n) dans la nomenclature (prestations + normes Unité du Rachis/Spine Unit)**

Principes de base de la nouvelle structure

arbre décisionnel



Nouvelle nomenclature (Art. 14 n))

12

- **Honoraires en fonction**
 - * **de la durée de l'intervention**
 - * **de la complexité**
 - * **du risque**
- **Uniquement accessible au neurochirurgien et chirurgien orthopédiste**

Nouvelle nomenclature (Art. 14 n))

13

Definition:

- niveau: = mouvements de rotation (disque intervertébral et articulations facettaires p.e. C5-C6, L4-L5) sauf corporectomie (disque)
- multiple level surgery :
même procédure sur plusieurs niveaux
- chirurgie de révision :
procédure après ≥ 2 mois sur le même niveau,
le même côté, la même voie d'accès
procédure < 2 mois non attestable
prestations spécifiques avec valeur élevée

Nouvelle nomenclature (Art. 14 n))

14

Classifications des interventions par catégorie

- procédures cervicales (36)**
- procédures thoraco-lombaires (63)**
- procédures sacrales (8)**
- procédures intradurales (11)**
- gestion des complications (5)**
- varia (1)**

Nouvelle nomenclature (Art. 14 n))

15

Prestations Concertation Multidisciplinaire

Aaa-bbb Consultation pluridisciplinaire Rachis attestée par le coordinateur clinique

Ccc-ddd Participation à la consultation pluridisciplinaire Rachis (interne)

Eee-fff Participation à la consultation pluridisciplinaire Rachis (externe)

Ggg-hhh Honoraire pour l'examen d'entrée monodisciplinaire au traitement du rachis



Développement unité rachis

17

UNITÉ RACHIS type 1

- **L'encadrement médical**
- **L'encadrement paramédical**
- **Normes de qualité et fonctionnelles
(consultation pluridisciplinaire, consultation
monodisciplinaire à l'examen d'entrée,)**
- **Infrastructure**
- **Registration**

Encadrement médical

18

- **Au moins un des médecins-spécialistes en chirurgie orthopédique ou en neuro-chirurgie avec de l'expérience spécifique en matière de pathologie rachidienne (les deux au cas où les deux spécialismes sont présents dans l'hôpital concerné).**

Au moins un des chirurgiens doit:

- **avoir une expérience d'au moins 3 ans dans le traitement chirurgical de la pathologie rachidienne, et**
- **prester au moins 4 demi-journées par semaine dans l'hôpital concerné et**
- **effectuer au moins 200 examens d'entrée au traitement du rachis par an (= première consultation pour cette pathologie du malade concerné).**

Encadrement médical (suivi)

19

Au moins un médecin-spécialiste en médecine physique avec de l'expérience dans le domaine de pathologie rachidienne.

Au moins un des médecins-spécialistes en médecine physique doit :

- Prester au moins 4 demi-journées par semaine dans l'hôpital concerné et**
- Y effectuer au moins 300 examens d'entrée au traitement du rachis par an.**

Encadrement médical (suivi)

20

- **Au moins un médecin-spécialiste en anesthésie-algologie avec de l'expérience spécifique dans le traitement des douleurs d'origine rachidienne**

Au moins un des médecins-spécialistes algologues doit:

- **Prester au moins 4 demi-journées par semaine dans l'hôpital concerné et**
- **avoir au moins 200 consultations monodisciplinaires d'entrée par an dans le contexte de la pathologie rachidienne,**

Autres spécialistes quand impliqués dans les soins pour la pathologie rachidienne: radiologie, rhumatologie, neurologie, médecine d'urgence, médecine nucléaire ou autres en fonction des circonstances.

Encadrement non-médical (suivi)

21

- Au moins un kinésithérapeute avec de l'expérience spécifique en matière de pathologie rachidienne.
- Au moins un psychologue clinique est à la disposition de l'unité rachis.

Encadrement médical/non médical

(l'expérience requise en matière de pathologie lombaire (futur))

22

- **Chirurgiens orthopédistes et neurochirurgiens**
→ avec formation spécifique en chirurgie rachidienne
- **Médecine physique, algologue, kinésithérapeute, psychologue clinique**
→ avec formation spécifique en pathologie rachidienne.

Coordinateur clinique en charge de l'unité

23

Le coordinateur clinique en charge de l'unité rachis est:

- **un médecin-spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neuro-chirurgie ou en médecine physique et**
- **avec de l'expérience dans le domaine de pathologie rachidienne et**
- **membre de l'encadrement médical de l'unité rachis**
- **attaché au moins pour 8/11 dans l'hôpital concerné**
- **désigné par le gestionnaire sur proposition du Conseil Médical.**

Coordination clinique de l'unité

24

La coordination comprend :

- Le respect de toutes les normes**
- Le suivi des intructions du manuel de procédures**
- L'organisation des consultations multidisciplinaires 'spine' (du rachis)**
- L'organisation de la prise en charge pour toutes les urgences spinales 24/7**
- Élaborer et instaurer des procédures de renvoi vers un autre établissement**

Normes de qualité et fonctionnelles

25

- **Manuel de procédures pour le traitement de la pathologie rachidienne**
- **Consultations pluridisciplinaires**
- **Consultations monodisciplinaires d'entrée (spine et algologues)**

Manuel de procédures

26

Le Manuel de procédures comprend:

- Procédures de triage (service d'urgences et consultations)
- Approche initiale (examen d'entrée, la première prise en charge)
- Urgences rachidiennes
- Directives diagnostiques (imagerie médicale)
- Directives thérapeutiques (réadaptation, chirurgie et traitements anti-douleur interventionnels)
- Renvoi interne/renvoi externe
- Suivi du patient
- Communication médecin-traitant
- Modalités des consultations pluridisciplinaires
- Collaboration entre différentes disciplines

Approche uniforme, à actualiser tous les 5 ans

Indications pour la consultation multidisciplinaire du rachis

27

- **Douleurs chroniques non-spécifiques cervicales ou du dos pour lesquelles un traitement chirurgical est envisagé**
- **Douleurs chroniques non-spécifiques du dos pour lesquelles une thérapie adéquate conservatrice et de réadaptation ont un effet insuffisant après 6 mois de traitement**
- **Douleurs chroniques cervicales/dorsales avec ou sans brachialgie/ischialgie avant une quatrième traitement algologique interventionnel dans les 12 mois**

Indications pour la consultation multidisciplinaire du rachis

28

- **Patient pour lequel à cause de pathologie dégénérative une fusion lombaire sur plus de trois niveaux est envisagée**
- **Patient pour lequel à cause de pathologie dégénérative une deuxième ré-intervention au même niveau est envisagée**
Radiculopathie invalidante d'une durée de plus de 6 mois malgré thérapie non-chirurgicale
- **Yellow flags indiquants un risque élevé d'un pronostic négatif et où un traitement chirurgical est envisagé**
- **Patient pour lequel une neurostimulation est envisagée**

Risk Factors for Chronic Low Back Pain: **Yellow Flags**

- ▶ Belief that pain and activity are harmful
- ▶ “Sickness behavior” such as extended rest
- ▶ Bodily preoccupation and catastrophic thinking
- ▶ Low or negative mood, anxiety, social withdrawal
- ▶ Personal problems (eg, marital, financial, etc)
- ▶ History of substance abuse
- ▶ Problems/dissatisfaction with work (“blue flags”)
- ▶ Overprotective family/lack of support
- ▶ History of disability and other claims
- ▶ Inappropriate expectations of treatment
 - ▷ Low expectation of active participation

The presence of yellow flags highlights the need to address specific psychosocial factors as part of a multimodal management approach



Indications pour la consultation multidisciplinaire du rachis

30

- **La liste des indications peut être élargie en fonction des futurs résultats thérapeutiques:**
 - *Sciaticque par hernie discale lombaire (conservateur et chirurgical)*
 - *Fusions cervicales multilevel (>1 niveau)*
 - *Placement chirurgical d'une prothèse discale cervicale/lombaire, d'une stabilisation dynamique ou d'implants interépineux*
 - *Toute chirurgie de malformations (scoliose juvénile, adolescent, adulte/ correction de cyphose/correction de la balance sagittale/antérolithésis L5-S1 de haut degré)*
 - *Tout traitement de tumeurs osseuses primaires*
 - *Tout traitement de neurostimulation*
 - *Tout traitement algologique invasif des articulations facettaires (apophysaires)*

Organisation de la consultation multidisciplinaire du rachis

31

- **Au moins une fois par mois**
- **Le coordinateur reçoit la demande, fixe l'agenda et envoie les invitations**
- **Présence d'au moins un des médecins-spécialistes en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie (les deux disciplines si partie de l'unité rachis) et un médecin-spécialiste en médecine physique, dont chacun remplit les conditions de l'encadrement de l'unité rachis**

Organisation de la consultation multidisciplinaire du rachis

32

- **Présence d'un anesthésiste-algologue, membre de l'unité rachis , sur demande**
- **Présence du kinésithérapeute et/ou du psychologue clinique sur demande**
- **Présence physique du patient sauf s'il a été vu par tous les spécialistes concernés (discussion du dossier)**
- **Rapport (voir ci-dessous)**

Consultation multidisciplinaire (rapport)

33

- **Un rapport rédigé par le médecin-spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie ou en médecine physique (coordinateur)**
- **Contenu:**
 - 1° **description du diagnostic;° plan de traitement proposé avec alternatives éventuelles incluses;**
 - 3° **description du suivi médical proposé;**
 - 4° **proposition d'incapacité de travail si indiquée.**
- **Le rapport est transmis aux membres de l'unité rachis, au médecin qui réfère, au médecin-traitant et au médecin-conseil de l'OA**
- **Le rapport est ajouté au dossier médical central**

Proposition d'une consultation d'entrée monodisciplinaire rachis.

34

- **Attestable par un médecin-spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie ou en médecine physique**
- **Patient se présentant avec un nouveau problème du dos**
- **Attestable pour consultation conclusive**
- **Attestable 1 fois par période de 2 ans pour la même région du rachis**
- **Contenu du rapport: anamnèse, diagnostic, traitements appliqués antérieurement, plan de traitement proposé et possibilités de traitements alternatifs**
- **Rapport disponible pour le médecin qui adresse le patient, le médecin- traitant et le médecin-conseil de l'OA**
- **Rapport ajouté au dossier médical central**

Les conditions d'environnement de l'unité Rachis

35

- **Fonction spécialisée de service d'urgences avec permanence 24/7**
- **Accessibilité rapide à l'imagerie médicale (RX, echo, CT, MRI), médecine nucléaire, EMG et potentiels évoqués**
- **Organisation du service chirurgie, réveil et soins intensifs pour traitement urgent. Les urgences chirurgicales sont pris en charge 24/7 par les médecins-spécialistes en chirurgie orthopédique et/ou neurochirurgie concernés (les deux si les deux spécialités présents dans l'hôpital)**

Régitre

36

- **Enregistrement central (SPINE TANGO)**
- **Tout traitement de pathologie du rachis (chirurgie, réadaptation, algologie) sur le long terme**
- **PROMs (“patient reported outcome measures”) fixés par la SSBe et la BPS**
 - **Projets pilote dans 10-12 centres**
 - **A partir du 01-07-2018 enregistrement obligatoire via Health Data (INAMI-ISSP)**

Sélection de centres par CRI-DMI (INAMI) pour essai clinique (trial)

37

L'UNITÉ RACHIS type 2 (technologies innovatrices)

- **Conditions de base**
- **Encadrement médical/paramédical supplémentaire**
- **Normes de qualité et fonctionnelles
supplémentaires**
- **Enregistrement de données**
- **Rapportage au CRI-DMI**

Objectifs

38

Réaliser des résultats plus performants pour la pathologie du rachis par une collaboration entre tous les spécialistes concernés dans l'unité 'SPINE' et CMD grâce à l'uniformité, la concertation, le diagnostic correct et l'enregistrement des résultats obtenus



Neuromodulation quid?

40

- 1. Stimulation moelle épinière (après chirurgie du rachis, syndrome régional complexe, neurite vasculaire, angine de poitrine réfractaire)**
- 2. Stimulation cérébrale (Parkinson, épilepsie)**
- 3. Stimulation sacrale (incontinence urinaire/ fécale)**
- 4. Pharmacothérapie spinale (morphine, baclofen)**

Neuromodulation problèmes

41

(Etude KCE 2012 – rapport 189)

- **Volumes (centres, implantations)**
- **Indications non evidence-based et vagues**
- **Multidisciplinarité absente**

Neuromodulation 2000-2016

42

- **Trop grande variabilité de pratique
(un centre >30% de toutes les implantations)**
- **Décision souvent monodisciplinaire**
- **Indications non evidence-based**
- **Prix des neurostimulateurs rechargeables**
- **Variation de neurostimulation (tonique, burst)**

Neuromodulation 2000-2016

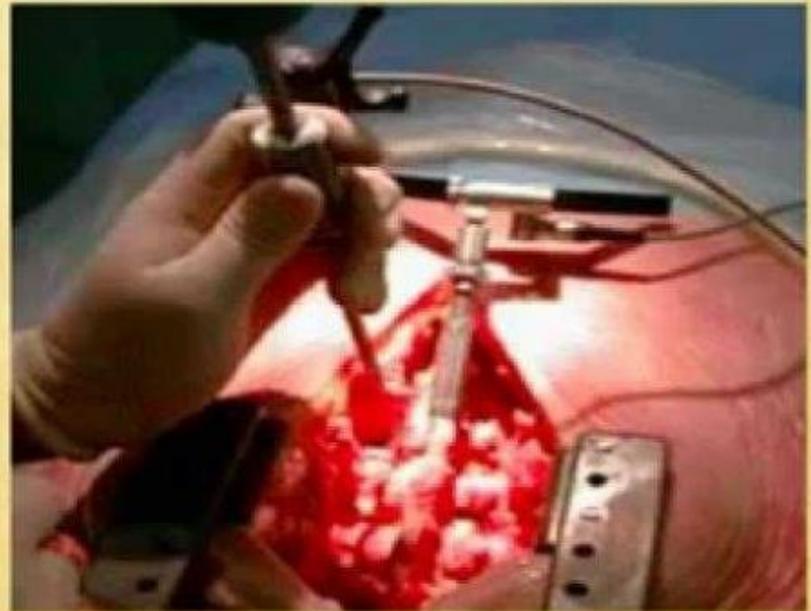
43

- **Trop grande variabilité de pratique
(un centre >30% de toutes les implantations)**
- **Décision souvent monodisciplinaire**
- **Indications non evidence-based**
- **Prix des neurostimulateurs rechargeables**
- **Variation de neurostimulation (tonique, burst)**

Failed Back Surgery Syndrome

1st Thing to Know

- FBSS occurs in 20-40% of those who have back surgery.
- Each repeat surgery has success rates much lower than the previous.
- 2 years out from back surgery, 1 in 4 patients is dissatisfied with their outcome.



Neuromodulation 2017

45

- **Indication unique:**
Failed Neck and Back Surgery Syndrome réfractaire avec un syndrome douloureux neuropathique démontré
- **Remplacement d'un neurostimulateur implanté avant 2017 possible via Organe Nationale Consultatif pour autre indication (ischémie des membres inférieurs, angine de poitrine réfractaire, syndrome de douleur régional complexe)**

Neuromodulation 2017

46

→ **PATIENT**

→ **HÔPITAL**

→ **PROCEDURE DE DEMANDE**

→ **ORGANE NATIONAL CONSULTATIF**

Neuromodulation 2017

47

→ PATIENT

- **L'état général du patient: utilisation durable**
- **Consentement éclairé**
- **Engagement du suivi obligatoire après implantation**

Neuromodulation 2017

48

→ **HÔPITAL**

- 1. Centre Multidisciplinaire de la Douleur**
- ou**
- 2. Equipe Algologique Multidisciplinaire plus un accord de coopération avec 1.**

**L'Equipe Algologique Multidisciplinaire responsable pour l'indication, l'implantation et le suivi à long terme comprend:
un neurochirurgien, un anesthésiste-algologue, un médecin-spécialiste en médecine physique et un psychologue/psychiatre/neurologue**

Neuromodulation 2017

49

→ **PROCEDURE DE DEMANDE**

- **concertation algologique multidisciplinaire comprend:**
 - **l'algologue, le neurochirurgien ou orthopédiste, psychologue de la douleur**
 - **le médecin-traitant et le médecin-conseil de l'OA peuvent participer**
- **La notification au médecin-conseil via registre interactif avec le rapport multidisciplinaire validé**

Procédure de demande

50

Rapport multidisciplinaire médical

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**
- **Distribution anatomique de la douleur**
- **Évaluation nociceptive et examen sensoriel**
- **Douleur refractaire aux traitements pharmacologiques et interventionnels**
- **Intensité de la douleur $\geq 4/10$ (NRS)**
- **Analgésie insuffisante ou effets secondaires**

Procédure de demande

51

Rapport multidisciplinaire psychologique

- **Exclusion red flags +identification yellow flags**
- **Symptoms checklist (SCL-90 revised)**
- **Illness Attitude Scale (IAS)**
- **Collaboration (suivi/changement life style)**
- **Statut fonctionnel (carnet de bord, repos nocturne, médicaments)**

Procédure de demande

52

Thérapie d'essai

- **≥ 21 jours**
- **Douleur – 50%**
- **Amélioration repos nocturne,
usage médicaments, statut fonctionnel**

Organe National Consultatif

53

SSBE + BPS

- **algologues, neurochirurgiens, orthopédistes, psychologues de la douleur
(neuropsychiatre/neurologue/médecin-physique)**
[+ le médecin-conseil de l'OA, représentants de l'INAMI]
- **Remplacement neurostimulateur hors critères**
- **Evaluation de la neuromodulation 2017 et avis sur nouvelle technologie**