

# Recommandation de bonnes pratiques

## Les lombalgies chroniques

SSMG

Atelier dirigé par les Dr Yves GUEUNING et Dr Jacques MAGOTTEAUX

Avertissement : le texte ci dessous reprend la synthèse des recommandations de bonnes pratiques rédigé par les experts de la SSMG dans leur publication consultable sur le site. Nous y avons ajouté un démembrément des lombalgies afin de faciliter la démarche diagnostique en consultation au cabinet.

### 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.

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.

### Démembrement des lombalgies :

Il nous paraît utile avant de poursuivre l'analyse des problèmes de faire un démembrément de la lombalgie de manière anatomique afin de faciliter la conduite de l'anamnèse et de l'examen clinique.

La lombalgie et lombosciatalgie peuvent se différentier cliniquement selon l'atteinte anatomique. On peut ainsi conduire son anamnèse et son examen de façon structurée, logique, naturelle.

La lombalgie et lombosciatalgie peuvent se présenter sous forme de 6 syndromes anatomiques et cliniques :

- Syndrome rachidien : atteinte discale avec lombalgie
- Syndrome ligamentaire : souffrance ligamentaire périvertébrale à l'origine de lombalgies et douleurs projetées dans les membres inférieurs.
- Syndrome facettaire : la souffrance des articulaires postérieures éveille une lombalgie avec des signes cliniques particuliers.
- Syndrome duremérien : la dure mère qui enveloppe les racines lombaires peut être irritée par une protrusion discale, une hernie ou un ostéophyte et provoquer une lombalgie caractéristique
- Syndrome radiculaire : la compression d'une racine nerveuse par une hernie discale peut provoquer une lombo-sciatique ou une sciatique pure avec un déficit neurologique plus ou moins important.

- Syndrome de la queue de cheval : volumineuse compression des racines de la queue de cheval avec sa symptomatologie périneale.

Syndrome rachidien : la lombalgie peut être aigue ou chronique, due à une atteinte discale ou du corps vertébral (discopathie, discarthrose, tassement ancien, ...). Les douleurs sont habituellement d'allure mécanique, réveillées par les efforts ou les positions prolongées, calmées par le repos. Il n'y a aucune irradiation aux membres inférieurs, aucun déficit neuro. La symptomatologie est provoquée par une fissure discale, une dégénérescence du disque (déshydratation), un dérangement dans la mobilité entre les vertèbres, une instabilité discale, etc.

Ce syndrome doit bien être précisé, car il peut cacher une affection extrarachidienne :

– Les affections de l'arbre urinaire :

✓ pyélonéphrite

✓ hydronéphrose

✓ colique néphrétique

– les affections de la sphère gynécologique

✓ fibrome utérin

✓ endométriose

✓ affection pelvienne

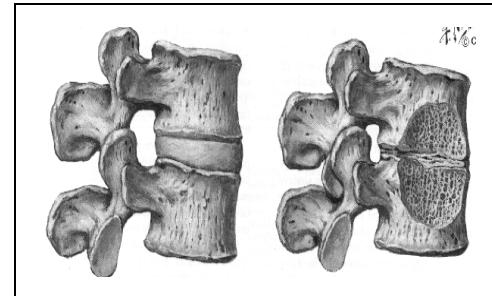
– les affections de la sphère digestive

✓ ulcus perforé

✓ pancréatite

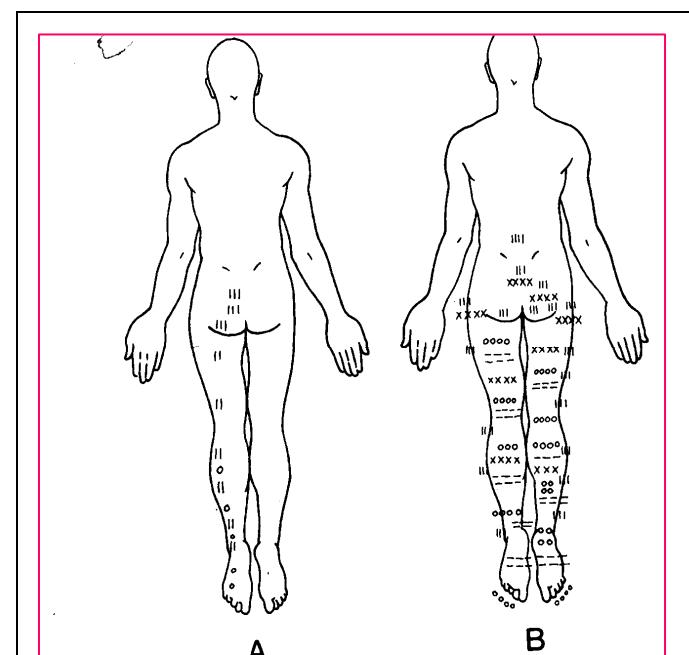
– l'anévrysme de l'aorte abdominale

– un zona



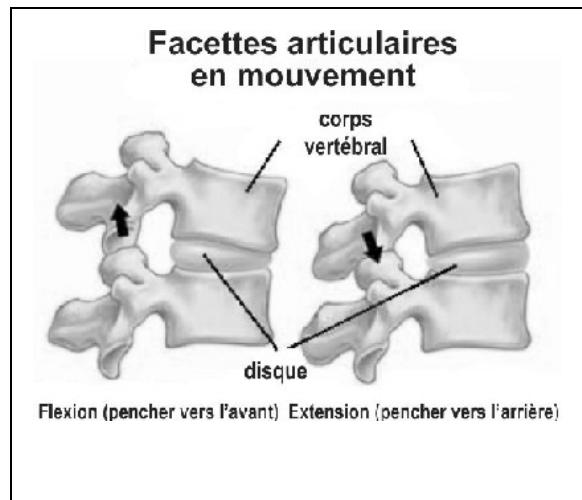
Confirmer que la douleur a bien un caractère mécanique : une notion d'effort physique est souvent présente et il existe une variabilité de la douleur selon les mouvements du rachis.

Syndrome ligamentaire : les ligaments stabilisant les vertèbres les unes par rapport aux autres sont puissants, essentiels à la bonne statique vertébrale, et bien innervés. De ce fait, une souffrance ligamentaire due à un effort, un traumatisme, une instabilité vertébrale, une discopathie se traduira non seulement par une lombalgie typique aiguë ou chronique, mais aussi par des douleurs projetées à la face postérieure des membres inférieurs sans aucune distribution métamérique ou radiculaire typique des pathologies neurologiques. Ces douleurs projetées sont souvent bilatérales sur la face postérieure des deux cuisses, descendant plus rarement sous les genoux contrairement aux douleurs de type sciatique. Il n'y a pas de déficit neuro, pas de lassitude, pas de douleur à la toux. L'influence des efforts, des positions prolongées (assise ou debout) est souvent retrouvée et signe l'origine mécanique.



Douleur sciatique à gauche et projetée à droite

### Syndrome facettaire :



L'atteinte des facettes articulaires postérieures offrent la même symptomatologie de lombalgie que le syndrome rachidien ou ligamentaire, mais avec quelques spécificités utiles à connaître, car dans ce syndrome, il peut être utile de proposer un traitement plus spécifique tel les infiltrations facettaires ou les manipulations.

Le diagnostic différentiel peut se baser sur les signes suivants :

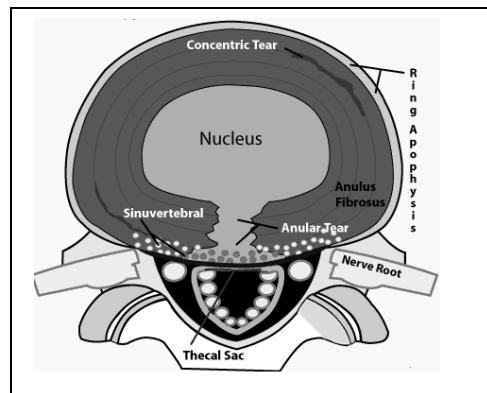
#### Lombalgies FACETTAIRES

- Episode douloureux souvent de durée plus brève
- Impotence fonctionnelle modérée
- Douleurs unilatérales localisées en paravertébral ; 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

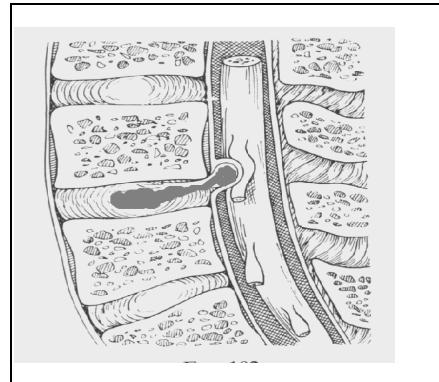
#### Lombalgies DISCALES

- 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 δ 10-12

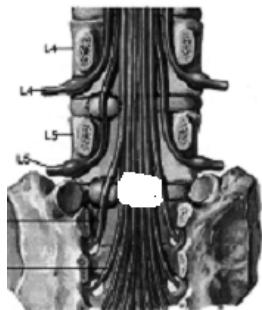
Syndrome dure-mérien: la dure mère est richement innervée, et sa souffrance induit une lombalgie qui peut être intense. Elle résulte d'une compression locale irritante sur protrusion discale médiane, hernie discale médiane, ostéophytose médiane. La lombalgie est associée à une exacerbation des douleurs lors de la toux et de certains mouvements étirant la dure mère (Lassègue). La douleur reste lombaire sans irradiation aux membres inférieurs, sans déficit neurologique.



Syndrome radiculaire: Il est provoqué par une compression d'une racine nerveuse par une hernie discale, une ostéophytose, un kyste arthrosynovial, une tumeur. La racine comprimée induit une douleur métamérique dans un membre inférieur selon un trajet anatomique correspondant au niveau de la compression. C'est la sciatique classique avec sa douleur jusque dans le pied, son déficit neuro éventuel (hypoesthésie, aréflexie, parésie). La toux accroît les douleurs, le Lassègue est positif avec douleur exacerbée dans le membre inférieur atteint.



Syndrome de la queue de cheval: Une compression volumineuse et souvent brutale des racines distales de la queue de cheval peut induire un déficit neuro au dépens des racines sacrées et donner une anesthésie de la région périneale (anesthésie en selle) et une perte des contrôles sphinctériens. En cas de survenue aiguë, il convient de lever la compression en urgence pour éviter des séquelles invalidantes.



Tous ces syndromes peuvent se combiner pour offrir une symptomatologie plus ou moins complexe.

## SYNTHESE :

### 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 anévrysme 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 inexplicable
- ☒ 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) Evaluer 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.

122

#### 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<sup>er</sup> 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. **Informier** 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 récidive 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 lombalgie 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 lombalgie 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.

27/02/01 123

10. **Traction lombaire**

11. **Acupuncture**

12. **Corset lombaire**

13. **Semelles et talonnettes**

Aucune preuve de leur efficacité  
sur le devenir clinique  
d'une lombalgie commune

Les « RED FLAGS » doivent être connus et rester constamment à l'esprit du praticien, car si la lombalgie commune est une pathologie bénigne sur le plan vital, certaines lombalgie sont dues à des pathologies majeures, parfois mortelles qu'il convient de dépister très tôt.

#### **Suspicion 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 inexplicable
- ✓ 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

#### **Suspicion d'une fracture ou d'un tassemement 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

Distribution radiculaire des douleurs

