



**SDD-277**

**Consultation de suivi  
d'un patient présentant  
une lombalgie aiguë ou  
chronique**

---

Dr Xavier Gocko

Médecin généraliste

MCU

Conflits d'intérêts

# Rangs A et B

A	Définition	Connaître les définitions des rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie	Rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie
B	Épidémiologie	Connaître les prévalences des rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie	Rachialgies : cervicalgie, dorsalgie, lombalgie
A	Diagnostic positif	Savoir interroger un patient et l'examiner devant une rachialgie	Descriptif des signes recueillis à l'interrogatoire et à l'examen clinique
B	Physiopathologie	Connaître les principaux mécanismes à l'origine d'une rachialgie commune	Description des différentes étiologies d'une rachialgie commune. Arguments en faveur d'une origine discale ou interapophysaire
A	Examens complémentaires	Savoir demander à bon escient une imagerie devant une rachialgie	Signes cliniques lésionnels et sous-lésionnels, avec exemples d'imagerie (item 93)
B	Identification de l'urgence	Connaître les arguments en faveur d'une rachialgie secondaire conduisant à la pratique d'examens complémentaires (IRM)	Liste des drapeaux rouges et conduite à tenir
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les facteurs favorisant d'une évolution vers la chronicité d'une rachialgie	Liste des facteurs pronostiques / drapeaux jaunes et noirs
A	Étiologies	Connaître les principales étiologies d'une rachialgie secondaire	

# Rangs A et B

B	Étiologies	Connaître les autres étiologies d'une rachialgie secondaire	Descriptif et liste des étiologies
B	Étiologies	Connaître les étiologies d'une rachialgie compliquée	
A	Prise en charge	Connaître les grands principes de prise en charge d'un sujet souffrant d'une rachialgie aiguë ou chronique	Pas de repos...
B	Prise en charge	Savoir quels traitements prescrire à un sujet souffrant d'une rachialgie aiguë ou rachialgie chronique. Avoir une vision rigoureuse de l'efficacité ou de l'inefficacité des nombreux traitements qui peuvent être proposés	Descriptif des différentes possibilités thérapeutiques
A	Diagnostic positif	Diagnostic différentiel : connaître les causes extrarachiennes des lombalgies	
B	Diagnostic positif	Connaître la démarche diagnostique devant une sacralgie	
B	Diagnostic positif	Connaître la démarche diagnostique devant une coccygodynie	

# Définitions

Douleur ou un inconfort sous 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale, et au-dessus du pli interfessier, +/- irradiation MI

Lombalgies spécifiques, secondaires à une pathologie

Lombalgies avec des signes de compression nerveuse : syndrome radiculaire ou de la queue de cheval

Lombalgies communes, les plus fréquentes, ≠ des deux catégories précédentes

# Définitions et chevauchements

La « poussée aiguë de lombalgie » : lombalgie aiguë + majoration aiguë d'une lombalgie plus ancienne

la « lombalgie à risque de chronicité » : lombalgies < 3 mois + facteurs pronostiques défavorables

la « lombalgie récidivante » : récurrence dans les 12 mois, à risque de chronicité

Chronique > 3 mois.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Haute Autorité de santé. Fiche mémo. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. HAS : Saint-Denis : 2019.

La prévalence de la lombalgie commune est très élevée dans le monde

Plus de la moitié des Français âgés de 30 à 54 ans souffrent de lombalgie chaque année

# Interroger et examiner

- Type, topographie, horaire
- Facteurs déclenchants
- Mécanique/inflammatoire
  
- Contracture, raideur, mobilité
- Statique
- Signes neuro si radiculalgie
  
- Signes de gravité et diagnostic différentiel
- Examen général : ex. poids

# Physiopathologie

- Le plus fréquent des TMS
- Multifactorielle
- Abandon modèle biomécanique
- Modèle biomédicopsychosocial
  - Facteurs biomécaniques : survenue
  - Facteurs psychosociaux : impact et chronicité

Ramond-Roquin A, Bodin J, Serazin C, et al. Biomechanical constraints remain major risk factors for low back pain. Results from a prospective cohort study in French male employees. *The Spine Journal* 2015;15(4):559-69.



## **Facteurs sociaux démographiques et médicaux**

Âge > 45 ans (chez les femmes)

Antécédent(s) de lombalgie

Tabac

Existence de maladie(s) chronique(s)

Troubles du sommeil, fatigue chronique

Syndrome douloureux (autre que lombaire)

Troubles psychosomatiques

## **Facteurs biomécaniques (professionnels)**

Vibrations « corps entier » (conduite d'engins)

Porter ou tirer des charges lourdes

Se pencher fréquemment

Conduire > 2 h/jour

Travail accroupi ou agenouillé

Station debout prolongée

Travailler les bras en l'air

## **Facteurs psychosociaux**

Travail monotone

Anxiété, dépression



# IRM ?

La persistance d'un syndrome radiculaire au-delà de 4 à 8 semaines peut justifier la réalisation d'une IRM et/ou d'un avis chirurgical (recommandation forte, niveau de preuve modéré)

Éliminer une lombalgie secondaire

Retentissement majeur

Avant traitement invasif

Corrélation très faible entre clinique et imagerie



Ne pas répéter

# Chronicité

## Facteurs cliniques

Âge élevé

Incapacité élevée

Durée de l'arrêt maladie

ATCD de lombalgie

Douleur étendue

Mauvais état de santé général

Intensité douleur

Ancienneté de l'épisode

Faible qualité de vie

## Facteurs biomécaniques

Travail physique : se pencher régulièrement, conduire des engins, porter des charges lourdes

Prise en charge ne favorisant pas le maintien des activités

# Chronicité

---

## Facteurs psychosociaux

### Individuels « drapeaux jaunes »

Psychologiques ou psychiatriques : détresse psychologique, dépression, trouble somatoforme ;

Cognitivo-comportementaux : stratégies d'adaptation passives (évitement, catastrophisme\*...), attribution causale externe\*\*, croyances erronées sur la lombalgie pessimisme ;

Liés à l'entourage : isolement social, faible soutien de la famille, famille hyperprotectrice



# Chronicité

---

## Facteurs psychosociaux

### Professionnels « drapeaux bleus »

Manque de soutien des collègues / hiérarchie

Stress au travail

Faible satisfaction liée au travail

Horaires de travail décalés



# Chronicité

---

## Facteurs psychosociaux

### Contextuels « drapeaux noirs »

Obstacle lié au contexte professionnel : obstacle réglementaire au retour au travail, pas de possibilité d'adaptation du poste, litige avec l'employeur, expérience négative de retour au travail

Obstacle lié au système de santé : incitatifs financiers, litige lié à l'indemnisation de la lombalgie, discours ou modalités de prise en charge discordants entre les professionnels de santé



# Diagnostic différentiel

- Dès la cs initiale et à répéter tant que la plainte persiste
- Drapeaux rouges
- Écarter une douleur extrarachidienne : rénale (CN), digestive (pancréatite), rétropéritonéales (tumeur), vasculaire (anevrisme), gynéco (douleurs menstruelles), ostéoarticulaire (sacroiliite)
- Lombalgies spécifiques < 2% ; 80 % 1 drapeau rouge
- Guide examen complémentaires et avis

# Principales étiologies lombalgies secondaires

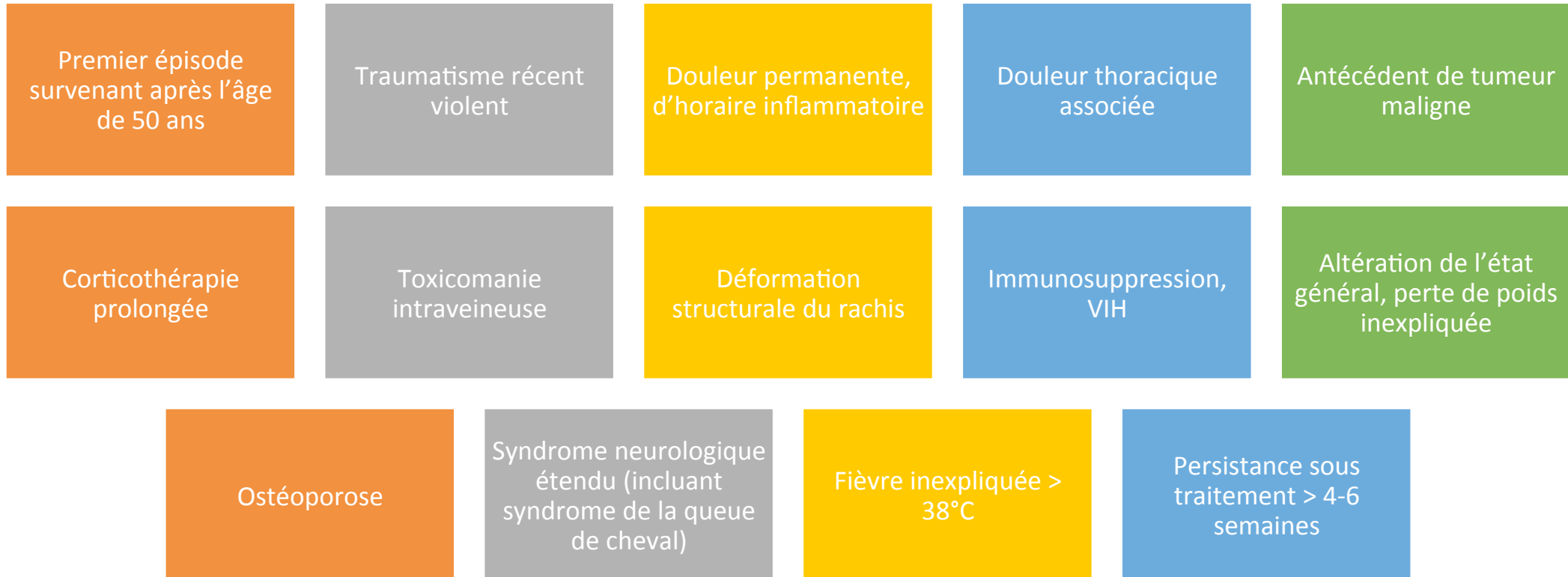
- Infectieuses : spondylodiscite ou spondylite
- Tumorales
  - Primitive
  - Plus fréquemment métastase
- Fracturaires
  - Post-traumatique
  - Ostéoporotique
  - Origine maligne
- Inflammatoire (spondylarthrite notamment).



# Connaître les étiologies d'une rachialgie compliquée

- Syndrome radiculaire : sciatique, cruralgie, queue de cheval
  - Irradiation surtout si elle dépasse le genou : ex neuro
- Urgences :
  - Hyperalgie (douleur résistante aux antalgiques majeurs > 24 h)
  - Paralysie (déficit moteur empêchant de lutter contre la pesanteur, soit côté à 0, 1 ou 2/5)
  - SD queue de cheval très rare
    - douleurs radiculaires, troubles sensitivo-moteurs (le plus caractéristique étant l'anesthésie en selle), diminution des réflexes et troubles génito-sphinctériens
- Dans tous les autres cas, les plus fréquents, SD radiculaire, résolution + lente  
PEC = lombalgie commune + surveillance évolution signes neurologiques

# Drapeaux rouges : signes d'alerte vers une lombalgie spécifique



# PEC aiguë

- Évolution naturelle favorable : rassurer : amélioration progressive, mais parfois longue, quel que soit le traitement
- Information Brève : maintien activité (grade B)
- Antalgiques
  - AINS (grade A) mais EI et CI (topiques : pas de preuve)
  - Paracétamol (grade AE) peu d'EI
  - Palier 2 et 3 : 2<sup>e</sup> ligne (grade B) : durée limitée / mésusage

# PEC aiguë et subaiguë

- Antidépresseur : amitriptyline : lombalgie persistante + anxiodépression (grade B)
- Myorelaxants : balance bénéfice risque défavorable
- Corticoïdes oraux ou infiltration si radiculalgie et subaiguë (EI rares)
- Douleur radiculaire : visée neuropathique : amitriptyline, duloxétine, gabapentine et prégabaline (Grade B) : limiter la durée / mésusage (gabapentine à 6 mois sur ordonnance sécurisée)
- Chirurgie : déficit, hyperalgie

# PEC chronique

- Orientation santé au travail
- RQTH
- MP
- « affections chroniques du rachis lombaire »
  - tableaux 97 et 98 du régime général, 57 et 57 bis du régime agricole
- IPP
- Invalidité

# Recommandations fortes pour le traitement de la lombalgie

Traitements à proposer (recommandations fortes, niveau de preuve important)		
Lombalgie aiguë	Lombalgie subaiguë	Lombalgie chronique
<b>Réassurance</b> <b>Conseil de rester actif</b> <b>Retour précoce au travail</b>	Conseil de rester actif Retour précoce au travail Prise en charge des facteurs psychosociaux Kinésithérapie active Techniques manuelles Programmes de rééducation multidisciplinaire	Réassurance Conseil de rester actif Retour précoce au travail Prise en charge des facteurs psychosociaux Techniques manuelles Programmes de rééducation multidisciplinaire Thérapie cognitivo-comportementale

# Recommandations fortes pour le traitement de la lombalgie

Traitements à proscrire (recommandations fortes, niveau de preuve important)		
Lombalgie aiguë	Lombalgie subaiguë	Lombalgie chronique
<b>Repos au lit strict</b> <b>Tractions</b> <b>Infiltrations de corticoïdes en absence de radiculalgie</b> <b>Corticoïdes oraux ou IM</b>	Repos au lit strict Tractions Infiltrations de corticoïdes en absence de radiculalgie	Repos au lit strict