

Lombalgie chronique : que dit la littérature EBM ?

par les Drs Jeannine Gailly*, Dominique Paulus** et le Pr Henri Nielens***

Sur une période de dix années, un patient a une « chance » sur quatre de consulter son médecin généraliste pour un problème de lombalgie. Heureusement, 90 % des épisodes se résolvent dans les six semaines. Cependant, lorsque le mal dure ou revient épisodiquement, le médecin généraliste est le premier intervenant qui guidera le patient. Quelle prise en charge conseiller ?

PRÉTEST

1. Une lombalgie durant plus de 3 mois avant l'âge de 20 ans doit faire suspecter une pathologie sous-jacente plus grave.
2. La radiographie conventionnelle reste l'examen de choix dans la lombalgie chronique sans signe de gravité.
3. Dans la lombalgie chronique, les opioïdes faibles bénéficient du meilleur niveau de preuve pour soulager la douleur.

Vrai	Faux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses au prochain numéro.

Le KCE (Centre Fédéral d'expertise des soins de santé) a publié un rapport sur la prise en charge des lombalgies chroniques. Ce rapport ne prend en compte que les patients qui ont une **douleur évoluant depuis plus de trois mois, continue ou récurrente, avec ou sans sciatique**. Les conclusions ne peuvent donc pas être extrapolées aux personnes souffrant de lombalgies aiguës (< six semaines) ou subaiguës (> six semaines). La Recommandation de Bonne Pratique de la SSMG aborde le patient lombalgique essentiellement au stade aigu et subaigu. Elle reste d'actualité. Une mise à jour (2001) est disponible sur le site de la SSMG. Le rapport du KCE est basé sur une revue systématique de la littérature. Il a été commenté et validé par les experts du domaine, tant généralistes que spécialistes ou médecins du travail. Que pouvons-nous en retirer pour la pratique ?

ANAMNÈSE : RESTONS VIGILANTS

Il s'agit donc de patients dont la douleur évolue depuis trois mois ou plus. Ils ont déjà consulté préalablement pour cette lombalgie et aucune pathologie sous-jacente n'a été détectée jusqu'à présent. La problématique persiste ou récidive. L'anamnèse reste importante à ce stade. Elle permet de rechercher une pathologie qui serait passée inaperçue et qui nécessiterait une mise au point ou un traitement spécifique. Tout comme pour la lombalgie aiguë ou subaiguë, l'exclusion d'une pathologie sous-jacente se fait grâce à la recherche des « red flags » (« drapeaux rouges ») :

- Age du début de la lombalgie avant 20 ou après 55 ans
- Douleur constante, progressive, non mécanique (non améliorée par le repos)
- Douleur thoracique
- Antécédent de néoplasie
- Utilisation prolongée de glucocorticoïdes
- Usage de drogues, immunosuppression, HIV
- Dégradation de l'état général
- Perte de poids inexplicable
- Symptômes neurologiques associés (y inclus le syndrome de la queue de cheval)
- Déformation lombaire
- Fièvre

L'apparition d'un de ces signaux d'alarme nécessite des investigations complémentaires. La mise au point sera orientée en fonction de la pathologie sous-jacente suspectée.

La revue de littérature présentée ici concerne des patients chez qui aucun « red flag » n'a été mis en évidence.

L'anamnèse reprendra également à nouveau la **recherche des « yellows flags »** (ou « drapeaux jaunes ») qui ont déjà été abordés lors des stades aigus et subaigus et dont la présence est associée à un risque augmenté de passage à la chronicité (niveau EBM modéré pour les « yellows flags » pris dans leur globalité) :

- Attitudes et croyances inappropriées face à la douleur
- Comportement inadapté (par ex. réduction des activités par peur d'avoir mal)
- Insatisfaction professionnelle, soutien peu important au travail (niveau EBM élevé)

* Médecin généraliste
Groupe des Recommandations de Bonne Pratique de la SSMG

** Médecin généraliste
Centre fédéral d'expertise des soins de santé

*** Service de Médecine Physique, Cliniques Universitaires Saint-Luc

ABSTRACT

This article presents a review of the EBM literature about the management of chronic low back pain. The anamnese must be watchful, in search of “red flags”. The clinical examination has little usefulness. Further tests should be restricted in case no “red flags” have been identified. Priority is given to conservative treatment.

Keywords: low back pain, EBM, treatment.

RÉSUMÉ

L'article fait la revue de la littérature EBM concernant la prise en charge des lombalgies chroniques. L'anamnèse à la recherche des « red flags » doit être vigilante. L'examen clinique apporte peu de piste. En l'absence de « red flags », les examens complémentaires doivent être limités. La priorité est donnée au traitement conservateur.

Mots clefs : lombalgies, EBM, traitement.

La revue de littérature présentée ici concerne des patients chez qui aucun «red flag» n'a été mis en évidence.

- Interruption de travail de longue durée (> 4 à 12 semaines, niveau EBM élevé)
 - Épisodes antérieurs, sévérité de la douleur, description excessive des symptômes, attentes irréalistes des patients
 - Lésions radiculaires
 - Difficultés émotionnelles, dépression
- Une évaluation psychosociale plus approfondie est utile quand les «yellows flags» sont présents et sera orientée en fonction des éléments positifs collectés lors de l'anamnèse: situation professionnelle, familiale, croyances personnelles, ...

EXAMEN CLINIQUE : PEU DE PISTES

L'examen clinique décrit concerne uniquement la lombalgie commune, sans «red flags», évoluant depuis trois mois ou plus. La présence de red flags nécessite une approche spécifique. L'examen clinique est orienté en fonction des plaintes du patient. La littérature relative à la lombalgie chronique (sans «red flags») ne permet pas de recommander avec certitude l'utilisation de grilles d'évaluation de l'état fonctionnel, la palpation de la région lombaire ou un examen physique spécifique. Le test de Lasègue devrait également être interprété avec prudence. Bref, **l'examen clinique reste mal défini et son interprétation difficile pour le clinicien**.

Par contre, en l'absence de signes de gravité, **la façon dont le médecin informe son patient durant la consultation revêt une grande importance pour réduire l'évolution vers la chronicité**. Le message sera centré sur la modification des attitudes et des croyances du patient, mettant en avant les avantages de rester actif et d'éviter le repos au lit, tout en rassurant le patient sur la non gravité de sa pathologie (niveau EBM élevé).

NE MULTIPLIONS PAS LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ici également, la mise au point proposée se base sur la littérature scientifique relative à la lombalgie commune, sans «red flags», évoluant depuis trois mois ou plus. La présence de red flags nécessite une approche spécifique dépendant du diagnostic suspecté.

En l'absence de «red flag», les examens complémentaires (biologie, radiographie conventionnelle, IRM, scintigraphie, EMG) **ne sont pas utiles**. Les nombreuses techniques invasives (injections facettaires ou infiltrations de racines nerveuses) à visée diagnostique traditionnellement utilisées ne peuvent pas être recommandées sur base de la littérature existante. Les discographies sont déconseillées. La validité d'autres approches évaluatives s'inscrivant dans le cadre de la prise en charge rééducative (évaluation de la force des muscles du tronc, de l'endurance cardiorespiratoire, de la condition physique...) n'a pas encore été suffisamment établie.

La façon dont le médecin informe son patient durant la consultation revêt une grande importance pour réduire l'évolution vers la chronicité.

QUELS TRAITEMENTS CHOISIR ?

En l'absence de symptômes de pathologie grave sous-jacente, la prise en charge proposée dans la littérature pour les lombalgies chroniques privilégie les traitements conservateurs.

PRIORITÉ AUX TRAITEMENTS CONSERVATEURS

Les traitements qui bénéficient des niveaux de preuve les plus élevés sont **les programmes d'exercices physiques, les prises en charge comportementales** (sans définition précise possible du contenu), **les interventions brèves comprenant une éducation du patient et les approches multidisciplinaires**. En effet, les prises en charge comportant plusieurs interventions (telles qu'éducation, programmes d'exercices, approche comportementale, relaxation et visite sur le lieu de travail) sont plus efficaces qu'une prise en charge isolée ou une prise en charge classique.

Ces différents traitements constituent un premier choix chez le lombalgique chronique.

À ÉVITER

Des niveaux de preuve élevés montrent l'inefficacité voire la dangerosité des tractions (risques > bénéfices) et l'inefficacité des EMG biofeedbacks. Le biofeedback est une technique de réhabilitation consistant à fournir au patient des informations sur son niveau d'activité musculaire grâce à des électrodes de surface et à un système d'électromyographie permettant de transformer l'activité musculaire en un signal visuel ou auditif. Ni les tractions, ni l'EMG biofeedback ne sont donc plus à utiliser dans le contexte de la lombalgie chronique.

Par ailleurs, il existe un niveau de preuve faible en défaveur de la chirurgie lombaire pour les pathologies dégénératives du rachis (fusion de deux vertèbres, arthrodèse). Il faut de plus tenir compte des complications potentielles de la chirurgie du rachis.

TRAITEMENTS POUR LESQUELS IL EXISTE DES NIVEAUX DE PREUVE FAIBLES OU MODÉRÉS

De nombreux traitements non invasifs ont peu d'études de qualité disponibles à leur sujet:

- Les niveaux de preuve sont modérés (mais uniquement à court terme) pour les manipulations ;
- Des niveaux de preuve faibles existent pour les techniques suivantes: massages, électrothérapie, thermothérapie, ultrasons, lasers, TENS, hydrothérapie, écoles du dos sans exercices (c.-à-d. programmes d'information et enseignement de techniques diverses mais n'incluant pas d'exercices);
- Les niveaux de preuve sont très faibles pour les corsets lombaires ;
- Certains traitements (application de chaud ou de froid) n'ont pas de niveau de preuve par manque d'études.

Parmi les médicaments, les opioïdes faibles (codéine et tramadol) bénéficient du meilleur niveau de preuve (modéré cependant) d'efficacité pour soulager la douleur. Suivent ensuite les **anti-inflammatoires**, le **tetrazepam** (cures de 10 jours en cas d'aggravation) et la **phytothérapie** (dont la capsicaine en application locale). Par contre, la littérature sur les opioïdes forts et les autres myorelaxants que le tetrazepam ne permet pas de recommander leur utilisation dans la lombalgie chronique. Le traitement sera le plus court possible, car seuls les effets à court terme ont été étudiés.

Malheureusement, le **paracetamol** a fait l'objet de peu d'études et aucune conclusion ne peut donc être formellement tirée au sujet de ses risques et bénéfices dans le cadre de la lombalgie chronique. En comparaison avec les autres traitements cités ci-dessus, le peu d'effets indésirables du paracétamol permettent cependant de le considérer comme un très bon choix chez le patient qui répond cliniquement au traitement.

Les techniques invasives non chirurgicales (infiltrations, radiofréquence, neuroréflexothérapie, adhésiolyse, spinal cord stimulation...) ont des niveaux de preuve faibles ou très faibles. Leurs effets délétères potentiels suggèrent qu'ils doivent être envisagés avec prudence dans des cas bien particuliers n'ayant pas répondu à une approche médicale conservatrice. Il y a beaucoup de littérature concernant l'acupuncture, mais aucune conclusion ne peut être tirée car les résultats des études sont contradictoires.

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL: UNE SOLUTION TEMPORAIRE À UTILISER AVEC PRÉCAUTION

Les interruptions de travail pour lombalgies sont très fréquentes. Une collaboration entre le médecin traitant et le médecin du travail est indispensable pour mettre en place des stratégies d'information et de prévention afin d'éviter le passage à la chronicité. La littérature montre en effet que les chances de reprise du travail diminuent avec la durée d'incapacité. Le médecin veillera donc à minimiser la période d'incapacité en recommandant la poursuite des activités habituelles. Une reprise du travail dès que possible est conseillée pour éviter la chronicisation. Elle peut être accélérée par une adaptation temporaire des tâches (durée, charges). Une diffusion de ce rapport auprès des médecins du travail est programmée, ce qui pourrait être un support pour créer/renforcer les collaborations sur le terrain entre généralistes et médecins du travail.

DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ?

De plus amples informations sont disponibles dans le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur le site www.kce.fgov.be
Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Lombalgie chronique. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 48 B (D/2006/10.273/64).

Pour la prise en charge de la lombalgie aiguë (< 6 semaines) ou subaiguë (> 6 et < 12 semaines), le lecteur se référera à la Recommandation de Bonne Pratique de la SSMG disponible sur le site www.ssmg.be

Timmermans B. Les lombalgies communes. Recommandations de bonne pratique. Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) 2001. Mise à jour 27/02/01. Available from <http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/lombalgiesmaj180201.pdf>

La littérature montre en effet que les chances de reprise du travail diminuent avec la durée d'incapacité.

CONCLUSION

On parle de lombalgie chronique quand la douleur évolue depuis plus de 3 mois. Une anamnèse vigilante devra rechercher les symptômes d'une pathologie grave sous-jacente. En l'absence de ceux-ci, le praticien peut se passer d'examens complémentaires, privilégier les traitements conservateurs et encourager une reprise rapide du travail. ■

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- Chez les patients souffrant de lombalgies depuis plus de trois mois, l'anamnèse reste importante. Elle permet de rechercher une pathologie qui serait passée inaperçue et qui nécessiterait une mise au point ou un traitement spécifique. Tout comme pour la lombalgie aiguë ou subaiguë, l'exclusion d'une pathologie sous-jacente se fait grâce à la recherche des «red flags» et des «yellow flags».
- Dans la lombalgie chronique sans «red flag», l'examen clinique reste mal défini et son interprétation difficile.
- En l'absence de «red flag», les examens complémentaires (biologie, radiographie conventionnelle, IRM, scintigraphie, EMG) ne sont pas utiles.
- Les traitements qui bénéficient des niveaux de preuve les plus élevés sont les programmes d'exercices physiques, les prises en charge comportementales, les interventions brèves comprenant une éducation du patient et les approches multidisciplinaires. Parmi les médicaments, les opioïdes faibles (codéine et tramadol) bénéficient du meilleur niveau de preuve (modéré cependant) d'efficacité pour soulager la douleur.
- La littérature montre que les chances de reprise du travail diminuent avec la durée d'incapacité.
- La manière dont le médecin informe le patient joue un rôle important pour réduire l'évolution vers la chronicité.

La Rédaction