

REGISTRE DES IMPLANTS SIRIS RACHIS

RAPPORT DESCRIPTIF 2026

CHIRURGIE RACHIDIENNE 2021-2024 ET 2025

Auteures et auteurs : PD Dr méd. Emin Aghayev, M.Sc.
PD Dr méd. Thorsten Jentzsch, M.Sc.
PD Dr méd. David Bellut
PD Dr méd. Daniel Haschtmann
Prof Dr méd. Ralph Schär

Version : 1.0

Date : 28 août 2026



Table des matières

Résumé.....	4
1. Introduction.....	5
2. Méthode.....	6
2.1 Obligation.....	6
2.2 Consentement des patient-e-s.....	6
2.3 Enregistrement des données.....	6
2.4 Fonctions de l'application du registre et documentation utilisateur	7
2.5 Rapports	8
2.6 Précédentes phases de développement du registre conformément au concept détaillé.....	8
2.7 Visites de suivi sur site : État des travaux.....	9
2.8 Calcul du taux de révision et de réopération	9
3. Résultats descriptifs.....	10
4. Résultats analytiques préliminaires.....	16
4.1 Taux cumulatifs de réopération et de révision.....	16
4.2 Taux de lésions dures par hôpital ou clinique.....	18
4.3 Taux de réopération et de révision par type d'intervention.....	20
5. PROMs – Auto-évaluation de l'état de santé	21
6. Implants.....	24
Part des implants ENREGISTRÉS par fabricant d'implants.....	24
Taux de réopération et de révision par fabricant d'implants, catégorie d'implants et implant.....	25
7. Perspective.....	27
7.1 Critères d'inclusion 2025	27
7.2 Fonctions supplémentaires.....	27
7.3 Concept d'évaluation.....	28
7.4 Calcul des nouveaux indicateurs à partir de 2027	28
8. Remerciements.....	28
Liste des figures.....	29
Liste des tableaux.....	29
9. Annexe.....	31
9.1 Hôpitaux et cliniques impliqués dans l'enregistrement	31

Impressum.....	33
----------------	----

RÉSUMÉ

Le Registre des implants SIRIS rachis suisse a été inscrit dans le plan de mesure en soins aigus de l'ANQ en janvier 2021. Ce registre est soutenu par les associations professionnelles swiss orthopaedics (SO), Société Suisse de Chirurgie du Rachis (SGS) et Société Suisse de Neurochirurgie (SSNC). EUROSPINE en gère l'exploitation et le développement pour le compte de la fondation SIRIS.

Les critères d'inclusion ont été étendus à partir de janvier 2025. Ils englobent toutes les interventions chirurgicales associées à la pose d'implants, ainsi que les réopérations et les révisions au niveau du rachis. En 2025, 79 hôpitaux et cliniques ont participé à ce registre. En contrepartie, ils reçoivent des rapports trimestriels et annuels avec des évaluations descriptives comparatives basées sur l'ensemble du pool de données.

Au total, 10'426 interventions chirurgicales pratiquées sur 9'487 patient-e-s ont été enregistrées en 2025. Au cours de la période de quatre ans précédente (2021-2024), 19'331 interventions chirurgicales ont été enregistrées, concernant 17'407 patient-e-s. Le registre recense ainsi aujourd'hui les données relatives à 29'757 interventions chirurgicales concernant 26'350 patient-e-s. Pour ces opérations, 179'880 implants de 76 fabricants (6 implants par opération en moyenne) ont été enregistrés.

La majeure partie des interventions chirurgicales concerne des maladies dégénératives (57.2 %), suivies des fractures pathologiques (11.0 %) et des spondylolisthésis non dégénératifs (4.9 %).

Les patient-e-s âgé-e-s ont fait bien plus souvent l'objet d'un enregistrement, la part des plus de 50 ans atteignant 87.6 %. Les femmes ont été légèrement plus souvent (57.8 %) opérées que les hommes. La plupart des patient-e-s ne fumaient pas (77.1 %). Près d'un quart d'entre elles/eux étaient en surpoids ou obèses (61.3 %). Parmi les catégories de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA), c'est la catégorie 2 (maladie générale modérée) qui a été citée le plus souvent (51.1 %). La voie d'abord de loin la plus fréquente était via la Midline (69.4 %). Une fusion intervertébrale lombaire transforaminale (TLIF) a été réalisée dans plus de la moitié des cas (47.6 %).

Le présent rapport présente, à titre de résultats préliminaires et sous forme anonymisée, les courbes de Kaplan-Meier illustrant les taux cumulés de réopérations et de révisions, un graphique en entonnoir présentant les taux de lésions dures par hôpital et par clinique, les Patient-reported Outcome Measures électroniques (ePROMs) en pré et postopératoire, ainsi qu'un graphique en entonnoir présentant les taux de réopérations et de révisions par type d'implant.

Pour 6.8 %¹ des interventions chirurgicales primaires enregistrées (soit 0.1 % de moins que l'année précédente), une réopération ou une révision a été enregistrée sur le même segment ou sur un segment adjacent. À l'heure actuelle, les données, en particulier le taux de réopérations et de révisions, doivent être interprétées avec réserve, puisqu'une validation systématique du nombre d'interventions enregistrées par les hôpitaux et les cliniques n'est assurée que depuis 2025. Il y a tout lieu de penser que ce taux va changer au cours des prochaines années, et ce, notamment en raison des mesures prévues visant à valider le nombre d'interventions et à augmenter le taux de couverture de l'enregistrement. À l'avenir, il conviendra de valider les données en continu et de déterminer si et, le cas échéant, comment les taux de réopération et de révision peuvent être réduits.

Les résultats des ePROMs provenant des hôpitaux et des cliniques participant à cette collecte facultative montrent une amélioration cliniquement significative des douleurs dorsales et des jambes, ainsi que du score fonctionnel de l'indice COMI (Core Outcome Measures Index), de la qualité de vie et de l'état de santé autoévalué entre la phase préopératoire et la phase postopératoire, quel que soit le type d'intervention chirurgicale.

SIRIS rachis est, aux côtés du registre national belge des implants rachidiens², l'un des premiers registres obligatoires et exhaustifs consacrés aux implants utilisés dans le cadre d'interventions chirurgicales rachidiennes au niveau international. Constamment perfectionné, il représente un travail pionnier dans ce domaine. Lorsque les processus d'enregistrement se seront établis dans les hôpitaux et les cliniques et que les données seront disponibles pour des évaluations approfondies, la phase suivante consistera à observer plus en détail leur qualité et leur pertinence et à les améliorer progressivement ainsi qu'à effectuer des analyses approfondies et à établir des métriques. Il est probable que la qualité du registre s'améliore grâce aux perfectionnements prévus en cours – comme l'inclusion de toutes les opérations du rachis lombaire associées à un implant dès l'année 2025, la surveillance sur site, les ePROMs et les analyses approfondies des données des implants, ce qui en fera un projet national et international de grande valeur.

1. INTRODUCTION

Le Registre des implants SIRIS rachis fait partie des mesures de la qualité de l'ANQ et permet de mesurer l'indicateur « implants rachidiens ». Cet indicateur a été inscrit dans le plan de

¹ Puisque dans la période 2021-2024 il n'a été effectué aucune validation systématique du nombre de cas enregistrés par les hôpitaux et les cliniques, ce taux de réopération et de révision n'est pas validé. Il y a tout lieu de penser qu'il va changer au cours des prochaines années, augmentant probablement avec les mesures prévues visant à augmenter le taux de couverture de l'enregistrement.

² Registre du rachis belge. (août 2025) URL : <https://data.gov.be/de/datasets/393bf6ce-197d-4d09-916a-ae2311f99257>

mesure en soins aigus avec l'accord de tous les partenaires de l'ANQ (assureurs, cantons, hôpitaux et cliniques). Ainsi, les hôpitaux et les cliniques doivent obliger les médecins impliqués à procéder à l'enregistrement et à en assumer les coûts.

L'ANQ confie la tenue du SIRIS rachis à la fondation SIRIS. Avec ses exigences claires en matière de qualité et d'étendue de l'évaluation obligatoire, l'ANQ entend fournir des analyses transparentes pour chaque hôpital et chaque clinique, lesquelles serviront à l'assurance qualité et au développement de cette dernière. Comme on pouvait s'y attendre, les associations professionnelles impliquées participent au développement du registre. La gestion du registre est assurée par la Société européenne de chirurgie du rachis (EUROSPINE) et son organisation partenaire NEC Software Solutions, en étroite collaboration avec le comité consultatif scientifique (SIRIS Spine Advisory Board [SSAB]). Outre les objectifs principaux que sont l'assurance qualité et le développement de la qualité, en principe, les données du registre peuvent être utilisées à des fins de recherche sur la base des dispositions pertinentes de la loi relative à la recherche sur l'être humain.

2. MÉTHODE

2.1 OBLIGATION

L'enregistrement dans SIRIS rachis est obligatoire pour l'ensemble des hôpitaux et des cliniques dont l'offre de prestations comprend des opérations du rachis.

2.2 CONSENTEMENT DES PATIENT-E-S

L'enregistrement des données nécessite le consentement éclairé écrit préalable des patient-e-s. Le consentement peut être refusé ou révoqué.

2.3 ENREGISTREMENT DES DONNÉES

L'enregistrement des données s'effectue par le biais de l'application Web <https://sirispine.com/>, gérée par NEC Software Solutions, l'organisation partenaire d'EUROSPINE. Des formulaires papier sont disponibles, mais ils servent seulement de support intermédiaire pour l'enregistrement ultérieur des données dans l'application Web.

L'enregistrement concerne les données démographiques des patient-e-s, les données cliniques des opérations primaires, des réopérations et des révisions ainsi que les données des implants. Ces dernières sont en partie scannées directement par le biais des étiquettes des fabricants grâce à un lecteur de code d'implant ou identifiées et enregistrées dans le cata-

logue d'implants à l'aide de références uniques ou d'autres termes de recherche. À l'heure actuelle, le catalogue d'implants du registre comprend les spécifications de plus de 210'000 implants différents, produits par 76 fabricants. Il évolue en permanence, d'une part grâce à l'actualisation régulière des listes d'implants par les fabricants d'implants eux-mêmes, d'autre part grâce aux signalements des hôpitaux et des cliniques entraînant l'inscription des implants encore manquants jusqu'à présent dans le catalogue. Compléter et actualiser le catalogue est une tâche permanente. Après cinq ans d'enregistrement, il y a néanmoins tout lieu de penser que l'on a atteint un haut niveau d'exhaustivité du catalogue des implants. Lors de la mise à jour des critères d'inclusion, de nouvelles lacunes peuvent apparaître dans le catalogue des implants lorsque de nouvelles interventions chirurgicales nécessitant de nouveaux implants doivent être enregistrées. EUROSPINE comble ces lacunes dès que possible.

Deux des 79 hôpitaux et cliniques actuels importent leurs données par le biais du service Web du registre directement depuis leur système d'information hospitalier. D'autres s'attachent à basculer vers cette importation de données depuis leur système d'information hospitalier. 15 hôpitaux et cliniques enregistrent volontairement des interventions et des données supplémentaires en s'appuyant sur la structure des données du Registre international sur le rachis Spine Tango.

2.4 FONCTIONS DE L'APPLICATION DU REGISTRE ET DOCUMENTATION UTILISATEUR

L'application du registre dispose de toutes les fonctions de base pertinentes, telles que la saisie et l'exportation des données, la recherche simple et avancée ainsi que l'administration des utilisateurs. Ces fonctionnalités, ainsi que l'application web dans son ensemble, font l'objet d'améliorations constantes. C'est ainsi que la fonctionnalité des ePROMs a été mise à disposition entre février et juin 2023. En l'occurrence, il s'agit d'un questionnaire standard permettant aux patient-e-s d'évaluer eux/elles-mêmes leur état de santé. Ce questionnaire comprend respectivement 14 et 19 questions auxquelles ils doivent répondre avant et après l'opération et inclut trois instruments (le COMI avec le registre Spine Tango, l'EuroQoL 5 dimensions et 5 niveaux [EQ-5D-5L] et le Minimal Dataset de swiss orthopaedics [SO MDS]) (figure 1). Il aborde notamment le niveau des douleurs ressenties par les patient-e-s au niveau du dos et des jambes. La fonction ePROMs permet de leur envoyer ce questionnaire avant l'opération ainsi que 3 et 12 mois après celle-ci par courrier électronique et/ou téléphone et de gérer les messages de rappel. Cette fonction facultative a été validée au niveau national au mois de mars 2024. Le questionnaire des patient-e-s reste néanmoins disponible sous forme papier en guise de moyen auxiliaire. En 2025, un an après son lancement, 19 hôpitaux et cliniques ont participé à l'enquête ePROMs.

Une documentation exhaustive comprenant des vidéos de formation a été créée pour aider les utilisateurs. Elle évolue en permanence. Cette documentation est disponible dans la rubrique « Documents utilisateur » de l'application ou sur demande. Des formations collectives ou individuelles et une assistance à distance sont également offertes aux hôpitaux et aux cliniques.

schneider craniocervical implant register
registro craniocervicale degli impianti
registro craniocervicale della colonna
schneider craniocervical register **SIRIS** Français ▾

Questionnaire préopératoire

60% complet

Des problèmes de dos peuvent entraîner des douleurs du dos et/ou des douleurs dans les jambes/fesses, ainsi que des troubles de la sensibilité tels des picotements, fourmillements, ou encore une diminution de la sensibilité dans ces mêmes régions.

Pour les 2 questions suivantes, nous aimerions que vous indiquiez l'intensité de votre douleur en sélectionnant une réponse (0 = aucune douleur, 10 = la pire douleur imaginable). Il y a des questions séparées pour les douleurs du dos et les douleurs dans la jambe (sciatique)/fesse.

Quelle a été l'intensité de votre **douleur de dos** durant la semaine écoulée?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
aucune douleur la pire douleur imaginable

Quelle a été l'intensité de votre **douleur dans la jambe (sciatique)/ fesse** durant la semaine écoulée?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
aucune douleur la pire douleur imaginable

Enregistrer et continuer

Figure 1 : Portail des patient-e-s pour les réponses électroniques au questionnaire des patient-e-s (ePROMs)

2.5 RAPPORTS

Chaque trimestre, les hôpitaux et les cliniques reçoivent un rapport cumulatif avec des évaluations descriptives comparatives basées sur l'ensemble du pool de données. Seules les opérations avec le statut « soumise » sont prises en compte dans ces rapports trimestriels. Les opérations incomplètes et/ou n'ayant pas été soumises sont ignorées. Par ailleurs, le registre publie les données d'une seule ou, comme dans le présent rapport, de plusieurs années d'enregistrement.

2.6 PRÉCÉDENTES PHASES DE DÉVELOPPEMENT DU REGISTRE CONFORMÉMENT AU CONCEPT DÉTAILLÉ

Le concept détaillé du Registre des implants SIRIS rachis de mai 2020 prévoyait une extension progressive des critères d'inclusion. À partir de la première année (2021) les opérations du rachis lombaire les plus fréquentes ont été enregistrées, les spondylodèses dorsales et dorsolatérales avec instrumentation sur un ou deux segments pour les maladies dégénératives ainsi que les spondylolisthésis non dégénératifs, y compris leurs réopérations et révisions. À partir de la deuxième année (2022), les vertébroplasties et kyphoplasties lombaires et thoraciques, y

compris leurs réopérations et révisions, ainsi que le traitement des fractures ostéoporotiques jusqu'à 28 jours après leur survenue ou leur diagnostic radiologique ont été déclarés comme soumis à enregistrement.

Les opérations des autres phases de développement prévues initialement pour 2022 et 2023 (comme les spondylodèses ventrales cervicales avec leurs réopérations et révisions) ne sont pas soumises à enregistrement pour le moment. Le Comité consultatif scientifique a décidé de reporter les extensions individuelles jusqu'à ce que la validation des données soit aboutie et que le développement à moyen terme des critères d'inclusion ait été clarifié et fixé. Au lieu de cela, afin de les simplifier et de les valider, les critères d'inclusion ont été étendus à partir de 2025 à toutes les interventions chirurgicales associées à des implants lombaires, ainsi qu'à leurs réopérations et révisions. En conséquence, toutes les interventions du rachis lombaire pour lesquelles un implant est réimplanté, reste en place ou est explanté devront être enregistrées.

2.7 VISITES DE SUIVI SUR SITE : ÉTAT DES TRAVAUX

Ce concept de validation des données prévoit une série de mesures contribuant à améliorer constamment la qualité des données et à renforcer la fiabilité de leur évaluation. Parmi ces mesures figurent les visites de contrôle sur place dans les hôpitaux et les cliniques.

À l'automne 2025, trois cliniques universitaires, deux cliniques privées et un hôpital régional public ont fait l'objet d'un contrôle. La validation des données sur site dans ces six premiers établissements a révélé une précision des données de 97 % et une exhaustivité des données de 96 % par rapport aux documents sources. 87 % (médiane : 93 %) des interventions chirurgicales soumises à l'obligation d'enregistrement ont été enregistrées dans ces six établissements. Conformément à la procédure standard appliquée lors de ces contrôles, l'enregistrement a posteriori des données a été discuté avec le personnel concerné des hôpitaux et des cliniques, et des améliorations possibles des processus d'enregistrement ont été identifiées. Les hôpitaux et les cliniques ont été invités à prendre les mesures nécessaires et à remettre au registre, dans les mois suivants, un bref rapport sur l'état d'avancement de ces mesures. On peut supposer que ces pourcentages continueront de s'améliorer dans un avenir proche.

Les visites de contrôle sur site se poursuivront au cours des prochaines années. Environ 45 hôpitaux et cliniques sont visités chaque année, l'objectif étant de se rendre dans chaque établissement au moins une fois tous les deux ans.

2.8 CALCUL DU TAUX DE RÉVISION ET DE RÉOPÉRATION

Conformément aux critères d'inclusion, les réopérations et révisions sont également soumises à enregistrement. Le registre définit une « réopération ou révision » comme une intervention de suivi pratiquée sur le même segment ou sur un segment adjacent, pour la même pathologie. Doivent être enregistrées non seulement les réopérations et les révisions après une opération primaire dans le même établissement et/ou après une opération primaire déjà enregistrée, mais toutes les réopérations et révisions sur le même segment ou sur un segment adjacent.

Ces critères d'inclusion permettent d'évaluer toutes les opérations et les révisions effectuées et de calculer leur poids, qui correspond à la part des réopérations et révisions dans l'ensemble des opérations enregistrées.

Pour calculer le taux réel de réopérations et de révisions des hôpitaux et des cliniques, le registre a pris en compte toutes les réopérations et révisions pouvant être associées à une opération primaire enregistrée au sein de l'institution concernée et réalisées sur le même segment ou le segment adjacent. À cette fin, c'est-à-dire afin de suivre les patient-e-s en cas de changement d'hôpital ou de clinique, les patient-e-s sont enregistré-e-s dans un format identifiable. Le concept d'évaluation de SIRIS rachis contient des informations détaillées à ce sujet.³

3. RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Le registre des implants SIRIS rachis a été mis en place en janvier 2021 et, depuis son lancement, 92 hôpitaux et cliniques au total ont participé à l'enregistrement.

Conformément à l'extension progressive des critères d'inclusion, 29'757 Interventions chirurgicales effectuées sur 26'350 patient-e-s ont été enregistré-e-s au cours des cinq premières années d'enregistrement. Parmi ceux-ci, 10'426 interventions chirurgicales réalisées sur 9'487 patient-e-s ont été enregistré-e-s en 2025.

Au total, les interventions chirurgicales enregistrées contiennent des données relatives à 179'880 implants posés, provenant de 76 fabricants (soit en moyenne 6 implants par intervention chirurgicale enregistrée).

³ Registre des implants SIRIS rachis : Concept d'évaluation 2025. Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants – SIRIS. URL : <https://www.siris-implant.ch/de/Downloads>

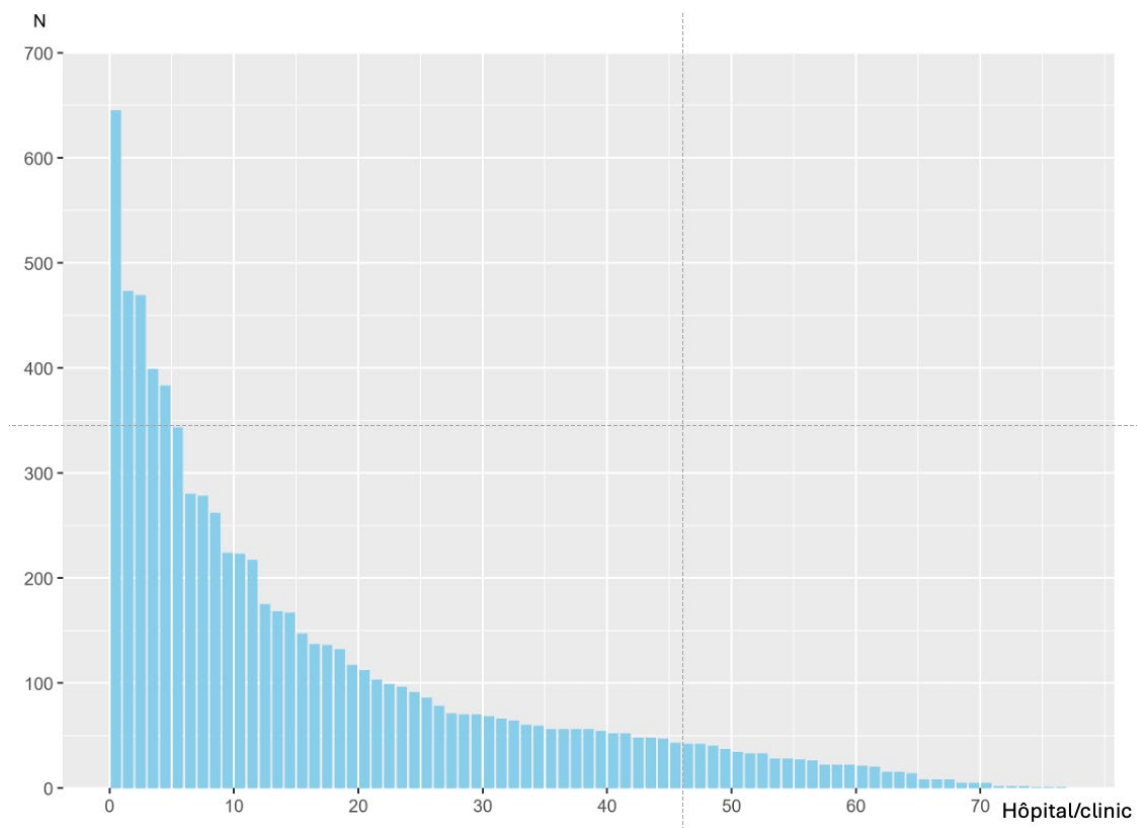


Figure 2 : Nombre d'interventions par hôpital ou clinique : opérations primaires, réopérations et révisions enregistrées en 2025

Avec les critères d'inclusion élargis, on constate qu'en 2025, ce ne sont plus les deux tiers des établissements, mais environ la moitié d'entre eux qui ont enregistré 50 interventions chirurgicales ou moins. Cependant, la part d'opérations soumises à enregistrement peut grandement varier d'un hôpital ou d'une clinique à l'autre (figure 2).

Les maladies dégénératives ont été les pathologies saisies le plus souvent. Celles-ci représentaient 57.2 % de la population enregistrée (figure 3, tableau 1). La part de réopérations et de révisions dans les opérations enregistrées a atteint 22.7 % dans les quatre premières années. Cette part ne correspond pas au taux réel de réopérations et de révisions, car les unes et les autres ne sont pas toutes associées à une opération primaire enregistrée dans la période 2021-2025 (cf. 2.8). Le taux de réopérations et de révisions des hôpitaux et des cliniques avec une opération primaire associée au même segment ou au segment adjacent s'élevait à 6.8 % dans l'ensemble de la population du registre⁴.

⁴ Puisqu'il n'a été effectué jusqu'à présent aucune validation systématique du nombre de cas enregistrés par les hôpitaux et les cliniques, ce taux de réopération et de révision n'est pas validé.

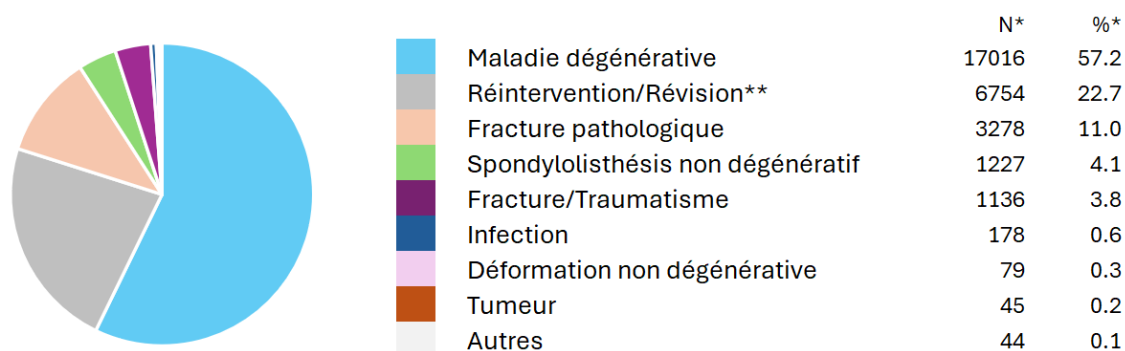


Figure 3 : Pathologie principale

Légende : * - Interventions chirurgicales ; ** - La part des réopérations et des révisions par rapport à l'ensemble des interventions chirurgicales enregistrées. Le taux réel de réopérations et de révisions pour l'ensemble des interventions chirurgicales recensées s'élevait à 6.8 %.

	OPERATOPNEN 2021-2024	OPÉRATIONS 2025	TOTAL
Nombre de patient-e-s [N]	17'407	9'487	26'350*
Nombre d'opérations [N]	19'331	10'426	29'757
Âge moyen [années (ÉT)]	67.3 (13.6)	66.8 (14.6)	67.1 (14.0)
Patient-e-s de plus de 50 ans et plus [% (N)]	88.3 (17'065)	86.4 (9'017)	87.6 (26'082)
Femmes [% (N)]	59.0 (11'400)	55.7 (5'810)	57.8 (17'210)
Fumeuses/Fumeurs [% (N)]	22.8 (3'053)	23.0 (1'830)	22.9 (4'883)
Maladie dégénérative [% (N)]	58.1 (11'238)	55.4 (5'778)	57.2 (17'016)
Révisions/Réopérations [% (N)]	23.8 (4'608)	20.6 (2'146)	22.7 (6'754)
Fracture pathologique [% (N)]	13.2 (2'544)	7.0 (734)	11.0 (3'278)
Spondylolisthésis non dégénératif [% (N)]	4.8 (920)	2.9 (307)	4.1 (1'227)
Fracture/Trauma [% (N)]	0.0 (6)	10.8 (1'130)	3.8 (1'136)
Infection [% (N)]	0.0 (3)	1.7 (175)	0.6 (178)
Déformation non dégénérative [% (N)]	0.0 (9)	0.7 (70)	0.3 (79)
Tumeur [% (N)]	0.0 (0)	0.4 (45)	0.2 (45)
Autres pathologies [% (N)]	0.0 (3)	0.4 (41)	0.1 (44)
Insuffisance pondérale, IMC <18.5 [% (N)]	2.6 (493)	2.6 (275)	2.6 (768)
Poids normal, IMC 18.5-24.9 [% (N)]	36.4 (7'044)	35.4 (3'690)	36.1 (10'734)
Léger surpoids, IMC 25.0-29.9 [% (N)]	36.4 (7'030)	36.9 (3'846)	36.5 (10'876)

Obésité de classe I, IMC 30.0-34.9 [% (N)]	17.5 (3'385)	17.4 (1'810)	17.5 (5'195)
Obésité de classe II, IMC 35.0-39.9 [% (N)]	5.4 (1'035)	5.7 (594)	5.5 (1'629)
Obésité de classe III, IMC 40+ [% (N)]	1.8 (344)	2.0 (211)	1.9 (555)
Pas d'interventions antérieures [% (N)]	48.3 (8'260)	48.2 (4'238)	48.3 (12'498)
1 intervention antérieure [% (N)]	30.3 (5'184)	31.0 (2'723)	30.5 (7'907)
2 interventions antérieures [% (N)]	12.1 (2'069)	11.7 (1'028)	12.0 (3'097)
3 interventions antérieures [% (N)]	5.1 (870)	4.5 (395)	4.9 (1'265)
4 interventions antérieures [% (N)]	1.9 (326)	2.2 (195)	2.0 (521)
Plus de 4 interventions antérieures [% (N)]	2.2 (384)	2.5 (217)	2.3 (601)
Nombre d'interventions antérieures inconnu [(N)]	(2'238)	(1'630)	(3'868)
ASA 1 (sain) [% (N)]	7.2 (1'342)	6.2 (648)	6.8 (1'990)
ASA 2 (maladie générale modérée) [% (N)]	52.2 (9'745)	48.9 (5'101)	51.1 (14'846)
ASA 3 (maladie générale grave) [% (N)]	38.9 (7'250)	42.5 (4'436)	40.2 (11'686)
ASA 4 (maladie générale mettant en jeu le pronostic vital) [% (N)]	1.7 (314)	2.3 (241)	1.9 (555)
ASA 5 (moribond) [% (N)]	0.0 (1)	-	0.0 (1)
ASA inconnu [(N)]	(679)	(-)	(679)
Pas de voie postérieure [% (N)]	1.1 (216)	4.7 (521)	2.4 (737)
Midline [% (N)]	72.2 (14'312)	64.3 (7'124)	69.4 (21'436)
Paramédiane [% (N)]	14.3 (2'827)	15.8 (1'755)	14.8 (4'582)
Autre voie postérieure [% (N)]	12.4 (2'465)	15.1 (1'683)	13.4 (4'148)
Pas de voie antérieure [% (N)]	97.4 (18'839)	85.6 (9'028)	93.2 (27'867)
Transpsoas [% (N)]	1.1 (204)	-	0.7 (204)
Rétropéritonéale [% (N)]	0.8 (151)	7.3 (769)	3.1 (920)
Antérolatérale ou latérale [% (N)]	0.5 (106)	5.7 (594)	2.3 (700)
Autre voie antérieure [% (N)]	0.3 (47)	1.5 (159)	0.5 (206)
Aucune fusion [% (N)]	8.8 (1'704)	36.1 (3'768)	18.4 (5'472)
Fusion intervertébrale lombaire transforaminale (TLIF) [% (N)]	54.3 (10'493)	35.2 (3'665)	47.6 (14'158)
Fusion postérieure [% (N)]	32.8 (6'347)	13.0 (1'355)	25.9 (7'702)
Fusion postéro-latérale [% (N)]	26.4 (5'098)	16.2 (1'688)	22.8 (6'786)
Fusion intervertébrale lombaire postérieure PLIF [% (N)]	8.4 (1'627)	4.5 (473)	7.1 (2'100)
Fusion intervertébrale lombaire latérale extrême XLIF [% (N)]	1.5 (298)	6.7 (696)	3.3 (994)
Fusion intervertébrale lombaire antérieure ALIF [% (N)]	0.9 (167)	4.7 (491)	2.2 (658)
Fusion intervertébrale lombaire oblique OLIF [% (N)]	-	0.8 (83)	0.3 (83)
Autre fusion intervertébrale [% (N)]	2.4 (469)	1.4 (141)	2.0 (610)
Autre fusion [% (N)]	1.6 (317)	0.9 (97)	1.4 (414)

Fusion ilio-sacrée [% (N)]	0.4 (77)	-	0.3 (77)
Aucune instrumentation [% (N)]	7.3 (1'410)	29.6 (3'088)	15.1 (4'498)
Vis pédiculaires non cimentées [% (N)]	61.4 (11'876)	51.8 (5'396)	58.0 (17'272)
Vis pédiculaires cimentées [% (N)]	12.2 (2'357)	14.8 (1'546)	13.1 (3'903)
Autre instrumentation [% (N)]	67.7 (13'088)	21.5 (2'240)	51.4 (15'292)
Complications générales [% (N)]	0.5 (96)	0.5 (49)	0.4 (128)
Complications chirurgicales [% (N)]	7.1 (1'375)	5.5 (573)	6.5 (1'948)
- dont fuites de ciment nécessitant des mesures [% (N)]	0.1 (11)	0.0 (2)	0.0 (13)
Réopérations/révisions dues à une pathologie du segment adjacent [%]	20.6 (1'639)	20.3 (697)	21.9 (2'336)
Réopérations/révisions dues à une neurocompression [%]	17.3 (1'256)	18.4 (632)	17.7 (1'888)
-/- en raison d'une instabilité [%]	13.3 (965)	14.8 (508)	13.8 (1'473)
-/- en raison d'une non-consolidation [%]	9.9 (716)	7.4 (253)	9.1 (969)
-/- en raison d'une fracture de l'implant [%]	8.1 (585)	2.2 (75)	6.2 (660)
-/- en raison de la non-atteinte des objectifs chirurgicaux [%]	6.2 (448)	3.5 (121)	5.3 (569)
-/- pour « d'autres » raisons [%]	5.5 (402)	5.2 (179)	5.4 (581)
-/- en raison du retrait de l'implant [%]	4.6 (337)	4.6 (156)	4.6 (493)
-/- en raison d'une infection profonde [%]	3.3 (242)	3.4 (115)	3.3 (357)
-/- en raison d'un déséquilibre spinal [%]	2.6 (192)	2.9 (99)	2.7 (291)
-/- en raison d'une migration/d'un descellement de l'implant [%]	0.1 (9)	7.4 (255)	2.5 (264)
-/- en raison d'un mauvais positionnement de l'implant [%]	2.5 (182)	1.8 (63)	2.3 (245)
-/- en raison d'un trouble de la cicatrisation [%]	1.8 (132)	2.9 (98)	2.2 (230)
-/- en raison d'une infection superficielle [%]	1.0 (71)	1.1 (36)	1.0 (107)
-/- en raison d'une fuite de liquide céphalo-rachidien [%]	0.8 (61)	0.7 (25)	0.8 (86)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de patient-e-s selon la période d'intervention et au total

Légende : * - Le nombre total de patient-e-s est légèrement inférieur à la somme des nombres de patient-e-s des deux périodes. Cela s'explique par le fait que certain-e-s patient-e-s ont subi une nouvelle intervention chirurgicale au cours de la deuxième période ; ET - écart-type ; IMC - indice de masse corporelle ; -/- - motifs des réopérations et des révisions.

L'âge moyen était de 67.1 ans (écart-type [ÉT] : 14 ans) l'âge moyen en 2025 n'étant que de 0.5 inférieur à celui des années précédentes. La part des opérations enregistrées chez des patient-e-s de plus de 50 ans était de 87.6 % (N = 26'082) et ainsi égale à celle des années précédentes (tableau 1). Les femmes étaient plus fréquemment enregistrées que les hommes (57.8 %, N = 17'210), même si leur proportion au sein de la population de patient-e-s de l'année 2025 était légèrement inférieure (55.7 %) (tableau 1).

22.9 % (N = 4'883) des patient-e-s dont le statut tabagique était connu fumaient (tableau 1) et cette part est restée pratiquement inchangée par rapport aux années précédentes. Dans 28.5 %

(N = 7'500) des patient-e-s, le statut tabagique a été enregistré comme inconnu. Ces patient-e-s n'ont pas été pris-e-s en compte dans le calcul du taux de fumeur-se-s.

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen s'élevait à 26.3 (ET : 11.1) kg/m², comme dans les années précédentes. Un poids normal a été mesuré chez 36.1 % (N = 10'734) des patient-e-s, tandis qu'un léger surpoids a été constaté dans 36.5 % (N = 10'876) des cas (tableau 1). Ces parts étaient pratiquement identiques au cours des deux périodes d'intervention (tableau 1).

À peine la moitié (48.3 % ; N = 12'498) des patient-e-s n'avaient subi aucune opération préalable, tandis que 2.3 % (N = 601) d'entre elles/eux en avaient subies plus de quatre (tableau 1). Ces parts ne présentaient pas non plus de différences significatives entre les deux périodes d'intervention (tableau 1). Dans 13.0 % (N = 3'868) des opérations ayant pour cause des fractures ostéoporotiques, il ne leur a pas été demandé s'ils avaient subi une opération préalable. Ces patient-e-s n'ont pas été pris-e-s en compte dans le calcul des taux d'opérations préalables.

Plus de la moitié de la population de patient-e-s (51.1 % ; N = 14'846) relevaient de la catégorie 2 de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) (maladie générale modérée) et un tiers (40.2 % ; N = 11'686) de la catégorie 3 de l'ASA (maladie générale grave) (tableau 1). Seule une faible part des patient-e-s (1.9 % ; N = 555) relevaient de la catégorie 4 de l'ASA (maladie générale mettant en jeu le pronostic vital) et un patient était moribond (0.0 % ; catégorie ASA 5). Pour 2.3 % des opérations (N = 679), la catégorie de l'ASA a été codée comme inconnue. Ces opérations n'ont pas été prises en compte dans le calcul des parts des catégories de l'ASA.

La question concernant la voie postérieure est une question pour laquelle plusieurs réponses sont possibles. Pour 29'757 opérations, 30'903 réponses – « voies postérieures » – ont été enregistrées au total (tableau 1). Pour 3.9 % (N = 1'146) des opérations, plus d'une réponse a été cochée (donc il y a eu recours à plus d'une voie postérieure). La voie d'abord de loin la plus fréquente était via la Midline, utilisé dans 69.4 % (N = 21436) des opérations. Cette part a chuté de 72.2 % (N = 14'312) au cours des années 2021-2024 à 64.3 (N = 7'124) en 2025.

La part des interventions chirurgicales pratiquées par voie antérieure est passée de 2.6 % (N = 492) entre 2021 et 2024 à 14.4 % (N = 1'398) en 2025, pour atteindre au total 6.8 % (N = 1'890).

La question concernant la fusion réalisée est également une question pour laquelle plusieurs réponses sont possibles. Pour 29'757 opérations, 39'054 réponses (fusions) ont été enregistrées au total. Près de la moitié de toutes les interventions chirurgicales étaient des fusions TLIF ou comprenaient une fusion TLIF (47.6 % ; N = 14'158), suivies des fusions postérieures et postéro-latérales, une combinaison de ces fusions étant possible. La fréquence des autres fusions était chaque fois inférieure à 10.0 % (tableau 1).

Plus de quatre cinquièmes de l'ensemble des réopérations et révisions enregistrées ont été réalisées en raison d'une pathologie du segment adjacent (21.9 %), suivies par les réopérations

et révisions dues à une neurocompression (17.7 %) et à une instabilité (13.8 %). La part des autres motifs de réopérations et de révisions était inférieure à 10 % dans chaque cas.

4. RÉSULTATS ANALYTIQUES PRÉLIMINAIRES

Une révision ou une réopération n'est pas nécessairement liée à la qualité d'un traitement. Elle peut aussi concerner une opération en deux temps prévue, le retrait de matériel métallique ou une autre opération réalisée en raison de la progression de la maladie. Par ailleurs, une interprétation fiable de ces résultats est impossible pour le moment, puisque les données ne sont pas encore validées. Il se peut que les réopérations et révisions pertinentes pour SIRIS n'aient pas toutes été enregistrées. Les figures suivantes sont donc fournies seulement à des fins de visualisation et ne sont ni évaluées ni interprétées. Sitôt qu'une validation aura été réalisée, les résultats analytiques validés seront publiés avec une interprétation.

4.1 TAUX CUMULATIFS DE RÉOPÉRATION ET DE RÉVISION

Les premières courbes de Kaplan-Meier (figure 4, figure 5, figure 6 et figure 7) sont des exemples de taux de réopérations et de révisions cumulatifs pour des spondylodèses lombaires mono- ou bisegmentaires, ainsi que des vertébroplasties et des kyphoplasties thoracolumbaires sur la période 2021-2025 avec des stratifications par groupe d'âge, sexe, IMC et catégorie de l'ASA. L'événement dans les analyses de Kaplan-Meier est la réopération ou la révision. Il y a une troncature à droite, puisqu'aucune donnée sur les décès n'est disponible à l'heure actuelle. Grâce à un test du log-rank, les analyses de Kaplan-Meier testent simultanément si au moins deux des groupes de stratification présentés et analysés sont statistiquement différents, et calculent une valeur p correspondantes.

Les taux de réopération et de révision augmentent avec l'âge du patient/de la patiente, un IMC plus élevé et une catégorie ASA plus élevée (figure 4, figure 6 et figure 7). Les hommes présentent un taux de réopération et de révision plus élevé (figure 5).

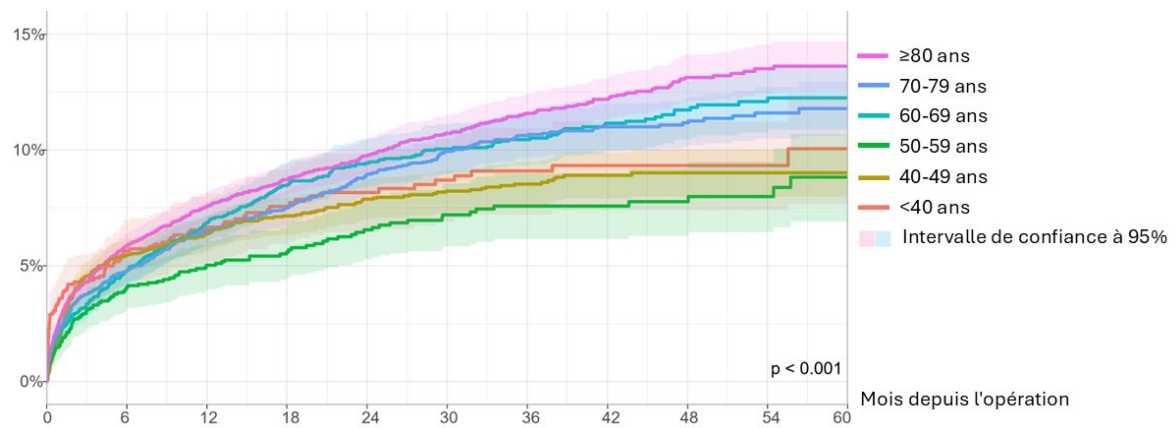


Figure 4 : Taux cumulatif de réopération et de révision par groupe d'âge 2021-2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires

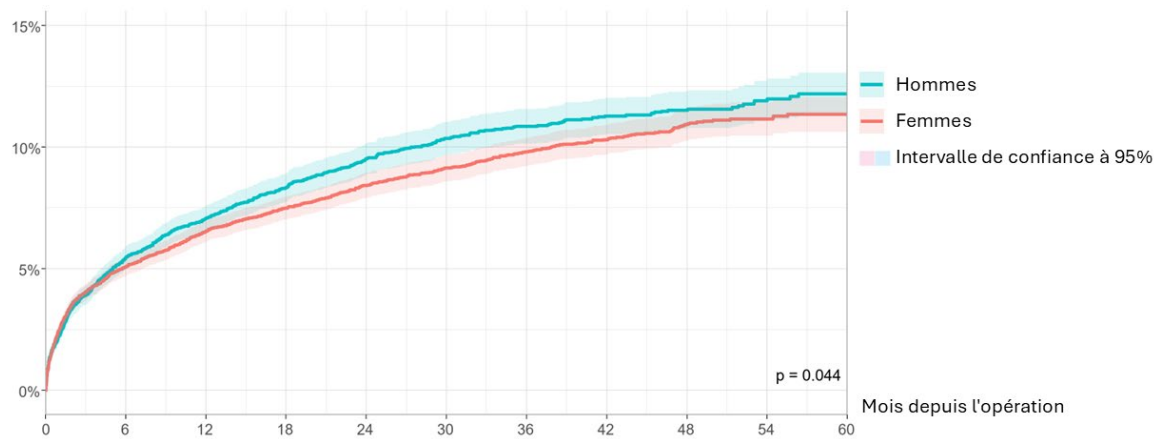


Figure 5 : Taux cumulatif de réopération et de révision par sexe 2021-2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires

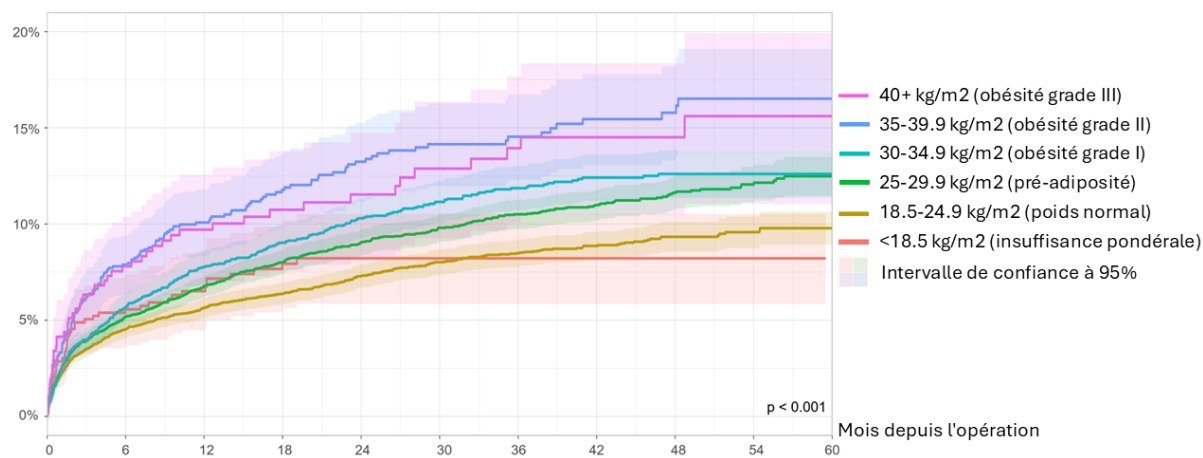


Figure 6 : Taux cumulé de réopération et de révision par catégorie d'IMC, 2021-2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires

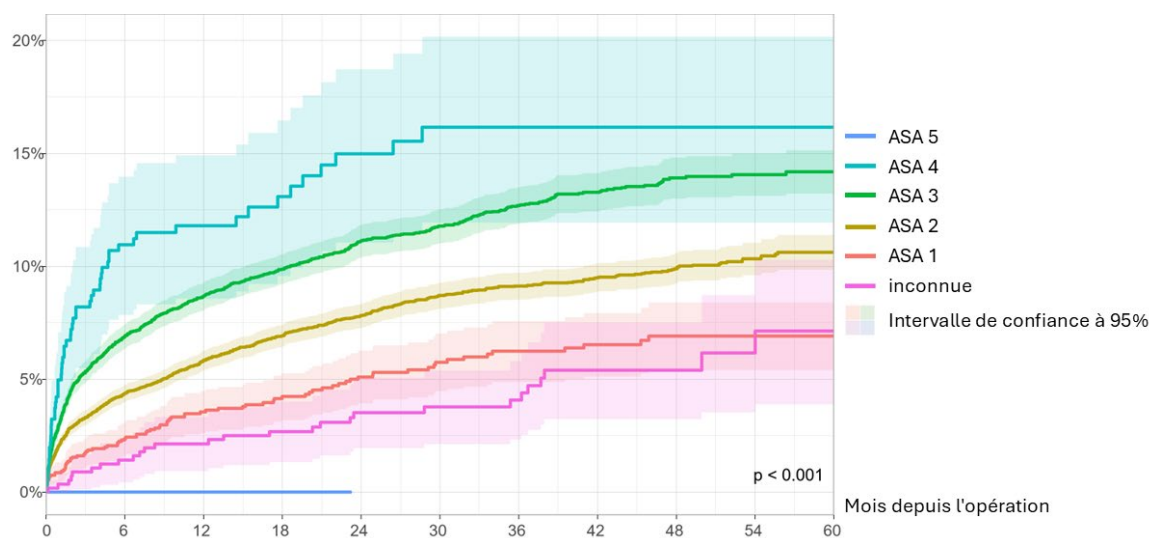


Figure 7 : Taux cumulé de réopération et de révision par catégorie ASA (American Society of Anaesthesiologists), 2021-2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires

4.2 TAUX DE LÉSIONS DURALES PAR HÔPITAL OU CLINIQUE

Le graphique en entonnoir ci-dessous (figure 8) présente les taux de lésions dures par hôpital ou clinique, sur la base des interventions chirurgicales enregistrées entre 2021 et 2025⁵.

⁵ Il faut tenir compte du fait que les données n'ont pas encore été validées et qu'une sous-couverture est en principe possible. Cela peut éventuellement expliquer en partie que moins de lésions dures soient observées dans un hôpital ou une clinique. Cependant, la sensibilité du diagnostic joue aussi un rôle et peut varier d'un hôpital ou d'une clinique à l'autre.

Chaque point de cette figure représente un hôpital ou une clinique. Le taux moyen de lésions durales s'élevait à 4.7 % (intervalle de confiance à 8.1 %).

L'axe x (horizontal) montre le nombre de lésions durables attendues. Ce nombre est calculé pour chaque hôpital et chaque clinique en tenant compte du volume total des opérations, de l'âge des patient-e-s, du sexe, du statut tabagique, de l'IMC, de la catégorie de l'ASA et du nombre d'opérations préalables. Cette approche prend ainsi en considération les différentes populations de patient-e-s des institutions et permet de comparer ces dernières entre elles malgré différentes populations. On peut donc s'attendre à une part plus importante de lésions durales dans une institution dont les patient-e-s ont plus souvent subi des opérations préalables que dans une institution dont la population est principalement constituée de patient-e-s n'ayant subi aucune opération préalable.

L'axe y (vertical) présente le taux des lésions durales réellement observées par rapport à celles attendues. Cet axe présente le taux d'écart entre les lésions durales observées et celles attendues. Si le nombre de lésions observées est identique à celui de lésions attendues, l'hôpital ou la clinique a un taux standardisé de 1. Cependant, si le nombre de lésions observées est deux fois plus élevé que celui de lésions attendues, l'hôpital ou la clinique a un taux standardisé de 2.

Les limites de contrôle en forme d'entonnoir 95.0 % (en orange et en bleu clair) et 99.8 % (en rouge et en bleu foncé) de la moyenne globale montrent chaque intervalle de confiance. Dans cet intervalle, le nombre de lésions durales déterminé peut varier au hasard. Le point rouge au-dessus des limites de contrôle indique une valeur aberrante qui présente un nombre de lésions durales significativement plus élevé que prévu. Le point bleu foncé en dessous des limites de contrôle est une valeur aberrante indiquant un nombre de lésions durales significativement moins élevé que celui attendu. Ce dernier point pourrait théoriquement signifier une sous-déclaration. Les points jaunes et bleu clair entre les limites de contrôle 95.0 % et 99.8 % désignent les hôpitaux ou les cliniques à proximité d'une valeur aberrante.

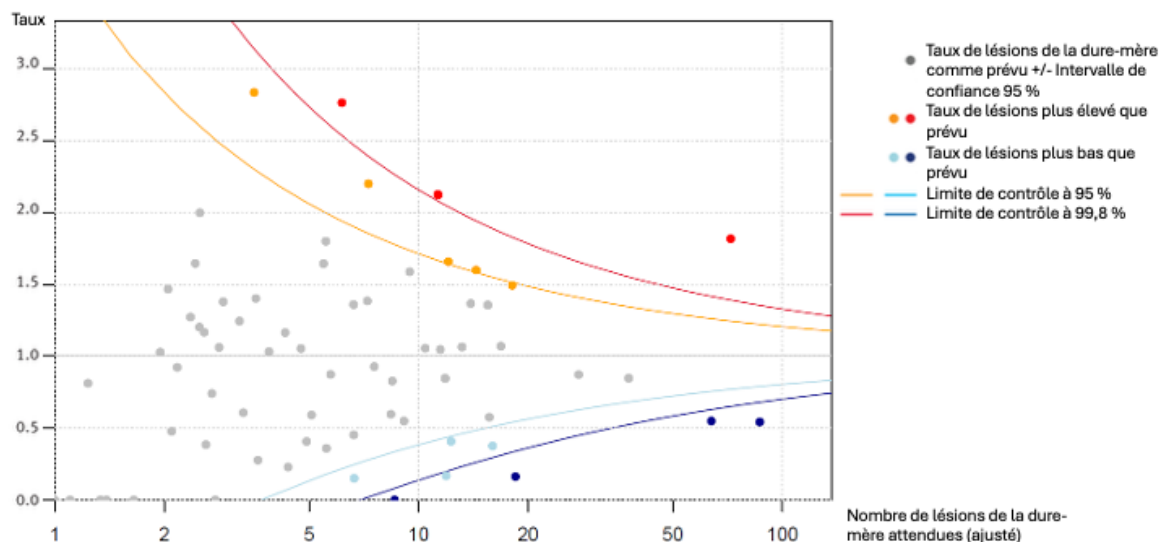


Figure 8 : Taux de lésions de la dure-mère (nombre de lésions dures observées divisé par le nombre de lésions attendues) par hôpital ou clinique, 2021-2025, N = 29'757, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures

4.3 TAUX DE RÉOPÉRATION ET DE RÉVISION PAR TYPE D'INTERVENTION

Le graphique de Kaplan-Meier ci-dessous (figure 9) présente les taux cumulés de réopération et de révision par type d'intervention. Toutes les réopérations et révisions enregistrées pouvant être associées à une intervention primaire ont été prises en compte. Alors que les taux de réopération et de révision varient désormais de manière significative selon les types d'intervention au sein de la population de patient-e-s étudiée, on distingue actuellement trois schémas évolutifs distincts. À l'exception de la fusion intervertébrale lombaire antérieure (ALIF), les réopérations et les révisions liées aux fusions évoluent progressivement et de manière relativement parallèle les unes aux autres. Dans le cas de l'ALIF, on observe actuellement près de deux fois plus de réopérations et de révisions. Pour les vertébroplasties et les kyphoplasties, on constate un taux plus faible de réopérations et de révisions à partir d'environ 1.5 an après l'intervention primaire. Les intervalles de confiance très larges indiquent toutefois une grande dispersion des valeurs et l'incertitude qui en découle actuellement.

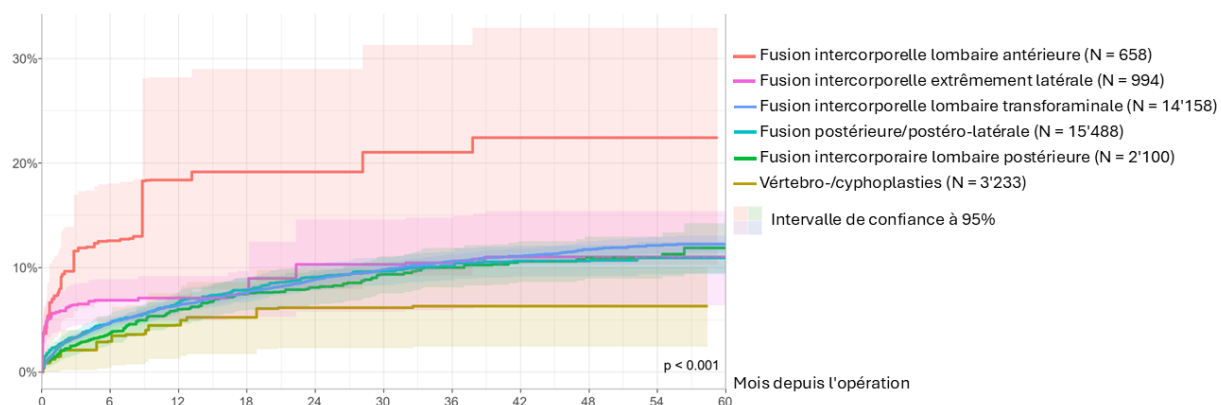


Figure 9 : Taux cumulé de réopération et de révision par type d'opération, 2021-2025, N = 29'757, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de la catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures

5. PROMS – AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Au total, 21 hôpitaux et cliniques (soit 7 de plus qu'il y a un an) ont collecté des ePROMs en 2025. En moyenne, 82 % des formulaires envoyés par voie électronique ont reçu une réponse (figure 10). Il s'agit d'un taux de réponse solide qui peut être considéré comme une preuve de faisabilité. Les analyses détaillées des taux de réponse seront présentées dans le prochain rapport annuel.

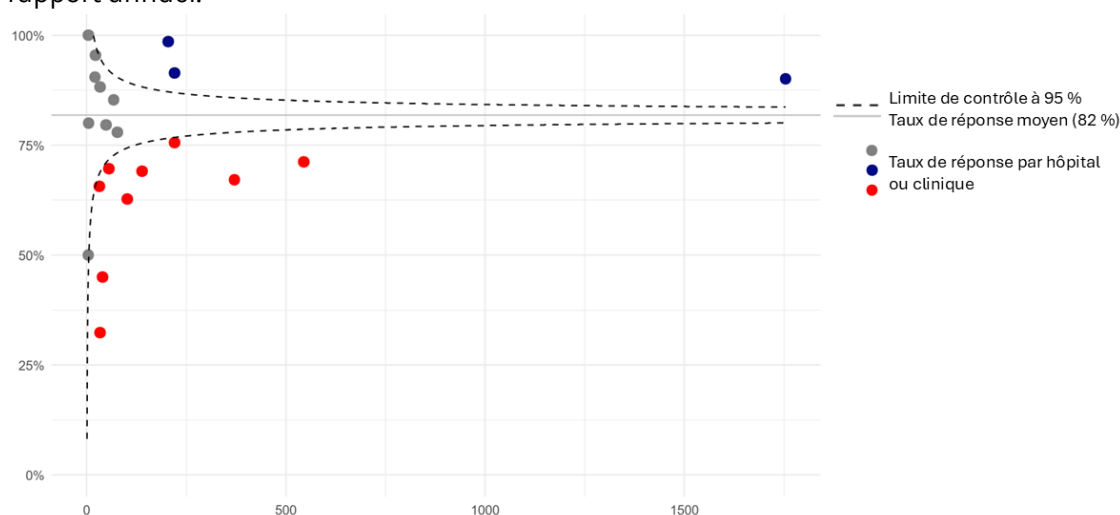


Figure 10 : Taux de participation pour un questionnaire ePROMs préopératoire et au moins un questionnaire ePROMs postopératoire (à 3 ou 12 mois) rempli, par hôpital ou clinique

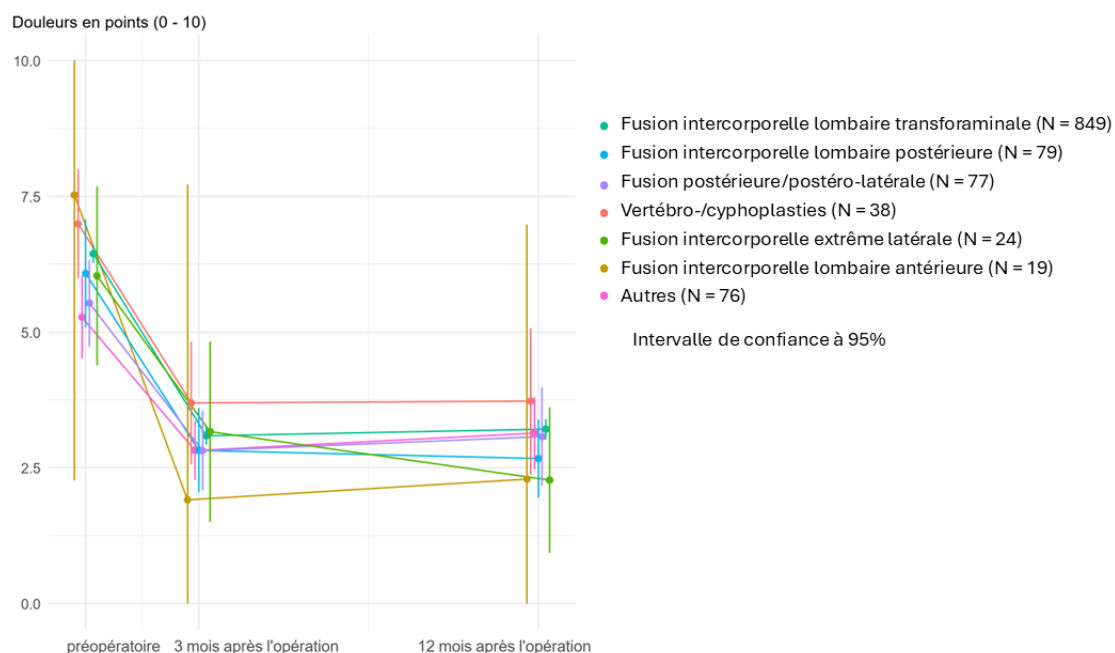


Figure 11 : ePROMs : soulagement de la douleur au dos par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Échelle d'évaluation numérique : 0 = aucune douleur ; 10 = douleur intense

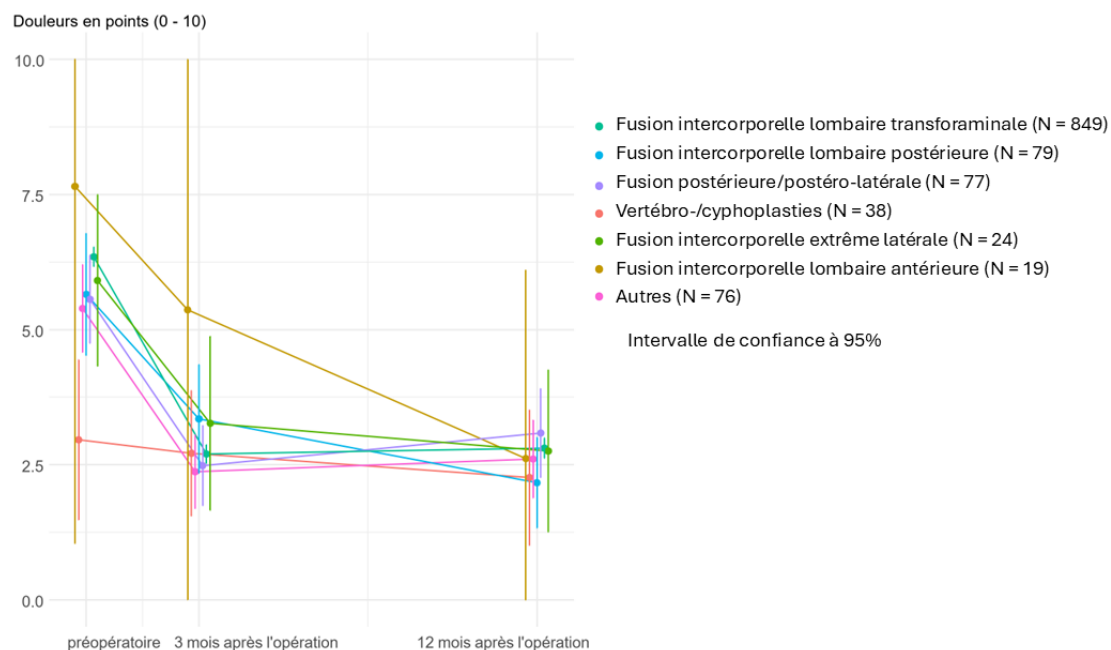


Figure 12 : ePROMs : soulagement de la douleur à la jambe par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Échelle d'évaluation numérique : 0 = aucune douleur ; 10 = douleur intense

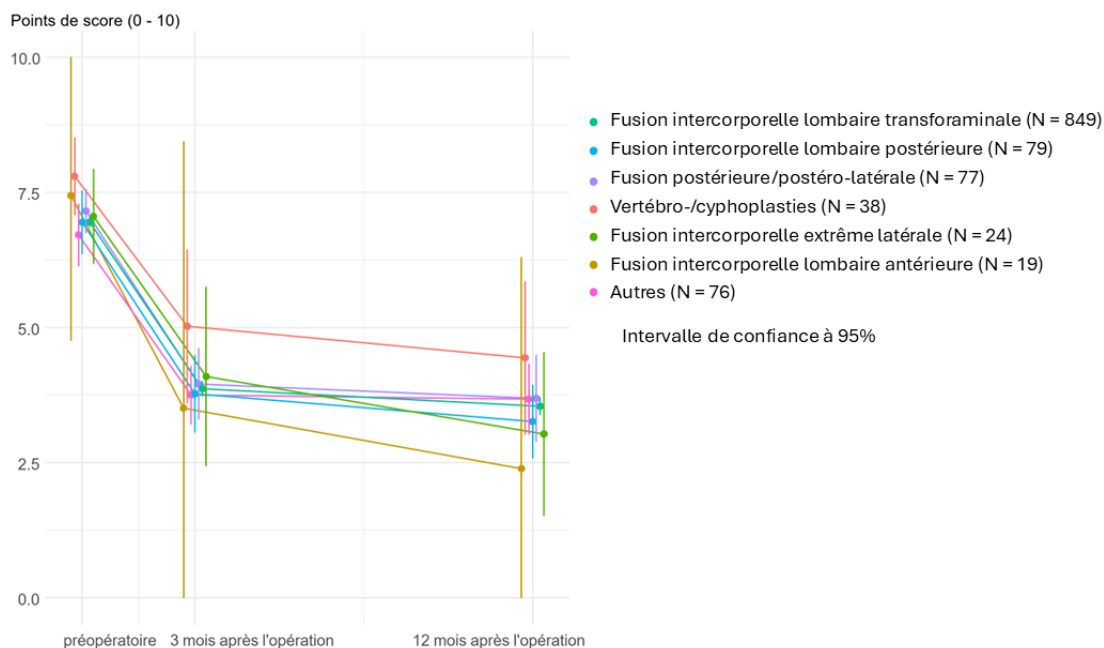


Figure 13 : ePROMs : amélioration du score COMI (fonction) par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. 0 = meilleur score ; 10 = pire score

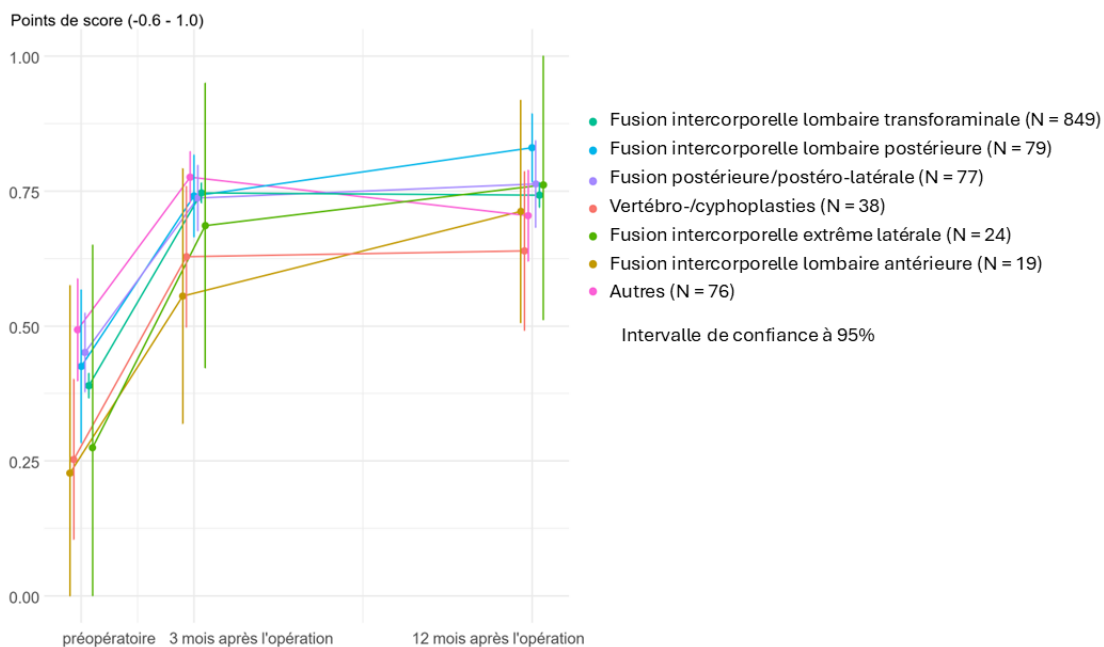


Figure 14 : ePROMs : amélioration du score EuroQol (qualité de vie) par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Points EuroQol : 0 = qualité de vie équivalant à la mort, 1.0 = meilleure qualité de vie possible

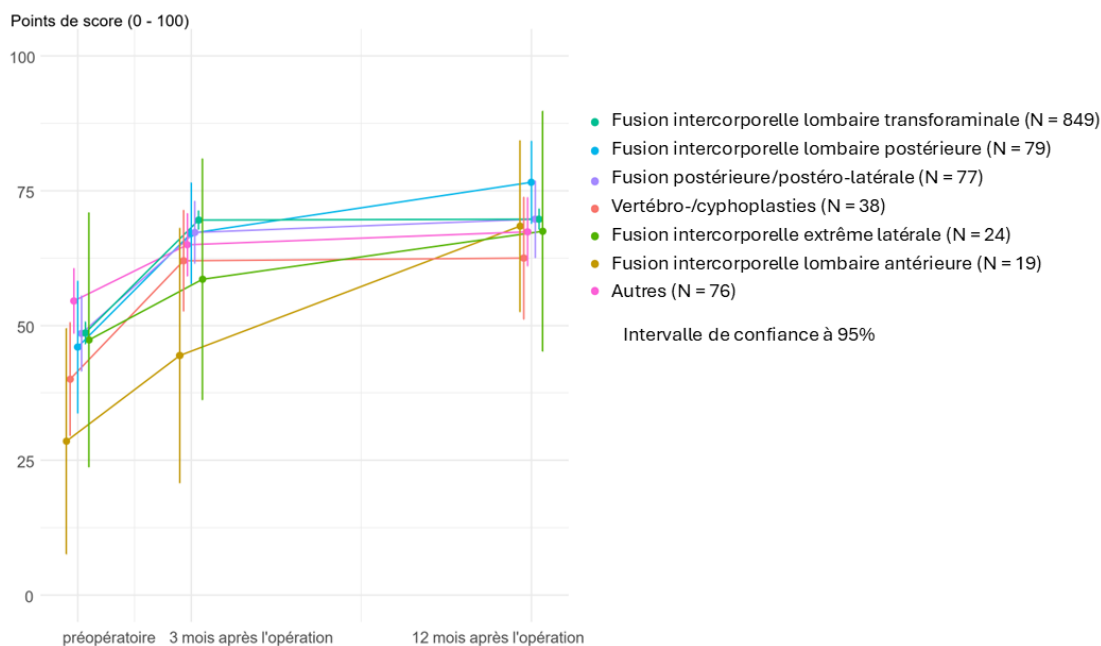


Figure 15 : ePROMs : amélioration de l'échelle visuelle analogique de l'EuroQol (auto-évaluation de l'état de santé) par Type d'opération Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Points sur l'échelle visuelle analogique : 0 = « le pire état de santé que vous puissiez imaginer », 100 = « le meilleur état de santé que vous puissiez imaginer »

Dans l'analyse ajustée des ePROMs (figure 11, figure 12, figure 13, figure 14 et figure 15), il apparaît que les douleurs de dos et de jambes diminuent d'environ la moitié entre la phase préopératoire et la phase postopératoire, quel que soit le type d'intervention, et que le score fonctionnel COMI, la qualité de vie des patient-e-s ainsi que leur état de santé tel qu'ils/elles l'évaluent eux/elles-mêmes s'améliorent d'environ la moitié, voire davantage. Les différences entre les différents types d'intervention en ce qui concerne les résultats des ePROMs sont à peine perceptibles visuellement (cf. les intervalles de confiance qui se chevauchent et qui sont parfois encore larges, par exemple dans la figure 13). Les comparaisons statistiques entre les différents types d'intervention sont prévues pour l'année en cours, dès que le nombre de cas aura encore augmenté et que les données seront plus fiables.

6. IMPLANTS

PART DES IMPLANTS ENREGISTRÉS PAR FABRICANT D'IMPLANTS

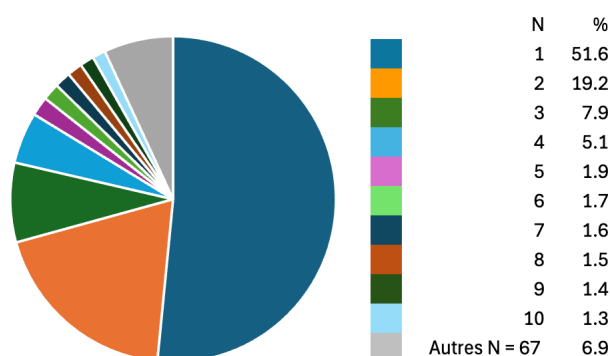


Figure 16 : Part des implants enregistrés par fabricant d'implants anonymisés

Au total, 179'880 implants provenant de 76 fabricants ont été enregistrés entre 2021 et 2025. La part des implants enregistrés par fabricant varie considérablement, mais environ quatre cinquièmes de l'ensemble des implants proviennent de trois fabricants (tableau 2).

TAUX DE RÉOPÉRATION ET DE RÉVISION PAR FABRICANT D'IMPLANTS, CATÉGORIE D'IMPLANTS ET IMPLANT

Si l'on examine les réopérations et révisions liées aux implants (rupture d'implant, migration ou descellement de l'implant, mauvais positionnement de l'implant et défaillance de l'armature de l'implant), on constate qu'un fabricant d'implants (un de plus qu'il y a un an) et cinq implants individuels au total (deux de plus qu'il y a un an) présentent un taux de réopération et de révision significativement plus élevé que la moyenne, tandis qu'aucun fabricant d'implants ni aucun implant (comme il y a un an) ne présente un taux de réopération et de révision significativement plus faible que la moyenne (figure 17 et figure 18)

Par ailleurs, une catégorie d'implants – les implants cimentés – est associée à un nombre de réopérations et de révisions significativement inférieur à la moyenne (figure 19).

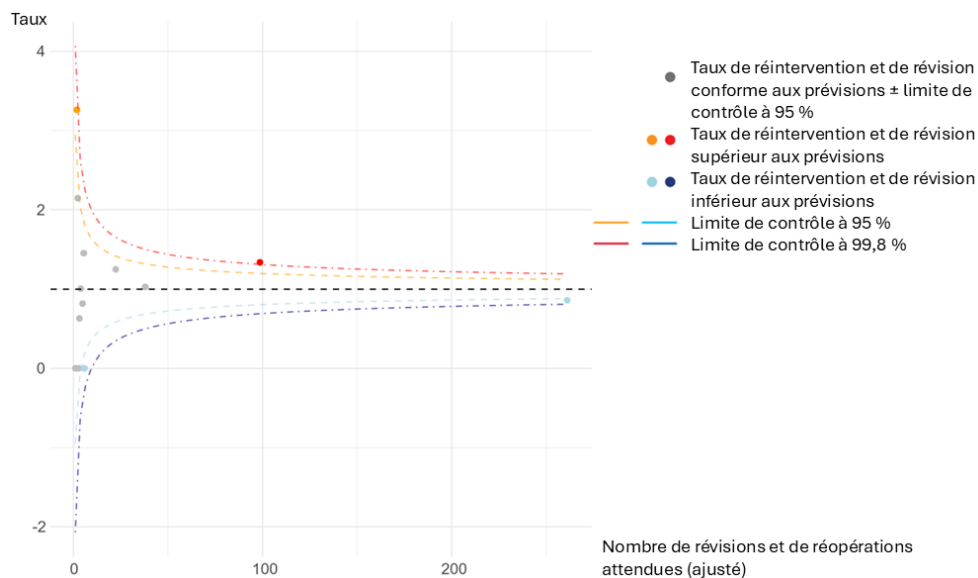


Figure 17 : Taux de réopérations et de révisions par fabricant d'implant, en tenant compte des réopérations et des révisions associées à l'implant, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre de segments traités.

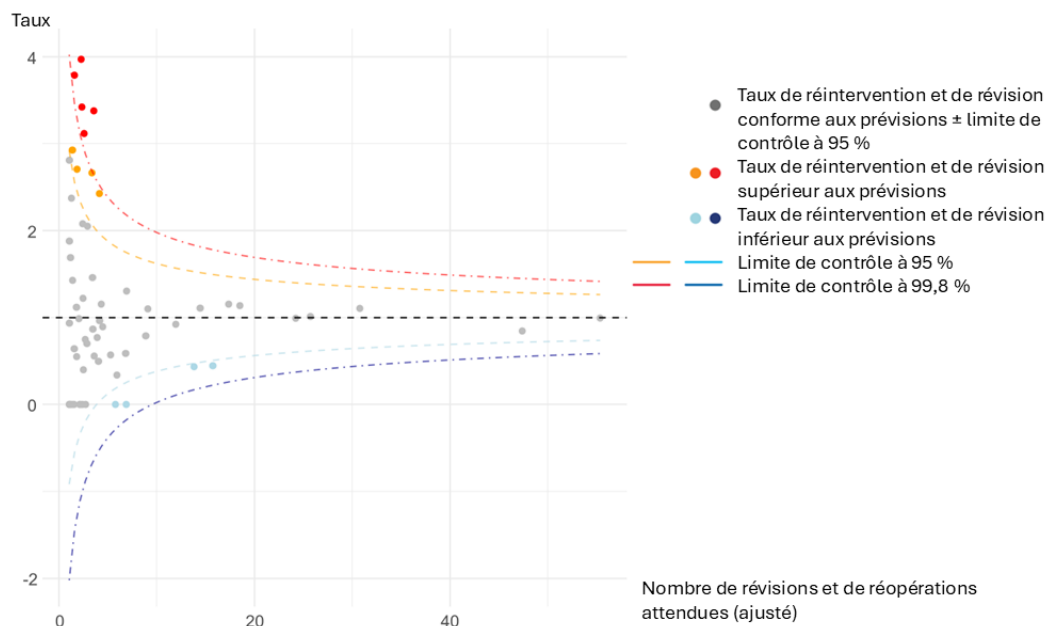


Figure 18 : Taux de réopérations et de révisions par implant, en tenant compte des réopérations et des révisions associées à l'implant, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre de segments traités.

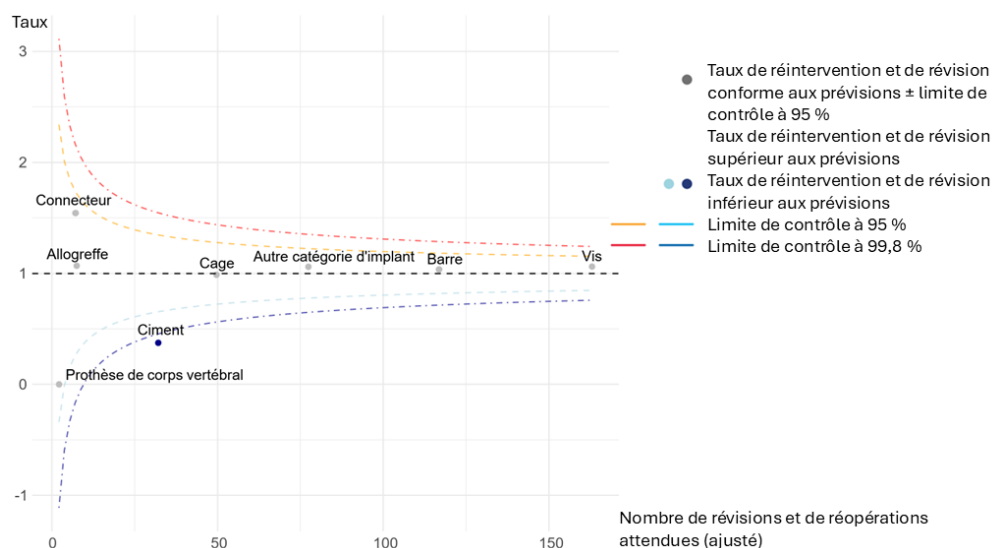


Figure 19 : Taux de réopérations et de révisions par catégorie d'implant, en tenant compte des réopérations et des révisions associées à l'implant, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre de segments traités.

Les taux de réopération et de révision de ces cinq implants font désormais l'objet d'une analyse détaillée. Si ces anomalies se confirment, la prochaine étape consistera à en informer leurs fabricants et à les associer à l'examen des résultats.

7. PERSPECTIVE

7.1 CRITÈRES D'INCLUSION 2025

À partir de 2025, toutes les opérations du rachis lombaire seront soumises à enregistrement si un implant

- a: est nouvellement posé
- b: est et reste in situ ou
- c: est explanté

Ces critères d'inclusion restent inchangés pour l'instant.

7.2 FONCTIONS SUPPLÉMENTAIRES

Outre l'application du registre, l'enregistrement des données par les hôpitaux et les cliniques devrait à l'avenir également être possible via une application mobile. Le développement de

cette application se fera en plusieurs étapes et le lancement de la première version est prévue pour la fin 2026.

7.3 CONCEPT D'ÉVALUATION

Le concept d'évaluation des données SIRIS rachis a été publié à l'automne 2024. Ce concept décrit les évaluations et les rapports prévus ainsi que leur fréquence. Début 2026, le concept sera soumis pour consultation aux parties contractantes de l'ANQ.

7.4 CALCUL DES NOUVEAUX INDICATEURS À PARTIR DE 2027

Avant que les analyses comparatives ne puissent être publiées et interprétées, les données doivent être validées, les métriques testées et les analyses vérifiées. Ces travaux sont prévus pour cette année et les années à venir. D'autres informations détaillées sur ces thèmes seront mises à disposition des hôpitaux et des cliniques en temps voulu.

8. REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les hôpitaux et cliniques (tableau 2) ainsi que leurs collaborateurs pour leur engagement en faveur de la participation et du développement du SIRIS rachis.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Portail des patient-e-s pour les réponses électroniques au questionnaire des patient-e-s (ePROMs).....	8
Figure 2 : Nombre d'interventions par hôpital ou clinique : opérations primaires, réopérations et révisions enregistrées en 2025	11
Figure 3 : Pathologie principale.....	12
Figure 4 : Taux cumulatif de réopération et de révision par groupe d'âge 2021–2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires.....	17
Figure 5 : Taux cumulatif de réopération et de révision par sexe 2021–2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires	17
Figure 6 : Taux cumulatif de réopération et de révision par catégorie d'IMC, 2021–2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires	18
Figure 7 : Taux cumulatif de réopération et de révision par catégorie ASA (American Society of Anaesthesiologists), 2021–2025, N = 29'757, toutes les opérations primaires.....	18
Figure 8 : Taux de lésions de la dure-mère (nombre de lésions dures observées divisé par le nombre de lésions attendues) par hôpital ou clinique, 2021–2025, N = 29'757, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures	20
Figure 9 : Taux cumulatif de réopération et de révision par type d'opération, 2021–2025, N = 29'757, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de la catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures	21
Figure 10 : Taux de participation pour un questionnaire ePROMs préopératoire et au moins un questionnaire ePROMs postopératoire (à 3 ou 12 mois) rempli, par hôpital ou clinique.....	21
Figure 11 : ePROMs : soulagement de la douleur au dos par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Échelle d'évaluation numérique : 0 = aucune douleur ; 10 = douleur intense.....	22
Figure 12 : ePROMs : soulagement de la douleur à la jambe par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Échelle d'évaluation numérique : 0 = aucune douleur ; 10 = douleur intense.....	22
Figure 13 : ePROMs : amélioration du score COMI (fonction) par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. 0 = meilleur score ; 10 = pire score.....	23
Figure 14 : ePROMs : amélioration du score EuroQol (qualité de vie) par Type d'opération, Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Points EuroQol : 0 – qualité de vie équivalant à la mort, 1.0 = meilleure qualité de vie possible.....	23
Figure 15 : ePROMs : amélioration de l'échelle visuelle analogique d'EuroQol (auto-évaluation de l'état de santé) par Type d'opération Ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre d'opérations antérieures. Points sur l'échelle visuelle analogique : 0 = « le pire état de santé que vous puissiez imaginer », 100 = « le meilleur état de santé que vous puissiez imaginer »	24
Figure 16 : Part des implants enregistrés par fabricant d'implants anonymisés	25
Figure 17 : Taux de réopérations et de révisions par fabricant d'implant, en tenant compte des réopérations et des révisions associées à l'implant, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre de segments traités.	26
Figure 18 : Taux de réopérations et de révisions par implant, en tenant compte des réopérations et des révisions associées à l'implant, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre de segments traités.	26
Figure 19 : Taux de réopérations et de révisions par catégorie d'implant, en tenant compte des réopérations et des révisions associées à l'implant, ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du statut fumeur, de l'indice de masse corporelle, de catégorie ASA (American Society of Anesthesiologists) et du nombre de segments traités.	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de patient-e-s selon la période d'intervention et au total.....	14
Tableau 2 : Liste des hôpitaux et cliniques enregistrés	32

9. ANNEXE

9.1 HÔPITAUX ET CLINIQUES IMPLIQUÉS DANS L'ENREGISTREMENT

LISTE DES HÔPITAUX ET CLINIQUES ENREGISTRÉS	
AMEOS, Spital Einsiedeln*	KSA Kantonsspital Aarau AG
Berit Klinik AG	Landesspital Liechtenstein
Bethesda Spital AG	Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Lindenhofgruppe AG, Sonnenhofspital
Clinique CIC Suisse SA, Clinique CIC Montreux SA	Luzerner Kantonsspital LUKS, site de Luzern
Clinique CIC Suisse SA, Clinique CIC Saxon SA	Regionalspital Surselva AG
Clinique de la Source	Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès
Clinique La Prairie	Schulthess Klinik
Ensemble Hospitalier de la Côte EHC, Hôpital de Morges	Centre suisse des paraplégiques
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano - Civico e Italiano	See-Spital, Horgen
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois eHnv, Hôpital de Saint-Loup	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn
Flury Stiftung, Spital Schiers	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten
Gruppo Ospedaliero Moncucco, Clinica Santa Chiara	Solothurner Spitäler AG, Spital Dornach*
GZF Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden	Spital Davos AG*
Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, Klinik Münsterlingen	Spital Emmental AG, Spital Burgdorf
Hirslanden AG, Klinik Hirslanden	Spital Lachen AG
Hirslanden Bern AG, Klinik Permanence*	Spital Männedorf AG*
Hirslanden Bern AG, Salem-Spital	Spital Muri*
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Bois-Cerf*	Spital Nidwalden AG
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	Spital Schwyz
Hirslanden, Andreas Klinik Cham Zug	Spital STS AG, Spital Thun
Hirslanden, Clinique La Colline	Spital Thurgau AG, Kantonsspital Frauenfeld
Hirslanden, Klinik Aarau	Spital Thurgau AG, Kantonsspital Münsterlingen
Hirslanden, Klinik Am Rosenberg	Spital Zofingen AG (SMN)
Hirslanden, Klinik Birshof	Spital Zollikerberg
Hirslanden, Klinik Im Park	Spitäler fmi AG, Spital Interlaken
Hirslanden, Klinik Linde AG	Spitäler Schaffhausen, Kantonsspital
Hirslanden, Klinik St. Anna	Spitalzentrum Biel AG

Hirslanden, Klinik Stephanshorn AG	SRO AG - Spital Region Oberraargau
HOCH Health Ostschweiz, Kantonsspital St. Gallen	Stadtspital Zürich Triemli
Hôpital de La Tour	Swiss Medical Network SA, Clinica Ars Medica
Hôpital du Valais - Spital Wallis CHVR, Hôpital de Sion	Swiss Medical Network SA, Clinique de Genolier
Hôpital du Valais - Spital Wallis SZO, Spital Brig	Swiss Medical Network SA, Clinique de Montchoisi*
Hôpital fribourgeois - freiburger spital, HFR Fribourg - Hôpital cantonal - Kantonsspital	Swiss Medical Network SA, Clinique de Valère
Hôpital Riviera-Chablais HRC Vaud-Valais, Centre hospitalier de Rennaz	Swiss Medical Network SA, Clinique Générale Ste-Anne
Hôpitaux universitaires Genève HUG	Swiss Medical Network SA, Clinique Générale-Beaulieu
Insel Gruppe AG, Inselspital, Hôpital universitaire de Berne	Swiss Medical Network SA, Hôpital de la Providence
Insel Gruppe AG, Spital Aarberg	Swiss Medical Network SA, Privatklinik Belair
Kantonsspital Baden AG	Swiss Medical Network SA, Privatklinik Bethanien
Kantonsspital Baselland, site de Bruderholz	Swiss Medical Network SA, Privatklinik Lindberg
Kantonsspital Glarus AG*	Swiss Medical Network SA, Privatklinik Siloah
Hôpital cantonal des Grisons	Swiss Medical Network SA, Réseau de l'Arc SA, Clinique Montbrillant*
Kantonsspital Uri	Universitätsklinik Balgrist
Kantonsspital Winterthur	Universitätsspital Basel*
Klinik Gut AG, site de Fläsch*	Hôpital universitaire de Zurich USZ
Klinik Gut AG, site de Ar. Moritz	Zuger Kantonsspital AG*

Tableau 2 : Liste des hôpitaux et cliniques enregistrés

Légende : * - aucune opération de 2025 enregistrée.

IMPRESSUM

Titre et sous-titre	Registre des implants SIRIS Rachis. Rapport descriptif 2026. Chirurgie rachidienne 2021-2024 et 2025
Année	2026
Auteurs	PD Dr méd. Emin Aghayev M.Sc., EUROSPINE, avec la participation des membres du Advisory Board SIRIS Spine : PD Dr méd. Thorsten Jentzsch M.Sc., médecin en chef et directeur du site UWZH Kantonsspital Schaffhausen, Universitätsklinik Balgrist, Zurich ; swiss orthopaedics PD Dr méd. David Bellut, médecin en chef et directeur-adjoint de la Klinik für Neurochirurgie, Universitätsspital Zürich ; Société Suisse de Neurochirurgie ainsi que la Société chirurgie du rachis PD Dr méd. Daniel Haschtmann, médecin en chef du service de chirurgie du rachis, d'orthopédie et de neurochirurgie, Schulthess Klinik, Zurich ; swiss orthopaedics Prof Dr méd. Ralph Schär, médecin en chef, Service universitaire de neurochirurgie, Hôpital universitaire de Berne ; Société Suisse de Neurochirurgie
Contact-Adresse de correspondance	Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants SIRIS – SIRIS, c/o CORE Treuhand AG, Eigerstrasse 60, 3007 Berne Tél. : +41 79 782 48 62 ; e-mail : info@siris-implant.ch
Mandataire ANQ	Olivier Pahud Responsable médecine Soins aigus de l'ANQ E-mail : olivier.pahud@anq.ch / akutsoamitk@anq.ch Tél. +41 31 511 38 53
Copyright	ANQ / Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants – SIRIS
Mention bibliographique	SIRIS & ANQ (2026). Registre des implants SIRIS Rachis. Rapport descriptif 2026. Chirurgie rachidienne 2021-2024 et 2025. Berne : Fondation pour l'assurance de qualité en médecine des implants – SIRIS et ANQ.