

Société Scientifique de Médecine Générale
S.S.M.G.

Recommandations
de
Bonne pratique

Les Lombalgies communes

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------|
| 1. AVANT-PROPOS : | 98 |
| 2. INTRODUCTION : | 99 |
| 2.1. OBJECTIFS :..... | 99 |
| 2.2. DÉFINITION : | 99 |
| 2.3. LIMITES DU SUJET : | 99 |
| 2.4. DÉVELOPPEMENT : | 99 |
| 2.5. EPIDÉMIOLOGIE : | 100 |
| 3. LIGNES DE CONDUITE DIAGNOSTIQUE : | 100 |
| 3.1. ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE : | 100 |
| 3.1.1. <i>Premier objectif : s'assurer que les douleurs sont bien d'origine rachidienne :</i> | 101 |
| 3.1.2. <i>Second objectif : exclure une cause rachidienne spécifique :</i> | 101 |
| 3.1.3. <i>Troisième objectif : exclure une compression radiculaire</i> | 102 |
| 3.1.4. <i>Quatrième objectif : examiner le rachis et la région lombaire :</i> | 103 |
| 3.1.5. <i>Cinquième objectif : évaluer la situation psychosociale et les facteurs de risque vers la chronicité</i> | 105 |
| 3.2. IMAGERIE MÉDICALE : | 106 |
| 3.2.1. <i>La radiographie standard :</i> | 106 |
| 3.2.2. <i>La scintigraphie osseuse :</i> | 107 |
| 3.2.3. <i>La résonance magnétique nucléaire (RMN) ou la tomodensitométrie computerisée (TDM – CT Scan) :</i> | 107 |
| 3.3. BIOLOGIE CLINIQUE : | 107 |
| 4. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE : | 108 |
| 4.1. OBJECTIF : | 108 |
| 4.2. L'INFORMATION AU PATIENT : | 108 |
| 4.3. MOYENS THÉRAPEUTIQUES : | 109 |
| 4.3.1. <i>Le traitement médicamenteux :</i> | 109 |
| 4.3.1.1. <i>Analgésiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :</i> | 109 |
| 4.3.1.2. <i>Myorelaxants:</i> | 109 |
| 4.3.1.3. <i>Opioides forts :</i> | 109 |
| 4.3.1.4. <i>Antidépresseurs :</i> | 110 |
| 4.3.2. <i>Le repos et la reprise des activités.</i> | 111 |
| 4.3.3. <i>L'éducation du patient.</i> | 111 |
| 4.3.4. <i>Les manipulations vertébrales :</i> | 113 |
| 4.3.5. <i>L'exercice physique et la gymnastique lombaire :</i> | 113 |
| 4.3.6. <i>Kinésithérapie – physiothérapie :</i> | 114 |
| 4.3.7. <i>Traction lombaire :</i> | 115 |
| 4.3.8. <i>Acupuncture :</i> | 115 |
| 4.3.9. <i>L'école du dos :</i> | 115 |
| 4.3.10. <i>Les infiltrations :</i> | 115 |
| 4.3.10.1. <i>Les infiltrations péridurales de corticoïdes (avec ou sans anesthésiant local) :</i> | 115 |
| 4.3.10.2. <i>Les infiltrations des articulaires postérieures ou facettes :</i> | 116 |
| 4.3.11. <i>Le corset lombaire :</i> | 116 |
| 4.3.12. <i>Semelles et talonnettes :</i> | 116 |
| 4.3.13. <i>Thérapie comportementale</i> | 116 |
| 5. BIBLIOGRAPHIE: | 118 |
| 6. SYNTHÈSE : | 121 |
| DIAGNOSTIC..... | 121 |
| THÉRAPEUTIQUE..... | 122 |
| 7. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ DE LA RECOMMANDATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE : | 123 |
| 7.1. RÉACTIONS FACES AUX LIGNES DE CONDUITE DIAGNOSTIQUE : | 123 |

| | |
|---|------------|
| 7.1.2. Réactions face aux recommandations concernant la radiographie :..... | 123 |
| 7.1.3 Réactions face aux autres examens diagnostiques : scintigraphie osseuse - CT scan - IRM - Biologie | 124 |
| 7.2 RÉACTIONS FACE À LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE : | 124 |
| 7.2.1. L'information au patient :..... | 124 |
| 7.2.1. Le traitement médicamenteux : | 124 |
| 7.2.3. Le repos et les reprises des activités : | 124 |
| 7.2.4. Instructions concernant l'économie du rachis :..... | 125 |
| 7.2.5. Les manipulations vertébrales : | 125 |
| 7.2.6. Exercices d'endurance :..... | 125 |
| 7.2.7. Kinésithérapie et physiothérapie : | 125 |
| 7.2.8. Ecole du Dos :..... | 126 |
| 7.3. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX CONCERNANT LA FAISABILITÉ DE CETTE RECOMMANDATION : | 126 |
| 8. RÉDACTION. EDITION :..... | 127 |
| 9. COMMANDITAIRE :..... | 127 |

1. AVANT-PROPOS :

Un peu partout dans le monde se développent des recommandations de bonne pratique visant à améliorer la qualité des soins, à réduire le recours à des interventions inutiles, inefficaces voire nuisibles, à optimiser les thérapeutiques avec un maximum de chance de bénéfice et avec un minimum de risque de nuisance, le tout à un coût acceptable. Des études récentes ont montré que l'adoption de recommandations de bonne pratique pouvait changer et améliorer la santé. Elles ne représentent cependant qu'un seul des éléments contribuant à une bonne décision médicale, laquelle tient également compte des préférences et des valeurs exprimées par les patients, des valeurs et expériences liées aux cliniciens ainsi que des moyens financiers disponibles.

La portée de recommandations de bonne pratique devrait pouvoir se mesurer en termes de modification d'un taux de survie ou de paramètres qualifiant la qualité de vie.

Une recommandation ou un "guideline" propose une ligne de conduite basée soit sur de longues études randomisées établissant un niveau d'évidence scientifique (Evidence based Medicine), soit sur un accord professionnel fort. Chaque RBP repose sur la meilleure évidence scientifique disponible au moment de sa rédaction.

Nous nous référons dans nos RBP sur une échelle basée sur 3 niveaux de preuve, marqués par ordre décroissant d'importance par les trois premières lettres de l'alphabet :

Evidence Based Medicine : niveaux de preuves adoptés par la SSMG :

Niveau A

- étude(s) randomisée(s), contrôlée(s), celles qui correspondent aux RCT (randomised controlled trials)
- méta-analyse(s)
- revue(s) systématique(s) de la littérature

Niveau B

- conférences de consensus
- guides de pratique
- études autres que RCT

Niveau C

- opinion(s) d'experts

Il est dès lors possible que ces recommandations impliquent de la part du médecin une remise en question de certaines de ses pratiques dont l'efficacité n'a pas été prouvée scientifiquement, sans qu'il doive pour cela s'en offusquer. Que le médecin soit réceptif, une nouvelle réflexion est toujours source d'enrichissement et ce n'est que lentement qu'elle fera son chemin.

Il va de soi que le médecin demeure seul face à son patient, impliqué dans une relation privilégiée et enfermé dans un dialogue singulier. Il lui appartient dès lors de décider, en harmonie avec son patient, de l'attitude la plus adéquate à adopter. Il est justifié que cette attitude puisse différer d'un patient à l'autre, qu'elle soit adaptée en fonction de la personne à soigner.

2. INTRODUCTION :

2.1. Objectifs :

Cette recommandation de bonne pratique (R.B.P.) donne des lignes de conduite pour le diagnostic et la gestion des lombalgies communes ou aspécifiques. (25)

2.2. Définition :

Sous le vocable "lombalgies communes" est entendu "douleurs localisées en dessous des omoplates et au-dessus des plis fessiers, sans cause spécifique démontrable comme un traumatisme, une tumeur, une maladie inflammatoire ou infectieuse, ou un syndrome radiculaire".

2.3. Limites du sujet :

La prise en charge des lombalgies spécifiques sort du cadre de ce travail en ce y compris la hernie discale avec compression radiculaire qui constitue une autre entité clinique. Toutefois, il est important de les reconnaître et cette démarche sera développée.

2.4. Développement :

Cette recommandation s'est inspirée de grandes études randomisées en double aveugle récentes (RCT's), de méta-analyses, d'avis d'experts et de différents "guidelines" étrangers existants :

- Les Canadiens de Quebec Task Force (1987). (31)
- Les Américains de l'Agency for Health Care Policy and Research (A.H.C.P.R.) (1994). (15)
- Les Hollandais de la N.H.G. (1996). (25)
- Les Anglais du Royal College of General Practitioners (R.C.G.P.), en collaboration avec :
 - la Chartered Society of Physiotherapy
 - l'Osteopathic Association of Great-Britain
 - la British Chiropractic Association
 - la National Back Pain Association (1996). (32)

Ces derniers ont réalisé une revue systématique de toute la littérature concernant le sujet, éditée depuis les guidelines de l'A.H.C.P.R., à savoir de janvier 93 à avril 96.

- Les Néo-Zélandais du New-Zealand Guidelines Group (1998). (57)
- **Les Français de l'ANAES (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé) viennent également de publier leurs recommandations en 2000 (63). Tant pour l'évaluation initiale que pour l'interrogatoire et l'examen clinique que pour les examens complémentaires et le traitement, ils reprennent les éléments essentiels et les grands principes des recommandations existantes (mise à jour 18/02/01)**

Avant publication, cette recommandation a été soumise à deux experts et à 32 médecins généralistes qui ont formulé leurs propres remarques quant à l'acceptabilité et la faisabilité en médecine générale.

2.5. Epidémiologie :

Les lombalgies communes représentent plus de 95 % du total des lombalgies. (25)(26)

Elles sont très fréquentes dans les pays industrialisés : elles obtiennent le 2^{ème} rang des motifs de consultation médicale et le 1^{er} rang, avant 45 ans, dans les causes d'invalidités induites. (7)(26)

En France, 60 à 90 % des adultes souffrent ou ont souffert de leur dos ; l'incidence annuelle dans la population adulte est estimée entre 5 et 10 % (22) (25) (26).

La lombalgie a des conséquences socio-économiques importantes en termes de frais médicaux et de source d'absentéisme et d'incapacité de travail (25) et l'essentiel de ce poids socio-économique est porté par les rares malades d'évolution chronique (26). Il est dès lors capital d'identifier précocement les malades à risque et de tenter de prévenir, à tout prix, cette évolution chronique. (57)

Il faut agir vite car les chances de reprise d'une activité professionnelle diminuent rapidement avec la durée de l'arrêt de travail :

| | |
|--|--------------------------------------|
| – 50 % après 6 mois d'arrêt | – 10 % après 3 mois d'arrêt |
| – 30 % après 1 an | – 1 % après 1 an |
| – pratiquement nul après 2 ans d'après Valat en France (26) | D'après le Québec Task Force (31) |

3. LIGNES DE CONDUITE DIAGNOSTIQUE :

3.1. Anamnèse et examen clinique :

L'essentiel de notre démarche initiale face à un patient lombalgique consiste à poser le diagnostic de lombalgie commune en excluant d'une part toute lésion viscérale, traumatique, tumorale, infectieuse, inflammatoire ou métabolique (= lombalgies spécifiques) et d'autre part une lombalgie avec compression radiculaire (lombosciatique). (EBM niveau B)

Devant tout patient qui consulte pour une lombalgie, une anamnèse et un examen clinique complet en ce y compris un examen abdominal et neurologique des membres inférieurs s'imposent. De même pour le toucher rectal et l'examen gynécologique lorsque cela semble indiqué.

Quels en sont les objectifs ? (EBM niveau B)

- 1°) s'assurer que les douleurs sont bien d'origine rachidienne
- 2°) rechercher une cause spécifique ou une affection grave sous-jacente à la lombalgie
- 3°) exclure une compression radiculaire
- 4°) examiner le rachis afin de pouvoir suivre l'évolution et l'effet du traitement
- 5°) évaluer la situation psychosociale et les facteurs de risque vers la chronicité.

3.1.1. Premier objectif : s'assurer que les douleurs sont bien d'origine rachidienne :

Exclure une cause extra-rachidienne, notamment :

- Les affections de l'arbre urinaire :
 - pyélonéphrite
 - hydronéphrose
 - colique néphrétique
- les affections de la sphère gynécologique
 - fibrome utérin
 - endométriose
 - affection pelvienne
- les affections de la sphère digestive
 - ulcus perforé
 - pancréatite
- l'anévrisme de l'aorte abdominale
- un zona
- ...

Confirmer que la douleur a bien un caractère mécanique : une notion d'effort physique est souvent présente et il existe une variabilité de la douleur selon les mouvements du rachis.

3.1.2. Second objectif : exclure une cause rachidienne spécifique :

L'essentiel de la démarche clinique consiste à rechercher une affection grave sous-jacente à la lombalgie. (15)(26)(32)(57)

Des signaux d'alarme sont appelés "Red Flags" par l'A.H.C.P.R. et repris par les autres auteurs. Ils sont en faveur : (EBM niveau B)

1°) d'une tumeur, d'une discite infectieuse ou d'une pathologie inflammatoire :

- âge supérieur à 50 ans, surtout si le patient n'a jamais souffert du dos précédemment, ou inférieur à 20 ans
- antécédents personnels de pathologie tumorale
- perte de poids inexplicquée
- accès récent de fièvre ou de frissons
- présence d'adénopathies suspectes
- augmentation des douleurs en décubitus dorsal ou une douleur tout aussi vive au repos qu'au cours des périodes d'activité
- douleur nocturne intense
- infection urinaire récente ou toute autre infection bactérienne
- injection intraveineuse ou tout autre acte médical comportant une voie d'entrée
- immunodéficience

Un expert nous signale que dans le contexte actuel d'immigration de populations ayant vécu dans des conditions socio-économiques très défavorisées, il est utile de penser à un mal de Pott.

2°) d'une fracture ou d'un tassement ostéoporotique :

- âge supérieur à 70 ans
- traumatisme majeur ou même mineur
- grosses difficultés à soulever quoi que ce soit chez une personne âgée ou à risque d'ostéoporose
- usage prolongé de corticoïdes
- ostéoporose connue

3°) d'une compression de la queue de cheval :

- Apparition récente d'une dysfonction vésicale : rétention, pollakiurie ou incontinence par regorgement
- troubles du sphincter anal
- hypoesthésie en selle
- apparition d'un trouble moteur des membres inférieurs

A côté de ces "Red Flags" décrits par l'A.H.C.P.R., quelques éléments anamnestiques et cliniques complémentaires peuvent orienter vers : (EBM niveau C)

1°) une pelvispondylite rhumatismale ou un syndrome de Reiter :

- lombalgie de plus de 6 semaines chez un homme de moins de 35 ans
- antécédents d'iritis, conjonctivite, urétrite, arthrite périphérique, iléite, psoriasis
- efficacité particulièrement bonne des AINS sur la douleur (25)
- limitation de la mobilité de la colonne dans toutes les directions (26)
- limitation de l'ampliation thoracique

2°) une fracture ostéoporotique :

- antécédents de gastrectomie ou d'ovariectomie
- irradiation de la douleur en ceinture
- douleur apparue subitement lors d'un simple mouvement de flexion du tronc, en sortant du lit ou en portant une charge légère
- Localisation préférentielle à la charnière dorsolombaire (25) avec toutefois, souvent dans ce cas, une douleur décrite en lombaire basse.

3°) une sténose lombaire :

- âge habituellement supérieur à 60 ans
- douleur dans le ou les membres inférieurs limitant le périmètre de marche
- soulagement par la position accroupie ou assise ou penchée en avant

3.1.3. Troisième objectif : exclure une compression radiculaire

La description du trajet douloureux de la sciatalgie est l'élément essentiel avec une irradiation allant au moins jusqu'au genou et souvent au-delà. (25)

Une lombalgie commune s'accompagne, dans un petit nombre de cas, de douleurs dans un ou deux membres inférieur(s) sans que l'on puisse parler de syndrome radiculaire : Il s'agit de pseudoradiculalgies par irritation des articulations inter-apophysaires postérieures et de la branche postérieure des nerfs rachidiens qui les innervent. Dans ce cas, l'irradiation ne descend pas plus bas que le genou.

Le diagnostic peut être posé par la manœuvre de Lasèque. (EBM niveau B)

La manœuvre de Lasègue homo latérale ou classique recherche le déclenchement d'une douleur radriculaire lors de la flexion passive de la cuisse sur le bassin du côté de la douleur, genou tendu, chez un patient en décubitus dorsal strict. Elle est considérée comme positive si cette douleur se déclenche lorsque le membre inférieur fait un angle égal ou inférieur à 60 degrés avec le plan du lit. Elle est retrouvée dans 89 à 95 % des cas en présence d'une hernie discale avec compression radriculaire. Sa sensibilité est grande [0,88 à 1,0] mais sa spécificité est faible [0,11 à 0,44]. (21)(28)(29)

La manœuvre de Lasègue hétéro latérale ou croisée consiste à effectuer la même flexion de la cuisse du côté qui ne souffre pas. Dans ce cas, elle est considérée comme positive lorsqu'elle entraîne la reproduction de la douleur du côté qui souffre. Sa spécificité est grande [0,86 à 0,95] mais sa sensibilité est faible [0,13 à 0,44]. (21)

L'association de ces deux tests amène un diagnostic plus précis. (17)(21)

L'angle du test de Lasègue doit être noté : il constitue un argument évolutif (29).

Des signes moteurs de parésie, une amyotrophie, une hypo- ou aréflexie ainsi qu'une augmentation de la douleur à la toux, l'éternuement et la défécation confirment le syndrome radriculaire.

3.1.4. Quatrième objectif : examiner le rachis et la région lombaire :

Après l'anamnèse, l'examen physique général et l'examen neurologique, l'examen de la région lombaire proprement dite permettra essentiellement de suivre l'évolution de l'effet du traitement. (17)

Cet examen comprend :

- L'inspection des déformations anatomiques : scoliose, cyphose, lordose, attitudes antalgiques, contractures musculaires
- L'amplitude des mouvements : parmi ceux-ci, la flexion antérieure est le mouvement le plus souvent limité et le degré de limitation est reproductible de manière fiable (17) (indice de Schöber, distance doigts-sol).

Définition : Indice de Schöber. (Tirée du B.O.B.I.)

L'indice de Schöber permet d'objectiver le déplissement de la colonne lombo-sacrée. On trace un premier trait horizontal sur l'apophyse épineuse de L5 et un second 10 centimètres plus haut. Lors de la flexion du tronc en avant, l'écart entre les 2 traits s'accroît. Cet accroissement est normalement de 4 à 5 centimètres.

A propos des autres éléments cliniques susceptibles d'être examinés chez un patient souffrant de lombalgies, notons :

- La sensibilité à la pression-percussion vertébrale comme signe de cancer vertébral a été testée dans plusieurs études avec des résultats de sensibilité et de spécificité insuffisants que pour affirmer avec précision ce diagnostic. (21)
- La sensibilité à la palpation de points vertébraux, lorsqu'elle est associée à d'autres signes ou symptômes (cfr. red flags), peut être suggestive mais non spécifique de fracture vertébrale ou d'infection. La sensibilité à la palpation des tissus mous est, par elle-même, une observation encore moins spécifique ou fiable. (15)
- Des déviations dans la position du bassin ou de la colonne vertébrale, une faible scoliose, des pieds plats ou une différence de longueur des membres inférieurs de moins de 2 cm n'ont pas d'influence sur l'apparition ou l'évolution des lombalgies. (25)
- La maladie de Scheuermann est une affection de la croissance de la colonne vertébrale chez les jeunes de 10 à 18 ans qui peut conduire à une cyphose dorsale. Une cyphose sérieuse pourrait, à un âge avancé, conduire à une lombalgie par suite de l'hyperlordose

lombaire compensatrice. En elle-même la maladie de Scheuermann à l'âge adulte est rarement ou jamais la cause de la lombalgie. (25)

- La cause de la lombalgie peut se situer dans n'importe quelle structure anatomique rachidienne ou para-rachidienne. Une affection d'une structure considérée est ou non démontrable ou présente également chez les personnes sans lombalgie. En général, on n'est pas en mesure de distinguer les différents diagnostics de manière fiable et il n'est pas davantage démontré que ces sous-catégories de lombalgies aspécifiques auraient un pronostic différent ou réagissent mieux à une thérapeutique spécifique. Jusqu'à présent, il n'a pas paru possible de subdiviser les lombalgies aspécifiques selon la structure affectée de façon certaine. Une telle subdivision n'a pas de répercussion thérapeutique. (25) (EBM niveau B)
- Il peut s'avérer utile toutefois pour le praticien de pouvoir dissocier les lombalgies d'origine facettaire (facet-syndrome) des lombalgies discales, et ce dans un but d'orientation thérapeutique : il est en effet logique de prétendre que les infiltrations de l'articulation des apophyses articulaires postérieures (cfr. 5.3.10) n'apporteront un réel soulagement que si la lombalgie est plutôt d'origine facettaire que discale.

Il en est de même probablement en ce qui concerne l'efficacité des manipulations vertébrales (cfr. 5.3.4).

Une telle distinction pourrait donc aider à sélectionner les patients susceptibles de répondre à ces deux thérapeutiques. Elle n'est valable qu'en cas de lombalgie aiguë. Dans les lombalgies chroniques, il est certain que le disque aussi bien que les articulaires postérieures jouent un rôle et qu'il existe une interaction entre ces deux structures.

Ce diagnostic différentiel reste difficile mais il existe certains éléments d'orientation qui sont repris dans le tableau ci-dessous : (EBM niveau C.)

| DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES LOMBALGIES FACETTAIRES ET DISCALES | |
|---|---|
| <u>Lombalgies FACETTAIRES</u> | <u>Lombalgies DISCALES</u> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Episode douloureux souvent de durée plus brève - Impotence fonctionnelle modérée - Douleurs unilatérales localisées en para-vertébral ; parfois irradiation de type pseudo-radiculaire - Douleurs plus marquées par l'hyperextension lombaire qui surcharge les articulations postérieures et réduit les dimensions du canal lombaire - A l'inspection : hyperlordose lombaire et relâchement de la sangle abdominale - Examen dynamique : indice de Schöber souvent normal ; souvent arc douloureux à la flexion lombaire | <ul style="list-style-type: none"> - Episode douloureux souvent de durée plus longue - Plus invalidantes avec handicap dans la vie quotidienne - Douleurs médianes plus diffuses ; possibilité d'irradiation de topographie radiculaire - Douleurs plus marquées par la flexion antérieure du tronc qui augmente les contraintes discales. Douleurs augmentées par les manœuvres de Valsalva - Attitude scoliotique antalgique ; effacement de la lordose lombaire physiologique - Déviation latérale du tronc lors de la flexion antérieure ou flexion antérieure du tronc arrêtée par la douleur - Indice de Schöber ≤ 10-12 |

3.1.5. Cinquième objectif : évaluer la situation psychosociale et les facteurs de risque vers la chronicité

Il existe actuellement un grand nombre de données concernant les facteurs psychosociaux dans la lombalgie chronique. Plusieurs études récentes de cohortes, prospectives, montrent que les facteurs psychosociaux sont importants à un stade plus précoce qu'admis antérieurement et qu'ils influencent la réponse du patient au traitement ainsi que sa revalidation. (35)(40)(48) (EBM niveau A)

Il existe également un certain nombre d'études de cohortes, prospectives, qui identifient les facteurs de risque d'évolution vers la chronicité. (35)(40)(54)

Parmi ces facteurs de risque, on retrouve : (EBM niveau B)

1°) certaines caractéristiques cliniques : (56)(26)(32)

- un passé de lombalgies
- une douleur irradiant dans un membre
- des signes d'atteinte radiculaire (test de Lasègue positif)
- une mauvaise condition physique
- une durée d'évolution de l'épisode initial anormalement longue

2°) de nombreuses situations professionnelles ou psychosociales :

- les facteurs professionnels sont parmi les plus importants :
 - travaux pénibles et inadaptation physique aux contraintes professionnelles
 - faible qualification
 - mauvaises conditions de travail
 - insatisfaction au travail
- les facteurs socio-économiques :
 - bas niveau d'éducation
 - bas niveau de ressources
 - difficultés personnelles (financières, alcool)
 - difficultés familiales (divorce, veuvage)
- les facteurs médico-légaux :
 - prise en charge au titre d'accident de travail
 - litige avec les organismes sociaux ou tiers
- les facteurs psychologiques :
 - angoisse de la douleur
 - détresse psychologique et terrain dépressif
 - certaines stratégies comportementales (recherche de bénéfices secondaires)
 - certaines attitudes et croyances personnelles ou familiales concernant la lombalgie

La conclusion des auteurs est que les données psychosociales et professionnelles sont des facteurs de risque plus importants pour l'évolution vers la chronicité que les signes et symptômes biomédicaux de l'affection. (26)(35)(40)(54)(33) (EBM niveau B)

L'identification d'un ou plusieurs de ces facteurs de risque est importante afin de prévenir aussi rapidement que possible cette évolution vers la chronicité (cf. épidémiologie) et d'adapter d'emblée la prise en charge du patient.

3.2. Imagerie médicale :

La clinique constitue, comme il vient d'être dit, l'élément capital de la stratégie diagnostique, de l'évaluation de la gravité et du suivi de l'évolution.

Les examens d'imagerie médicale ne doivent ni ne peuvent se substituer à l'évaluation clinique, seule capable d'apprécier en particulier le handicap procuré par la lombalgie (29).

Quelle est la place de l'imagerie dans le bilan d'une lombalgie ?

3.2.1. La radiographie standard :

En l'absence de "Red Flags" à l'examen clinique, la radiographie standard de la colonne n'est pas recommandée chez un patient lombalgique avant un mois d'évolution non favorable. (15)(17)(25)(32)(57) (EBM niveau B)

Après avoir bien interrogé et examiné le patient, il est important de lui faire savoir que, si aucun signe de pathologie sérieuse n'est découvert, aucune investigation complémentaire ne sera nécessaire. (57)

Donc, une fois le diagnostic de lombalgie commune posé par la clinique, un diagnostic radiologique n'a plus de sens. (25)

L'Américain Hadler a insinué que l'utilisation de la radiographie dans la lombalgie commune peut avoir un effet inverse en ce sens qu'elle peut encourager l'idée du patient que sa lombalgie est un problème médical sérieux. (24)

En Belgique, l'étude de Szpalski, en 1995, sur 2.660 lombalgiques révèle que 44 % ont eu une radiographie de leur colonne. Cette valeur rejoint celle des autres rapports où 10 à 50 % des lombalgiques se sont fait radiographier. Pour lui, cette haute proportion montre la nécessité de continuer l'éducation des médecins concernant l'utilité limitée de la radiographie dans la lombalgie aiguë commune. (7)

Quels arguments motivent ces recommandations ?

- Il existe une faible corrélation entre les anomalies radiographiques et les symptômes cliniques (17) (32).
- La prévalence d'une anomalie radiographique comme une lésion facettaire, une dégénérescence discale, une spondylolyse, une spina bifida est similaire chez les patients avec et sans lombalgie (17).
- Il est rare de découvrir, sur de simples radiographies, un élément qui affectera réellement le traitement (15).
- Environ 90 % des patients souffrant d'une lombalgie aiguë guériront spontanément endéans le 1^{er} mois (15).
- Hormis le tassement ostéoporotique, la lombalgie est généralement due à des conditions qui ne peuvent pas être diagnostiquées à la RX standard. En ce qui concerne les troubles neurologiques (syndrome de la queue de cheval, sténose lombaire,...), la hernie discale et une spondylodiscite au stade précoce, une radiographie standard étiquetée normale peut être une fausse assurance. (32)

Il est bien entendu que :

- Si la clinique, par la présence de "Red Flags", suspecte l'existence d'une fracture, d'un processus tumoral, infectieux ou inflammatoire, la radiographie pourra être proposée d'emblée, tout en précisant qu'une affection peut y être signalée mais pas exclue. Il en est de même en cas de radiculopathie. (EBM niveau B)
- Il ne faut pas rester un mois sans revoir le patient : il est important de lui dire de reconsulter si l'amélioration n'était pas progressive ou si un élément nouveau apparaissait. Dans ce cas, la même démarche diagnostique est à nouveau réalisée afin d'évaluer si l'attitude adoptée est maintenue ou non. (EBM niveau C)

- mise à jour 18/02/01
Jusqu'à ce jour, seuls les Français de l'ANAES (63) adoptent une recommandation différente vis à vis de l'imagerie : "En dehors des signes d'alerte, il n'y a pas lieu de demander d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (manipulations, infiltrations) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique". Ils rajoutent toutefois : "Par accord professionnel, l'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai". Par ailleurs, leur groupe de travail recommande "qu'une évaluation de l'intérêt de la radiographie standard pour identifier une cause non commune de lombalgie soit réalisée".

3.2.2. La scintigraphie osseuse :

La scintigraphie osseuse est indiquée pour établir un diagnostic de fracture, de tumeur ou d'infection, sur base de la présence de "signaux d'alarme" ou sur base de l'examen clinique ou d'une vitesse de sédimentation augmentée avec radiographie normale. (8)(15)(17)(32) (EBM niveau B)

Par contre, si une fracture, un tassement ou une lésion tumorale apparaît à la radiographie, la scintigraphie devient inutile. (17)

3.2.3. La résonance magnétique nucléaire (RMN) ou la tomodensitométrie computerisée (TDM – CT Scan) :

Comme pour la radiographie, il existe une faible corrélation entre les découvertes à la RMN ou la TDM et la symptomatologie clinique. Il existe, en outre, jusqu'à 30 % d'anomalies chez les personnes asymptomatiques. (2)(3)(8)(15)(17)

Leur application est dès lors réservée : (2) (15) (17) (29) (32)

- Aux lombalgies suspectes de malignité ou d'infection. (EBM niveau B)
- Aux lombalgies associées à un syndrome de la queue de cheval ; la RMN en est l'examen de choix. Dans ce cas même, l'urgence est telle qu'il est préférable de référer le patient. (EBM niveau B)
- Aux patients candidats à la chirurgie, soit pour une sciatique paralysante ou hyperalgique (l'examen sera demandé sans délai), soit pour une radiculopathie progressive ou persistante après échec du traitement conservateur d'au moins 4 à 8 semaines. (EBM niveau C)

En dehors de ces indications, ces examens d'imagerie sont inutiles. (EBM niveau B)

3.3. Biologie clinique :

En cas de lombalgie simple, aucun test de laboratoire n'est nécessaire. (15)(17) (EBM niveau B)

Une numération formule sanguine et une vitesse de sédimentation (VS) ne seront réalisées que s'il existe des "Red Flags". (57)

Bien qu'elle ne soit pas spécifique, la VS est l'examen de dépistage le plus sensible pour détecter une pathologie systémique ou rhumatologique sévère chez les patients, en présence de facteurs de risque. (15)(17)

Une numération formule leucocytaire est utile lorsqu'une spondylodiscite est suspectée. (15)(17)

La combinaison de l'anamnèse et de la VS possède une assez haute précision diagnostique de cancer vertébral. (21)(58) (EBM niveau B)

Aucun autre test de laboratoire n'est abordé dans la littérature au stade de diagnostic d'une lombalgie aspécifique. Il est bien entendu que lorsqu'une lésion spécifique est décelée à l'imagerie, un bilan diagnostique complémentaire et orienté, entre autre biologique, pourra être proposé. Ce propos n'est pas développé ici (cfr. limites du sujet).

4. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

4.1. Objectif :

L'objectif du traitement est double :

- Soulager rapidement et suffisamment les symptômes afin de permettre une reprise précoce des activités habituelles du patient.
- Eviter qu'il récidive.

4.2. L'information au patient :

Avant tout, il incombe au médecin d'informer et de rassurer le patient sur la bénignité de son affection.

Une information et des conseils appropriés peuvent diminuer l'anxiété et améliorer la satisfaction du patient vis-à-vis de ses soins. (15)(32) (EBM niveau B)

En cas de lombalgie aiguë aspécifique, aucun traitement ne donne de meilleurs résultats que l'attente de l'évolution naturelle. C'est pourquoi, l'attitude consiste en informations et conseils et vise à prévenir une médicalisation inutile. (25)

Que dire au patient afin de le rassurer ?

- La lombalgie commune a un excellent pronostic. Sous un traitement conservateur 80 à 90 % des patients verront une amélioration ou la résolution de leurs symptômes endéans 4 à 6 semaines (15)(17)(57), 40 à 70 % en moins d'une semaine et 40 à 50 % seront guéris en moins de 24 heures. (60)
J. Coste est encore plus optimiste puisqu'il rapporte, dans une étude de suivi, que 90 % des patients, consultant en première intention pour une lombalgie aiguë, ont guéri en moins de deux semaines avec un traitement par paracétamol et éventuellement du repos. (61)
- Considérer la lombalgie aiguë comme une maladie bénigne et recommander des mobilisations simples amènent une récupération plus rapide et donnent des résultats supérieurs par rapport aux traitements conventionnels. (5) (EBM niveau B)
- A peu près 10 % des patients auront quelques symptômes persistants un an plus tard. La majorité de ceux-ci pourront continuer la plupart de leurs activités normales. (32) (EBM niveau B)
- Les patients qui retournent à leurs activités normales se sentent en meilleure santé, prennent moins d'analgésiques et ont moins de douleurs que ceux qui limitent leurs activités. (32) (EBM niveau B)
- La plupart des patients verront leur lombalgie récidiver de temps en temps (61). La récurrence est normale et il n'y a pas lieu de craindre dans ce cas une nouvelle lésion de leur colonne ou une aggravation de leur pathologie. (32) (EBM niveau A)
- L'utilisation de diagnostics embarrassants ou de termes qui suggèrent une cause d'origine somatique n'est pas souhaitée. (25)

4.3. Moyens thérapeutiques :

4.3.1. Le traitement médicamenteux :

Le traitement médicamenteux, comme tous les autres éléments de la prise en charge thérapeutique d'une lombalgie aspécifique, doit soulager au mieux le patient, ceci avec comme objectif final de l'aider à retrouver le plus rapidement sa mobilité antérieure. (25)(57)

4.3.1.1. Analgésiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

(15)(26)(32)(39)(47)

Quand un analgésique est nécessaire pour aider le patient, tous les auteurs s'accordent pour donner le 1^{er} choix au Paracétamol, prescrit à intervalles réguliers. Si le Paracétamol n'est pas suffisant, un AINS peut être prescrit en 2^{ème} ligne, seul ou en association. (EBM niveau A)

Les comparaisons d'efficacité entre les deux sont contradictoires. (EBM niveau B)

Les différents AINS sont de même efficacité pour la réduction de la lombalgie, (EBM niveau A) de sorte que, finalement, ce sont les profils de tolérance et de prix qui déterminent les choix.

Le paracétamol avec faible teneur en opioïde (paracétamol + codéine) est une alternative efficace quand le paracétamol et l'AINS ne donnent pas un soulagement suffisant. (EBM niveau B)

Mise à jour 18/02/01

Les différentes affirmations reprises ci-dessus sont confirmées par une récente revue systématique (69)

4.3.1.2. Myorelaxants:

En restant attentif à leurs effets secondaires de somnolence et de possible dépendance, le praticien peut associer un myorelaxant pendant une courte période (moins d'une semaine) lorsque les traitements ci-dessus ne soulagent pas suffisamment le patient. (32) (EBM niveau B)

Mise à jour 18/02/01

L'efficacité des myorelaxants et leur indication dans le soulagement d'une lombalgie aiguë sont confirmées (63) (64)

4.3.1.3. Opioïdes forts :

Les opioïdes forts ne paraissent pas plus efficaces dans la diminution des symptômes de lombalgie que les analgésiques cités plus haut. Ils ont des effets secondaires significatifs tels que leur prescription dans cette indication doit être évitée si possible ou alors limitée à quelques jours en cas de douleurs sévères. (15)(31) (EBM niveau B)

4.3.1.4. Antidépresseurs :

Les tricycliques ont été utilisés à grande échelle pour le traitement de la lombalgie chronique, malgré le fait qu'il n'y ait que peu de preuves scientifiques de leur efficacité.

Ils ont leur place, bien sûr, si une véritable dépression y est associée.

Il n'y a pas de preuve disponible concernant l'utilisation des antidépresseurs dans la lombalgie aiguë. (17)(26)(32)

4.3.2. Le repos et la reprise des activités.

Les recommandations actuelles limitent au maximum le repos couché. (EBM niveau A)

Les Anglais (32) ne recommandent pas de conseiller le repos au lit comme traitement de la lombalgie simple. Quelques patients peuvent être initialement confinés au lit comme une conséquence de leur douleur mais cela ne doit pas être considéré comme un traitement.

Pour les Hollandais (25), s'il n'y a pas moyen de faire autrement, un maximum de deux jours de repos au lit est accepté avec instruction de rester dans la position de semi-Fowler (décubitus dorsal, genoux semi-fléchis).

Pour les Américains (15), la plupart des patients ne requièrent pas de repos couché. Deux à quatre jours de "bed rest" sont réservés aux patients avec une limitation de mouvement sévère. Un alitement de plus de quatre jours a un effet potentiellement débilisant.

A l'appui de ces recommandations, il existe neuf grandes "RCTs" concernant le repos au lit dans la lombalgie simple ou récurrente. Elles montrent de manière concordante que le repos au lit n'est pas utile et qu'il peut mener à l'affaiblissement, à l'invalidité chronique et à une difficulté croissante à la revalidation. (1)(43)(49) (EBM niveau B)

Le conseil est donné par tous les experts de rester aussi actif que possible et de continuer les activités quotidiennes normales (EBM niveau A), tout en évitant bien évidemment les mouvements et les positions qui engendrent la douleur, d'accroître ses activités physiques en quelques jours ou quelques semaines. Si le patient travaille, soit il restera rester au travail malgré une capacité limitée (17), soit il y retournera dès que possible. Pour ceci, il n'est pas nécessaire d'attendre que la douleur ait totalement disparu. "Douleur" ne signifie pas qu'il y ait maladie ou qu'il existe des lésions. (25)(31)

Il est important de discuter des activités professionnelles du patient, spécialement lorsqu'elles impliquent le port de charges lourdes, de mouvements de flexion ou de rotation lombaire, qui auraient pu contribuer à la genèse du problème. Il sera peut-être nécessaire dans ce cas de rechercher avec le travailleur ou son employeur une alternative quant à sa fonction professionnelle ou l'aménagement de son poste de travail. (57)

Les études prouvent, en effet, que ces conseils amèneront une guérison symptomatique équivalente ou plus rapide de la lombalgie aiguë et surtout conduiront à moins d'incapacité de travail et d'invalidité chronique. (57) (EBM niveau A)

Mise à jour 18/02/01

De nouvelles "RCTs" et revues systématiques confirment l'effet délétère du repos au lit plus ou moins prolongé et l'effet bénéfique des conseils de rester actif sur la disparition de la douleur et l'amélioration de l'état fonctionnel du patient (64) (65) (67) (76)

"La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable" concluent les recommandations françaises (63)

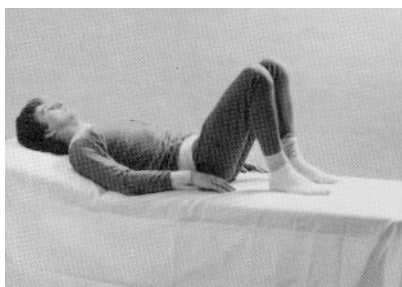
4.3.3. L'éducation du patient.

A côté des conseils de rester actif, quelques instructions seront données au patient concernant l'économie du rachis et la manutention : (25) (EBM niveau B)

1. choisir des positions qui entraînent peu de douleur et changer souvent de position
2. éviter toute flexion antérieure du tronc, principalement si celle-ci est accompagnée d'une rotation
3. préférer la flexion des genoux et des hanches
4. éviter le port de lourdes charges et toujours porter le plus près possible du corps
5. éviter les longs trajets en voiture
6. Expliquer comment se coucher et se relever du lit.

Voici la façon de sortir du lit qui sollicite le moins le rachis :

- Fléchir alternativement une jambe puis l'autre en glissant les pieds sur le lit, en veillant donc à ne pas les lever ensemble.



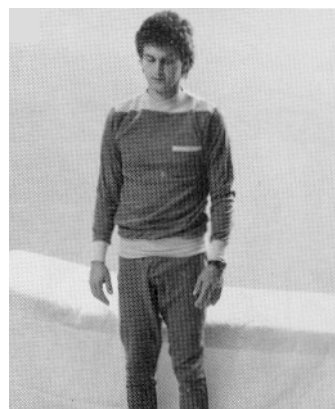
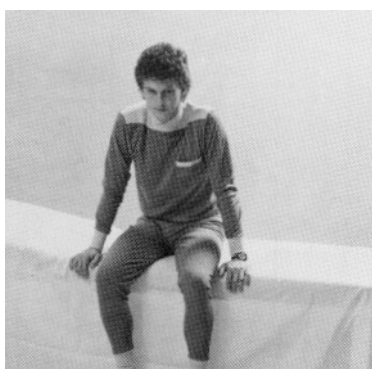
Se glisser prudemment sur le bord du lit.

- Faire pivoter en bloc le tronc et les membres inférieurs vers l'extérieur, les genoux devant dépasser le rebord du lit.



En un seul mouvement, laisser pendre les membres inférieurs qui vont faire contre poids et pousser avec les membres supérieurs sur le plan du lit (la main supérieure appuyant à hauteur de l'épaule inférieure) de manière à se retrouver en position assise.

- Assis le plus près possible du bord du lit, les pieds un peu écartés et reculés au maximum, placer les mains à côté des cuisses et se relever sans à coup.



Pour se coucher, l'opération se réalise de manière identique mais en sens inverse.

Les mauvaises habitudes de position et de mouvement du rachis ont été acquises dès la tendre enfance. C'est donc à cet âge-là, dès l'école primaire, que devraient se donner ces conseils et cette éducation est à poursuivre la vie durant. (EBM niveau C)

4.3.4. Les manipulations vertébrales :

Endéans les 4 à 6 premières semaines d'une lombalgie aiguë, les manipulations vertébrales peuvent apporter un soulagement meilleur de la douleur, une récupération plus rapide du niveau d'activité et une satisfaction plus grande du patient, par comparaison aux autres traitements. (EBM niveau B) (15, 19, 32,51,52,55,57) Il s'agit d'une amélioration à court terme puisque, la plupart des lombalgies aiguës guérissant spontanément, après quelques semaines cet avantage entre le groupe traité et le groupe non-traité disparaît.

Au-delà de 6 semaines et dans les lombalgies chroniques, les observations concernant les manipulations sont contradictoires et il n'est pas prouvé qu'elles apportent une amélioration cliniquement significative de l'évolution. (EBM niveau B)

Le risque des manipulations dans la lombalgie est très faible à condition que les patients soient convenablement sélectionnés et évalués et si elles sont exécutées par des thérapeutes entraînés. Elles ne seront pas réalisées chez les patients avec troubles neurologiques (38)(50). (EBM niveau B)

En conclusion, les mobilisations et manipulations vertébrales peuvent être proposées en cas de lombalgie de moins de 6 semaines et sans troubles neurologiques afin d'accélérer le processus de guérison et de retour à l'activité. Elles ne seront pas prolongées au-delà, en particulier seront évités les traitements par manipulations "d'entretien" pendant des périodes prolongées.

Mise à jour 18/02/01

Alors que les Français de l'ANAES (63), à l'instar des Américains, Anglais et Zélandais, indiquent dans leurs recommandations que les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë, sans qu'une technique particulière n'ait fait la preuve de sa supériorité, une revue de la littérature réalisée récemment par les Hollandais (64) estime que les résultats des études, concernant l'efficacité des manipulations dans le traitement d'une lombalgie aiguë sont contradictoires.

Ils rejoignent en cela d'autres auteurs (41) (18) qui estiment que des études complémentaires d'une méthodologie de toute qualité, sont nécessaires, principalement pour préciser les sous-groupes de patients qui répondront mieux à cette thérapie.

4.3.5. L'exercice physique et la gymnastique lominaire :

Comme il a déjà été signalé, **l'exercice physique d'endurance** est un élément essentiel du traitement de la lombalgie aiguë. Son but est d'encourager le patient à rester actif. (EBM niveau B) Dans leurs recommandations, les Américains proposent des exercices d'endurance générale comme la marche, le vélo fixe, la natation, à commencer dans les 2 premières semaines suivant l'apparition des symptômes et à augmenter progressivement jusqu'à 20 à 30 minutes par jour. (15)

En ce qui concerne **la gymnastique lominaire** spécifique, la revue systématique de la littérature réalisée par Lewis en 1995 (55) et Faas en 1996 (14) ne révèle aucune certitude quant au fait qu'elle puisse apporter une amélioration significative dans les lombalgies **aiguës** et qu'il soit possible de sélectionner quels patients répondront à quels exercices (EBM niveau A), hormis ceux décrits par Mc Kenzie (extension active des muscles paraspinaux) qui pourraient apporter, à court terme, une certaine amélioration symptomatique de la lombalgie aiguë. (EBM niveau B)

Les Anglais ne la recommandent donc pas. Il en est de même pour la N.H.G. qui écrit : "La gymnastique, dans le stade aigu, ne peut pas raccourcir l'évolution ni prévenir la récurrence, ni influencer le confort du patient et est donc déconseillée".

Par contre, en cas de lombalgie **chronique** ou récidivante, il existe une certaine évidence que des programmes d'exercices et de reconditionnement physique puissent améliorer la douleur et l'état fonctionnel du patient. (4)(17)(18)(47)(59) (EBM niveau B)

Il est recommandé, au bout de 6 semaines, si le patient n'a pas retrouvé son activité habituelle et son travail, de l'adresser pour une révalidation et l'enseignement d'un programme d'exercices appropriés.

Quant à savoir quels exercices recommander, aucune étude ne le précise actuellement. Le caractère actif est souligné afin de stimuler la prise en charge personnelle du patient.

Mise à jour 18/02/01

De nouvelles études et revues systématiques (64) (66) (68) (70) viennent de montrer que les exercices ne sont pas efficaces dans le traitement de la lombalgie aiguë, pour autant que le patient poursuive ses activités quotidiennes.

Par contre leur utilité dans la lombalgie subaiguë ou chronique est confirmée tout en prédisant qu'aucun type d'exercice spécifique n'a montré une plus grande efficacité.

4.3.6. Kinésithérapie – physiothérapie :

Il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander un traitement de kinésithérapie dans la lombalgie aiguë. (59) (EBM niveau A)

Les agents physiques tels que glace, chaleur, ondes courtes diathermiques, massages, ultrasons, de même que le T.E.N.S., sont communément utilisés comme soulagement symptomatique. Ces méthodes passives n'apparaissent pas avoir un quelconque effet sur le devenir clinique. (37)(15)(32)(59) (EBM niveau B)

Des études récentes semblent indiquer que le fait de rassurer et conseiller le patient, en association avec une reprise précoce des activités habituelles peuvent être plus efficaces que la physiothérapie. (18)

Par contre, il existe suffisamment de preuves pour conseiller la prescription de kinésithérapie dans la lombalgie chronique. (59) (EBM niveau B)

Le rôle de la kinésithérapie apparaît donc dans la prise en charge des lombalgies persistant au-delà de 6 semaines et réside dans l'établissement d'un programme d'exercices supervisés par le médecin.

L'ensemble des avis d'experts consultés peut se résumer dans le programme-type ci-dessous. (59) (EBM niveau C) Il n'est pas exhaustif et doit être individualisé.

- Le massage et le réchauffement local éventuel par des techniques de physiothérapie, agréablement perçus, et vécus comme bénéfiques par le patient, pourraient être le premier temps d'une séance de kinésithérapie facilitant la relation entre le thérapeute et son patient. Toutefois, il ne peut s'agir que d'un adjuvant de courte durée.
- La rééducation proprioceptive ainsi que l'amélioration de la mobilité lombo-pelvienne avec, entre autres, l'apprentissage de la bascule du bassin
- L'apprentissage du verrouillage lombaire en position intermédiaire
- L'amélioration des performances musculaires :
 - ✓ des extenseurs du rachis, e.a. les muscles spinaux dans les gouttières paravertébrales en travaillant l'auto-grandissement et les exercices de posture
 - ✓ des abdominaux pour leur rôle dans le verrouillage lombaire et le caisson abdominal
 - ✓ des quadriceps puisqu'il faut préférer la flexion des hanches et des genoux à la flexion antérieure du tronc
- L'assouplissement de l'étage sous-pelvien, notamment l'étirement des muscles ischio-jambiers, très souvent rétractés chez les lombalgiques, et des droits antérieurs
- Le reconditionnement à l'effort

Mise à jour 18/02/01

Une revue systématique réalisée en 2000 sur base de la littérature de 1966 à 1999 (71) conclut à l'insuffisance de preuve pour recommander le massage comme seul traitement de base d'une lombalgie commune.

4.3.7. Traction lombaire :

Une revue systématique des 24 RCTs existantes, en 1995, à propos des différentes formes de traction, conclut qu'elles n'apparaissent pas être efficaces en cas de lombalgie. (15)(17)(31)(45)(46) (EBM niveau A)

4.3.8. Acupuncture :

De faibles et équivoques preuves suggèrent que l'acupuncture puisse soulager les douleurs et ainsi permettre un accroissement de l'activité en cas de lombalgie chronique. Il n'existe aucune évidence concernant l'efficacité de l'acupuncture au stade aigu. (32)(57)

Des études comparant l'acupuncture appliquée en des points appropriés à l'application d'aiguilles mal placées n'ont pas été démonstratives (17) (53). (EBM niveau C)

Mise à jour 18/02/01

Une revue systématique de la littérature parue jusqu'en février 99 (77) de même que la dernière Recommandation Française (63) concluent que l'acupuncture n'a pas d'efficacité dans le traitement de la lombalgie.

4.3.9. L'école du dos :

Sur base des études randomisées existantes, on peut affirmer que les écoles du dos ont une efficacité lorsqu'elles sont organisées dans le cadre du milieu de travail. Par contre, l'efficacité en dehors du cadre professionnel n'a pas encore été démontrée. (15)(25)(36)(44)(57) (EBM niveau B)

Sachant cela, adresser un patient dans une école du dos organisée fait partie des conseils généraux que l'on peut donner pour l'aider à mieux comprendre sa pathologie, à apprendre les principes d'économie rachidienne dans les gestes de la vie quotidienne et à devenir un partenaire actif dans le traitement de son affection.

Il ne faut pas recommander un programme d'école du dos comme traitement d'une lombalgie aiguë.

Mise à jour 18/02/01

Une revue systématique récente (74) indique qu'il existe des preuves modérées que l'école du dos a une meilleure efficacité à court terme, par rapport aux autres traitements dans la lombalgie chronique, tout en précisant qu'elle est toujours plus probante dans le cadre professionnel.

4.3.10. Les infiltrations :

4.3.10.1. Les infiltrations périurales de corticoïdes (avec ou sans anesthésiant local) :

Sur base de la revue de la littérature parue en 1995, les Hollandais concluent que leur efficacité n'est pas suffisamment prouvée. Les Anglais et les Américains, de même que les Français, dans leurs recommandations concernant la lombosciatique commune, reconnaissent qu'elles apportent un soulagement à court terme des lombalgies avec sciatalgies (EBM niveau B)

Dans les lombalgies sans radiculopathie, les injections périurales manquent actuellement de preuves d'efficacité. (15)(32)(57)

4.3.10.2. Les infiltrations des articulaires postérieures ou facettes :

Les études cliniques existantes montrent une variation importante des résultats allant de 7,7 à 56 % de satisfaction. D'après ces études, il apparaît donc que ces infiltrations peuvent aider un certain nombre de patients soigneusement sélectionnés (9) (34) mais il est difficile de prévoir chez quels patients les infiltrations seront efficaces. (25) (EBM niveau C)

Comme il n'y a pas suffisamment de preuves d'efficacité, les guidelines existants les déconseillent.

Toutefois, il paraît logique de prétendre qu'elles seront d'autant plus efficaces que l'origine de la lombalgie se situe au niveau des articulaires postérieures. C'est ici que le diagnostic différentiel entre lombalgie d'origine discale et facettaire pourrait trouver son intérêt. (cfr. 4.1.4) (EBM niveau C)

Mise à jour 18/02/01

A ce jour, les arguments convaincants concernant l'efficacité des différentes thérapies par injection dans la lombalgie aiguë font toujours défaut (64) (73). Des études bien conçues sont nécessaires

4.3.11. Le corset lombaire :

Peu d'études ont été effectuées concernant l'efficacité des corsets. De plus, ces études pèchent en général par de sérieux manquements méthodologiques. (25)

Comme il n'est pas prouvé que le corset lombaire a une réelle efficacité dans le traitement de la lombalgie aiguë, il n'est pas recommandé. (43)(57) (EBM niveau C)

Mise à jour 18/02/01

Il ne sera pas recommandé non plus comme moyen de prévention primaire ou de prévention secondaire (72)

4.3.12. Semelles et talonnettes :

Comme une différence de longueur des membres inférieurs de moins de 2 cm n'est probablement pas significative (15) (25) et que donc, l'association entre inégalité modérée de la longueur des membres et lombalgie est contestable (23), il n'est pas démontré pour les Hollandais que la compensation d'une telle différence au moyen de semelles intérieures ou de rehaussement de talon influence l'évolution naturelle.

Pour les Américains et les Anglais, des preuves limitées suggèrent que la semelle intérieure puisse améliorer la douleur de certains patients avec plaintes lombaires modérées. Toutefois, il n'y a pas d'évidence qu'elle apporte un quelconque bénéfice à long terme. (EBM niveau C)

Mise à jour 18/02/01

4.3.13 Thérapie comportementale

La thérapie comportementale paraît être un traitement efficace pour les patients lombalgiques chroniques (niveau B) sans préciser quel type de patient pourra en bénéficier ni quelle variété de thérapie comportementale lui sera le plus appropriée (66) (75)

5. BIBLIOGRAPHIE:

1. Malmivara A., Hakkinen U. The treatment of acute low back pain – Bed rest, exercises or ordinary activity. *N. England J. Med.* 1995; **332**: 351-5
2. Deyo R.A. Magnetic resonance imaging terrific test or baby – Editorial. *N. Eng. J. Med.* 1994; 115-6
3. Jensen M.C. et al. Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in People Without Back Pain. *N. Eng. J. Med.* 1994; 69-73
4. Manniche C. et al. Clinical trial of intensive muscle training for chronic low back pain. *Lancet* 1988; 1473-6
5. Indahl A. et al. Good prognosis for low back pain when left untempored. A randomised clinical trial. *Spine* 1995; 473-7
6. Deyo R.A. Practice variations, treatment fads, rising disability. *Spine* 1993; **18**: 2153-62
7. Szpalski M. et al. Health Care Utilization for low back pain in Belgium. *Spine* 1995; 431-42
8. al-Janabi MA. Imaging modalities and low back pain : the role of bone scintigraphy. *Nucl. Med. Commun* 1995; **16**(5): 317-26
9. Gunzburg R., Szpalski M. Facet Joint injections. *Bull Hosp. Jt. Dis.* 1996; **55**(4): 173-5
10. Moskovich R. Epidural injection for the treatment of low back pain. *Bull Hosp. Jt. Dis.* 1996; **55**(4): 178-84
11. Russo R., Cook P. Diagnosis of low back pain : role of imaging studies. *Occup. Med.* 1998; **13**(1): 83-96
12. Alcalay M. et coll. Imaging of chronic lumbago. *Rev. Rhum. Ed. Fr.* 1994; **61**(4Pt2): 14S-28S
13. Gutierrez B., et al. Clinical guidelines for lumbar radiographs for patients with low back pain. *JAMA* 1997; **278**(21): 1741-2 and *JAMA* 1997; **277**(22): 1782-6
14. Faas A. et al (1996) Exercises : which ones are worth trying, for which patients and when? *Spine* 21: 2874-7 (systematic review)
15. Bigos S., Bowyer O., Braen G., et al. Acute Low Back Problems in Adults : Clinical Practice Guideline, Quick Reference Guide for Clinicians Number 14, Rockville, MD. *US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research* 1994 A.H.C.P.R. publication 95-0643.
16. Frost H. et al. Random. Controll. Trial for evaluation of fitness program with chronic low back pain. *B.M.J.* 1995; **310**: 151-4
17. Wipf J.E., Deyo R.A. Low Back Pain. *Med. Clin. North Am.* 1995; **79**: 231-46
18. Evans G., Richards S. (1996) Low Back Pain : An evaluation of Therapeutic Interventions. *Bristol : Health Care Evaluation Unit/University of Bristol* (mega-analysis)
19. Di Fabio R.P. Efficacy of Manual Therapy. *Physical therapy* 1992; **72**: 853-64
20. Fordyce W., Bruchway J.A. Acute back pain : a control group comparison of behavioral vs. traditional management methods *J. Beh. Med.* 1986; **9**: 127-40
21. Van Den Hoogen JMM, Koes B.W., el. al. 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
22. Frymoyer JW. Back pain and sciatica *N. England J. Med.* 1988; **318**: 291-300
23. Soukka AK, Alaranta N. et. al. Leg-Length inequality in people of working age. The association between mild inequality and low back pain is questionable. *Spine* 1991; **16**: 429-31
24. Hadler NM. Occupational Musculoskeletal disorders. *New York Raven Press* 1993; 80-1
25. Faas A., Chavannes A.W., Koes B.W., Vanden Hoogen J.M.M., Mens JMA, Smeele LJM, Romeijnders ACM, Van der Laan JR. N.H.G. Standaard Lage-Rugpijn (1996).
26. Valat JP. Epidémiologie des lombalgies *Rev. Rhum. (Ed. Fr.)* 1998; **6T** (5 bis): 1725-45
27. Zufferey P., Cedraschi Ch., Vischer T.L. Prise en charge hospitalière chez des patients lombalgiques : Facteurs prédictifs de l'évolution à deux ans *Rev. Rhum. (Ed. Fr.)* 1998; **65**(5) 346-54
28. Deyo RA. Early diagnostic evaluation of low back pain. *J.Gen. Inter. Med.* 1986; **1**: 328-38
29. Lombosciatalgie Commune *Recommandations et références médicales (Tome 1) Andem* 1995, France.
30. Micheli L.J., Wood R. Back pain in young athletes : significant differences from adults in causes and patters *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1995; **149**: 15-8
31. Spitzer W.O., Leblanc F.E., Dupuis M., et. al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A Monograph for clinicians. Report of the Quebec task force on spinal disorders. *Spine* 1987; **12** (suppl. 7): S1-59
32. Royal College of General practitioners (R.C.G.P.). Clinical guidelines for the management of acute low back pain – London 1996.
33. Hasenbring M. Predictors of efficacy in treatment of chronic low back pain. *Current opinion in anaesthesiology* 1998; **11**: 553-8

34. Schleifer J., Fenzl G., Wold A., Diehl K. Treatment of lumbar facet joint syndrome by ct-guided infiltration fo the invertbral joints. *Radiologe* 1994; **34**(11): 666-70
35. Burton A.K., Tillotson K.M. (1991) Prediction of the clinical course of low back trouble using multivariable models. *Spine* **16**: 7-14 (cohort study)
36. Cohen JE., Goel V., Frank JW, Bombardier C., Peloso P., Guillemin F. (1994) Group interventions for people with low back pain : an overview of the literature. *Spine* **19**: 1214-22 (systematic review)
37. Gam AN., Johannsen F.(1995) Ultrasound therapy in musculoskeletal disorders : a meta-analysis. *Pain* **63**: 85-91 (systematic review)
38. Haldeman S., Rubinstein SM. (1992) Cauda equina syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. *Spine* **17**: 1469-73 (review)
39. Henry D., Lim, LLY., Rodriguez LAG., Gutthann SP., Carson JL et al (1996) Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs : results of a collaborative meta-analysis. *Brit. Med. J.* **312**: 1563-6 (systematic review)
40. Klenerman L., Slade PD., Stanley IM, Pennie B., Reilly JP, Atchison LE., Troup JDG., Rose MJ. (1995) - The prediction of chronicity in patients with an acut attack of low back pain in a general practice setting. *Spine* **20**: 478-84 (cohort study)
41. Koes BW., Assendelft WJJ, Van der Heijden GJMG, Bouter LM (1996) Spinal manipulation and mobilisation for low back pain : an updated systematic review of randomised clinical trials. *Spine* **21**: 2860-71 (systematic review)
42. Koes BW, Scholten RJPM, Mens JM, Bouter M. (1995) Efficacy of epidural steroid injections for low back pain and sciatica : a systematic review of randomized clinical trials. *Pain* **63**: 279-88 (systematic review)
43. Koes BW, van den Hoogen HMM (1994) Efficacy of bed rest and orthoses of low back pain. A review of randomized clinical trials. *Eur. J. Phys. Med. Rehabit.* **4**: 86-93 (systematic review)
44. Koes BW, van Tulder MW., van der Windt DAWM, Bouter LM (1994) – The efficacy of back schools : a review of randomized clinical trials. *J. Clin. Epidimiol* **47**: 851-62 (systematic review)
45. Pal P., Mangino P., Hossian MA., Diffey I. (1996) A controlled trial of continuous lumbar traction in the treatment of back pain and sciatica. *Br. J. Rheumatol.* **25**: 1181-836 (RCT)
46. Van der Heijden GJMG, Beurskens AJHM, Koes BW., de Vet HCW., Bouter J-M (1995) The efficacy of traction for back and neck pain : a systematic, blinded review of randomized clinical trial methods. *Phys. Ther.* **75**: 93-103 (systematic review)
47. Van Tulder MW., Koes BW., Bouter LM EDS 1996b Low Back Pain in Primary Care : Effectiveness of Diagnostic and Therapeutic Interventions. Amsterdam : Institute for Research in extramural Medicine: 1-285 (mega-analysis)
48. Waddell G (1992) Biopsychosocial analysis of low back pain. *Clinical Rheumatology* **6**: 523-57 (review)
49. Waddell G., Feder G., Lewis M. (1996) Systematic reviews of bed rest and advise to stay active for acute low back pain. *Brit. J. Gen. Prac.* 1997; **47**: 647-52 (systematic review)
50. Senstad Ola, Le Boeuf-Yde Charlotte, Borchgrevink Christian – 1997 Frequency and characteristics of side effect of spinal manipulative therapy. *Spine* **22**: 435-41
51. Twomey L., Taylor J. (1995) Spine Update. Exercise and spinal manipulation in the treatment of Low Back Pain. *Spine* **20**: 615-9
52. Hadler N.M., Curtis P., Gillings DB, et al. (1987) A benefit of spinal manipulation as adjunctive therapy for acute low back pain-A stratified controlled trial. *Spine* **12**: 703-6
53. Deyo R.A. Non-operative treatment of low back disorders : differentiating useful from useless therapy In Frynoyer J.W. (ed.) *The Adult spine : principles and practice* New York – *Raven Press* 1991; 1567
54. Gatchel RJ, Polatin P.B., Mayer T.G. (1990) The dominant role of psychosocial rick factors in the development of chronic low back disability. *Spine* **20**: 2702-5 (cohort study)
55. Lewis M. (1998) Medline reviews from January 1992 – September 1995 of Rcts of exercise and manipulation for acute low back pain. Unpublished available on request from RGSP (systematic review)
56. Burton A.K., Tillotson M. Main CJ., Hollis S. (1995) Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine* **20**: 722-8 (cohort study)
57. New Zealand Guidelines Group. Clinical guideline on the management of acute low back pain. Auckland New Zealand 1998
58. Deyo R.A., Diehl A.K. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presantation and diagnostic strategie. *J. Gen. Intern. Red.* 1988; **3**: 230
59. Masso Kinesitherapie: Recommandations et références médicales dans les lombalgies. Andem. Le concours médical – supplément au n° 38 – 16 nov. 96
60. Rachialgies en milieu professionnel. Quelles voies de prévention? Inserm, Paris 1995, 193 pages
61. Coste J. et coll. Clinical courses and prognosis factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *Br. Red J.* 1994; **308**: 557
62. Von Korff M. Studying the natural history of back pain. *Spine* 1994; **19**(18 suppl.): 2041S-6S

63. Recommandations pour la pratique clinique (anaes 2000) -Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution
64. M.W Van Tulder, B.W Koes, W.J.J Assendelft, L.M Bouter, J. Daams en J.R Van Der Laan. Acute lage rugpijn : actief blijven, NSAID's en spierverslappers effectief, bedrust en specifieke oefeningen niet effectief; resultaten van systematische reviews. Ned. Tijdschr Geneesk 2000 29 juli, 144(31)
65. van der Weide W E, Verbeek J H, van Tulder M W. Vocationnel outcome of intervention for low-back pain. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health 1997, 23(3), 165-178
66. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain : a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine 1997, 22(18), 2128-2156
67. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain : a systematic review of observational studies. Spines 1997, 22(4), 247-434
68. Moffet JK, Torgerson D, Bell-Syer S, et al. Randomised controlled trial of exercise for low back pain : clinical outcomes, costs and preferences. BMJ 1999 Jul 31; 319:279-83
69. Tulder MW van, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Non steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
70. Tulder MW van, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. Exercise therapy for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
71. Furlan AD, Brosseau L, Welch V, Wong J. Massage for low back pain (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford : Update Software
72. Van Tulder MW, Jellema P, van Poppel MNM, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
73. Nelemans PJ, Bie RA de, Vet HCW de, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain
74. Tulder MW van, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
75. van Tulder MW, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software
76. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
77. Tulder MW van, Cherkin DC, Berman B, Lo L, Koes BW. Acupuncture for low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.

6. SYNTHÈSE :

Diagnostic

I. Poser le diagnostic de lombalgie commune par l'anamnèse et l'examen clinique :

- 1°) S'assurer que les douleurs sont bien d'origine rachidienne: exclure notamment une affection urinaire, gynécologique, digestive, un anévrisme de l'aorte ou un zona.
- 2°) Rechercher une cause spécifique ou une affection grave sous-jacente à la lombalgie: le point essentiel de la démarche clinique est de rechercher les "Red Flags", signaux d'alarme en faveur
 - d'une tumeur, d'une discite infectieuse ou d'une pathologie inflammatoire :
 - âge supérieur à 50 ans, surtout si n'a jamais souffert du dos précédemment, ou inférieur à 20 ans
 - antécédents personnels de pathologie tumorale
 - perte de poids inexpliquée
 - accès récent de fièvre ou de frissons
 - présence d'adénopathies suspectes
 - augmentation des douleurs en décubitus dorsal ou une douleur tout aussi vive au repos qu'en cours des périodes d'activité
 - douleur nocturne intense
 - infection urinaire récente ou toute autre infection bactérienne
 - injection intraveineuse ou tout autre acte médical comportant une voie d'entrée
 - immunodéficience
 - d'une fracture ou d'un tassement ostéoporotique :
 - âge supérieur à 70 ans
 - traumatisme majeur ou même mineur
 - grosses difficultés à soulever quoi que ce soit chez une personne âgée ou à risque d'ostéoporose
 - usage prolongé de corticoïdes
 - ostéoporose connue
 - d'une compression de la queue du cheval :
 - apparition récente d'une dysfonction vésicale: rétention, pollakiurie ou incontinence par regorgement
 - troubles du sphincter anal
 - hypoesthésie en selle
 - apparition d'un trouble moteur des membres inférieurs
- 3°) Exclure une compression radiculaire:
 - par les irradiations
 - par le test de Lasègue
 - par les réflexes
 - par le testing musculaire
- 4°) Examiner le rachis :

Il est recommandé, afin de pouvoir suivre l'évolution et l'effet du traitement :

 - inspecter les déformations anatomiques : attitudes antalgiques ...
 - évaluer l'amplitude des mouvements, principalement la flexion antérieure (indice de Schöber, distance doigts-sol)

Le diagnostic différentiel entre lombalgie discale et facettaire peut être utile afin de mieux sélectionner les patients qui répondront aux infiltrations des articulaires postérieures et aux manipulations.
- 5°) Évaluer la situation psychosociale et les facteurs de risque qui pourraient mener à la chronicité: il est important de les reconnaître précocement car ils influencent fortement la réponse du patient au traitement et à sa revalidation.

II. L'imagerie médicale :

En l'absence de "Red Flags", la RX standard de la colonne n'est pas recommandée avant un mois d'évolution.

En présence de "Red Flags" avec RX normale, une scintigraphie osseuse est indiquée.

La RMN ou CT-Scan sont indiqués:

- en cas de suspicion de malignité ou d'infection
- en cas de syndrome de la queue de cheval (1^{er} choix = RMN)
- sans délai pour une sciatique paralysante
- après 4 à 8 semaines d'évolution d'une radiculopathie avant une décision opératoire.

III. Biologie clinique :

En cas de lombalgie simple, aucun test n'est nécessaire.

En présence de signaux d'alarme, une V.S. est l'examen de dépistage le plus sensible. Leucocytose + formule sont utiles si une discite est suspectée.

Thérapeutique

Dès le départ, il faut informer le patient pour le rassurer quant à la bénignité de son problème et quant à une guérison d'autant plus rapide qu'il restera en activité.

1. **Informer** le patient sur la bénignité de son affection et son évolution naturellement favorable.
2. **Soulager** la douleur essentiellement dans le but de reprendre progressivement et rapidement les activités.
3. **Eviter le repos couché**; 2 à 4 jours maximum seront réservés aux cas sévères. Conseil est donné de rester actif et de continuer les activités quotidiennes en évitant les mouvements et positions qui engendrent la douleur.
4. **Apprendre** au patient les principes d'économie du rachis et de manutention.
5. Les **manipulations vertébrales** pourraient être conseillées en cas de lombalgie de moins de 6 semaines afin d'accélérer le retour à l'activité.
6. Des **exercices** d'endurance sont proposés de manière progressive: marche, vélo fixe, natation.
La **gymnastique** lombaire n'est conseillée qu'en cas de récurrence ou si le patient n'a pas retrouvé son activité habituelle après 6 semaines, dans le but d'une revalidation selon un programme d'exercices à caractère actif.
7. **Kinésithérapie – Physiothérapie**
Tous les traitements à caractère passif (physio, TENS, massages, ...) dont le seul but est de soulager symptomatiquement n'apparaissent pas avoir un effet sur le devenir clinique. Le rôle du kiné apparaît dans la prise en charge des lombalgies persistantes sous la supervision du médecin.
8. **Les écoles du dos.**
Efficacité reconnue actuellement lorsqu'elles sont organisées dans le cadre du milieu de travail.
Utilité dans l'éducation du patient pour l'aider à devenir un partenaire actif dans la prise en charge de son affection.
9. **Les infiltrations.**
Péridurales: efficaces dans les lombosciatalgies mais non recommandée dans les lombalgies sans radiculopathie.
Articulaires postérieures: pourraient soulager les patients avec syndromes facettaires. Comme il n'y a pas suffisamment de preuves d'efficacité, les "guidelines" existants les déconseillent.

10. Traction lombaire

11. Acupuncture

12. Corset lombaire

13. Semelles et talonnettes

} aucune preuve de leur efficacité sur le
devenir clinique d'une lombalgie

7. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ DE LA RECOMMANDATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

7.1. Réactions faces aux lignes de conduite diagnostique :

7.1.1. Les recommandations concernant l'anamnèse et l'examen clinique, dont les cinq objectifs permettent de poser le diagnostic de lombalgie commune aspécifique et d'en évaluer les facteurs de risque vers la chronicité, sont jugées faisables et de pratique courante. Le médecin traitant étant souvent le mieux placé pour apprécier plus particulièrement les facteurs de risque d'évolution vers la chronicité.

Toutefois, le verbe « exclure » une affection grave sous-jacente paraît difficile voire impossible pour certains.

Dans la littérature, seuls les Hollandais, utilisent « exclure ». Les autres auteurs employaient le verbe « rechercher ». Ce terme est effectivement plus judicieux et sera donc préféré.

En outre, la notion de "temps consacré" est soulignée : une anamnèse et un examen clinique tels que recommandés, exigent beaucoup de temps pour être performants.

7.1.2. Réactions face aux recommandations concernant la radiographie :

- ❖ Les généralistes, dans leur grande majorité, sont convaincus du bien-fondé de la recommandation et acceptent de ne pas demander la radiographie lors de la 1^{ère} consultation. Mais ils font état de leurs difficultés, en pratique, d'attendre 1 mois d'évolution avant d'y recourir.

Arguments développés par les généralistes

- Il est difficile de résister au patient qui est souvent demandeur et qui vient d'ailleurs à la consultation dans le but d'avoir une radiographie.
- L'attitude dépendra de l'anxiété du patient ainsi que de son obstination ou de sa capacité d'acceptation de la décision de son médecin.
- En cas d'accident de travail, de roulage..., il est prudent de réaliser d'emblée une radiographie afin d'éviter tout problème médico-légal ultérieur.
- Une radiographie rassure souvent le patient et aussi le médecin qui « pourrait passer à côté d'un autre diagnostic » : la crainte de l'erreur.
- Si le médecin traitant ne demande pas la radiographie, le patient ira se présenter dans un service d'urgence, chez un spécialiste ou chez un autre confrère afin de l'obtenir : la crainte de la concurrence.
- Certains patients ne sont pas encore mûrs pour comprendre qu'un examen clinique est souvent plus instructif qu'une imagerie.
- Le patient pourrait prendre le refus de la radiographie comme un manque d'intérêt pour sa maladie. La radiographie constitue pour le patient souvent le moyen de se situer dans son problème : il lui faut une « image » pour montrer à lui-même et à son entourage le bien-fondé de sa souffrance.
- Si le patient ne voit aucune amélioration, 1 mois est un délai trop long. La radiographie pourrait en l'absence d'amélioration être demandée dès la 2^{ème} consultation. Le délai raisonnable paraît pour beaucoup être de 15 jours.

Arguments de réponse :

On peut effectivement comprendre que tous ces éléments poussent le médecin traitant à demander une radio.

Toutefois, si le médecin est convaincu lui-même de la faible corrélation radio clinique, qu'il est rare de découvrir à la RX, un élément qui affectera réellement le type de traitement et qu'une pathologie sérieuse débutante pourrait même y échapper, il devrait parvenir à expliquer le pourquoi de l'inutilité de l'imagerie à ce stade. Par ce fait, il rassurerait son patient mieux que ne le ferait une image, qui pourrait même, par certains termes techniques utilisés dans le protocole, le conforter dans l'idée qu'il souffre d'un problème médical sérieux.

Ce temps consacré au dialogue sera considéré alors par le patient comme la meilleure marque d'intérêt pour sa souffrance.

Il est bien évident qu'il ne faut pas rester 1 mois sans revoir le patient : il est important de lui dire de reconsulter si l'amélioration n'est pas progressive ou si un élément nouveau apparaissait. Dans ce cas la même démarche diagnostique est à nouveau réalisée afin d'évaluer si l'attitude adoptée est maintenue ou non.

- ❖ Ici encore beaucoup signalent que ces explications demandent un investissement de temps non négligeable de la part du médecin.

7.1.3 Réactions face aux autres examens diagnostiques : scintigraphie osseuse - CT scan - IRM - Biologie

Rares sont les médecins qui se limitent à une simple VS et formule sanguine lorsqu'ils demandent une prise de sang. Ils profitent de l'occasion pour réaliser un bilan de santé plus général.

La scintigraphie est peu utilisée en médecine générale.

La plupart des généralistes précisent que cette démarche n'est applicable sur le terrain que si tous les intervenants l'adoptent, médecins spécialistes compris.

7.2 Réactions face à la prise en charge thérapeutique :

7.2.1. L'information au patient :

- Tous sont d'accord sur l'importance de l'information au patient qui est réalisable si, une fois encore, le médecin prend le temps nécessaire.
- Il est précisé que rassurer le patient ne veut pas dire qu'il n'a rien.
- Une majorité de patients répondraient bien à ce type de prise en charge.
- Certains soulignent le rôle que pourraient prendre les médias dans l'information et la dédramatisation.

7.2.1. Le traitement médicamenteux :

- Certains signalent que le Paracétamol seul ne paraît pas suffisamment efficace.
- Le Tramadol est souvent utilisé avant les A.I.N.S
- Aucun généraliste consulté n'utilise les opioïdes forts pour traiter une lombalgie commune.

7.2.3. Le repos et les reprises des activités :

Plusieurs difficultés sont exprimées par nombre de généralistes concernant la reprise des activités :

- Particulièrement chez les patients avec travail lourd, tendance dépressive... en fait pour toutes les situations professionnelles ou psychosociales reprises dans les facteurs de risque d'évolution vers la chronicité.
- La plus grosse réticence à la reprise du travail est retrouvée dans le cas de l'accident de travail pour lequel le patient est plus revendicateur.
- Un autre argument invoqué est « la crainte de la rechute » s'il reprend le travail trop vite, d'autant que les patrons ou directeurs de personnel préfèrent souvent une reprise de travail différée plutôt qu'une nouvelle incapacité de travail.
- Il est signalé que ces conseils de reprise de travail sont mieux suivis par les indépendants que par les autres types de travailleurs.

C'est bien pour tous ces patients là que toute l'énergie du praticien devra être utilisée afin de les convaincre du bien-fondé de la démarche.

7.2.4. Instructions concernant l'économie du rachis :

L'écueil devient, pour beaucoup, le problème de temps : " On ne peut pas tout faire à la même consultation". Certains proposent de les donner en revoyant le patient lors d'une seconde consultation, lorsqu'il va mieux.

Des fiches ou brochures (folders) à remettre au patient sont indispensables sous peine d'oubli des conseils prodigués.

Certains généralistes ne s'estiment pas compétents et préfèrent les confier au kinésithérapeute qui pourrait répéter et contrôler ces conseils lors des différentes séances.

7.2.5. Les manipulations vertébrales :

La plupart des médecins consultés ne demandent jamais une manipulation vertébrale sans posséder une radiographie.

Ils marquent par contre leur accord quant à une guérison et une reprise des activités plus précoces grâce à la manipulation.

7.2.6. Exercices d'endurance :

La majorité des généralistes constatent que peu de patients réalisent les exercices proposés.

Ces exercices sont difficiles à obtenir du patient car, comme pour les autres conseils hygiéno-diététiques, on ne change pas facilement des habitudes et d'hygiène de vie. De plus, il est utopique de croire qu'ils les feront seuls.

7.2.7. Kinésithérapie et physiothérapie :

Les généralistes estiment que le kinésithérapeute est le partenaire adéquat dans la prise en charge de revalidation d'un lumbalgique.

Toutefois, il est nécessaire que le kinésithérapeute soit intéressé et compétent dans ce domaine et que le médecin précise bien au kiné ce qu'on attend de lui.

7.2.8. Ecole du Dos :

- L'école du dos nécessite une sérieuse motivation du patient.
- Les actifs sont intéressés, par contre les patients à facteurs de risque vers la chronicité - manifestent peu d'intérêt pour cette façon active de voir les choses.
- Certains estiment que les contraintes financières et des horaires de l'école du dos sont un frein à la mise en pratique.
- Il est noté que des rappels sont nécessaires car les patients oublient vite les recommandations.

7.3. Commentaires généraux concernant la faisabilité de cette recommandation :

- Deux commentaires sont repris par la majorité des intervenants :
 - 1/ les recommandations de bonne pratique doivent absolument, pour être valables et crédibles, être appliquées par tous les médecins qu'ils soient généralistes, urgentistes, spécialistes.
 - 2/ chaque patient est unique avec sa propre sensibilité, son mal et l'appréhension de sa maladie. Le médecin est là, lui aussi avec sa sensibilité et son vécu, pour écouter, rassurer, parfois au prix d'un examen inutile disent certains, et traiter le patient dans son contexte social, géographique, professionnel, financier, familial, affectif et psychologique en tenant compte également qu'une grande part de subjectivité est présente dans la lombalgie.

Cette réflexion témoigne de la crainte que ressentent les praticiens à la lecture de ces recommandations, crainte d'être limités dans les possibilités diagnostiques et thérapeutiques. « Les R.B.P. sont très utiles mais un cadre aussi rigide peut générer des erreurs ». « Appliquer à la lettre ces R.B.P. est illusoire car il faut une attitude adaptée à chaque patient. »

Beaucoup perçoivent ces recommandations essentiellement sous un angle économique et rappellent justement que le malade doit rester au centre du problème.

- La plupart reconnaissent toutefois que ces R.B.P. leur ont apporté beaucoup : alors qu'ils travaillaient auparavant selon de vieilles habitudes, les recommandations leur permettent dorénavant de suivre un chemin mieux balisé en sachant qu'ils ne seront pas les seuls à suivre ce chemin.
- Certains reconnaissent que les informations, les conseils donnés ainsi que le temps consacré pour clarifier leur problème ont donné pleine satisfaction au patient qui s'est senti compris dans sa maladie, plus que si on l'avait renvoyé rapidement avec une demande de radiographie et une prescription de kinésithérapie.
- Une telle démarche depuis l'anamnèse jusqu'à la thérapeutique, comme décrite dans cette recommandation, nécessite de la part du praticien beaucoup d'investissement, de compétence et de temps.
- Le problème du temps est soulevé fréquemment : certains estiment à 40 minutes minimum le temps nécessaire à cette consultation, ce qui est difficilement acceptable.

8. REDACTION. EDITION :

L'auteur de la présente recommandation de bonne pratique sur les lombalgies communes est le Docteur Bruno TIMMERMANS, médecin généraliste à Marchevelette.

Les experts contactés sont :

- le Professeur J-P. DEVOGELAER, chef de service de rhumatologie aux Cliniques Universitaires Saint-Luc UCL à 1200 -Bruxelles
- la Professeur D. LETAWE, service de physiothérapie au CHU de Liège

Le groupe de validation de la présente recommandation est composé des membres suivants : les docteurs Geneviève BRUWIER, Pierre CHEVALIER, Jean-Claude DEPOORTER, André DUFOUR, Luc ERPICUM, Bob GERARD, Yves GUEUNING, Pascale JONCKHEER, Dominique PAULUS et Jean-Pierre ROCHET.

32 médecins généralistes, 15 de la région de Liège, 9 de la région namuroise et 8 de la région de Charleroi, ont "testé" sur le terrain cette recommandation sur les lombalgies communes : les docteurs T. BATAILLE, P. BARTHELEMY, G. COLLETTE, A. DANTHINE, J-P. DELLICOUR, J-P. DEROUAUX, B. DIDIER, L. ERPICUM, P. JASPAR, A. LAMBRECHT, E. MEUNIER, J. STREA, L. WAUTELET, J. WITVROUW et L. XHAARD pour Liège, les docteurs J-C. DEWEZ, J-P. CLEDA, D. DURAY, J. GABRIEL, R. GÉRARD, M-R. GILLET, P. HENNEKINNE, D. HUBERT et J-P. MICHAUX pour Namur et les docteurs F. BUCQUOYE, C. CLAUS, Y. GÉRARD, V. HAUFROID, M. LÉONARD, P. ROCHET, G. VOTQUENNE et B. VAN DROOGHENBROECK pour Charleroi.

L'éditeur responsable est la S.S.M.G., Société Scientifique de Médecine Générale, dont le siège social est situé au 8, rue de Suisse à 1060 Bruxelles.

9. COMMANDITAIRE :

Le commanditaire de cette recommandation de bonne pratique est le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'environnement, Administration des Soins de Santé, Direction de l'Art de guérir.