Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES

2021

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES-CLÉS 1
1. Introduction 4
2. Description du parcours du patient atteint de lombalgie aigue 6
3. L'examen clinique et fonctionnel 7
4. Evaluation du risque d'évolution vers une lombalgie chronique 7
5. Physiopathologie de la douleur dans la lombalgie 8
6. Indications des examens complémentaires 10
7. La prévention des récidives et du passage à la chronicité 11
8. La prise en charge pluridisciplinaire 12
9. La reprise du travail après un épisode de lombalgie commune 17
10. Les grades de recommandations de la has et du cs et niveaux d'évidence 18
11. Bibliographie 19
12. Le groupe de travail 21

ANNEXE 1: Les signes d'alerte lors d'un épisode de lombalgie - « drapeaux » 22
ANNEXE 2: Ce qu'il faut retenir d'après 6 recommandations de bonnes pratiques internationales 24
ANNEXE 3: Questionnaire STarT Back Screening Tool 25
ANNEXE 4: Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening 26
ANNEXE 5: FEAR AVOIDANCE BELIEF Questionnaire (FABQ) 27
ANNEXE 6: Questionnaire HOSPITAL ANXIETY DEPRESSION Scale (HAD) 28

MESSAGES-CLÉS :

- La lombalgie n'est **pas** une maladie, c'est un symptôme, dans la majorité des cas ce n'est pas une urgence médico-chirurgicale.
- Les épisodes aigus, bien que pouvant être très douloureux, se résolvent en général sans séquelle et sans nécessité d'intervention médico-chirurgicale lourde.
- L'activité physique est l'élément-clé du rétablissement. Les « Low Back Pain Guidelines » recommandent une activité physique régulière en cas de lombalgies non spécifiques (Shipton, 2018). **(Recommandation d'experts)**
- Malgré une augmentation des gestes diagnostiques et thérapeutiques pour essayer de trouver une étiologie définie et proposer un traitement curatif, le nombre de lombalgies chroniques ne cesse d'augmenter dans le monde.
- Il est recommandé de réserver les examens exploratoires aux indications bien définies, car ils peuvent être anxiogènes pour le patient, les images d'anomalies dégénératives ayant un faible niveau de corrélation avec la clinique. En effet, les anomalies à l'imagerie de type hernie discale, canal lombaire étroit, discopathie sont peu spécifiques car fréquents chez des sujets asymptomatiques à partir de l'âge de 20 ans. **(Recommandation d'experts)**
- Les lombalgies chroniques doivent bénéficier d'une prise en charge pluri-et multidisciplinaire avec participation active du patient en tant que partenaire. **(Recommandation d'experts)**
- En cas de lombalgies chroniques (> à 3 mois), il faut penser à préparer la reprise du travail longtemps avant la fin de l'arrêt de travail. **(Recommandation d'experts)**
- Le GT lombalgie espère que cette ligne de conduite aidera chacun des acteurs impliqués dans son approche à la lombalgie et aussi de ce qu'il devrait attendre des autres professionnels de santé concernés
- Le GT lombalgie est conscient qu'une implémentation à haut niveau d'une telle ligne de conduite nécessiterait la mise en place d'un réseau de compétence qui pourrait coordonner les échanges et l'interaction entre les différents acteurs.

1. INTRODUCTION

Le Conseil scientifique a été saisi par la Société Luxembourgeoise de Neurologie pour écrire une recommandation de bonne pratique ayant pour objectif de faire le point sur la prise en charge actuelle préconisée lors d'un épisode de lombalgie aigue ou chronique.

La lombalgie est depuis des décennies une des entités médicales les plus chères pour la société en terme d'impact sur l'incapacité de travail (Vos 2012).

En Suisse, 70 à 85% des adultes souffrent au moins une fois au cours de leur vie d'un épisode de lombalgie. Dans 85 à 90% des cas de lombalgies communes ou non-spécifiques, l'étiologie n'est pas identifiée (Henchoz, 2011).

En France, on estime que 4 personnes sur 5 souffrent un jour de lombalgies, c'est la deuxième raison des consultations médicales et la 3ème cause d'entrée en invalidité (INRS, 2019).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la lombalgie commune ou non-spécifique est à la fois un problème de santé publique avec un impact économique et social majeur et un problème de santé au travail pouvant conduire à une désinsertion professionnelle (HAS, 2019).

Au Luxembourg, un « Centre de Prévention pour le Dos – Prévendos » a été créé le 15 mars 2008 dans le cadre d'une convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de Maladie (devenue Caisse Nationale de Santé – CNS) (Mémorial A – N°39 du 04 Avril 2008).

Ainsi, les lombalgies sont une problématique de santé publique importante dans de nombreux pays. Il convient non seulement de prévenir la survenue de cette symptomatologie, mais aussi de la prendre en charge de la meilleure façon qu'il soit pour éviter des séquelles pour les patients et des dépenses inutiles pour le système de santé.

1.1. Données épidémiologiques

- Ces dernières années, les maladies du système musculo-squelettique sont classées au deuxième rang des causes de retraites anticipées en raison d'une incapacité à la reprise du travail, derrière les maladies mentales et les troubles du comportement (Nationale Versorgungsleitlinie, NVL, 2017).
- Au Luxembourg, il n'existe pas de données concernant les raisons de recours aux soins en médecine de ville ou en policliniques hospitalières.
- Les lombalgies chroniques sont en augmentation, malgré une multiplication des investigations et gestes thérapeutiques, une étude en EU a estimé la prévalence à 10% en 2006, comparé à 3,9% en 1992 (Freburger et al 2009).
- De 2016 à 2018, au Luxembourg, les personnes en arrêt médical pour cause d'arthrose du rachis ou de hernie discale représentait en moyenne 8,23% de l'ensemble des personnes absentes de leur travail pour cause de maladie. La durée moyenne de ces arrêts médicaux était de 19,4 jours civils.

	Personnes résidentes absentes pour cause d'arthrose du rachis ou de hernie discale	En proportion de l'ensemble des personnes résidentes absentes pour cause de maladie	Nombre de jours civils par personne
2016	9873	8,40%	20,2
2017	9995	8,40%	18,9
2018	10219	7,90%	19,1

- En France les lombalgies sont responsables de 20% des accidents du travail, de 2% des maladies professionnelles (INRES2019).

1.2. Définition et classification

La HAS définit la lombalgie commune comme une : « Douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes. »

La lombalgie commune désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes cliniques d'alerte.

⇨ voir le tableau 1 « drapeaux rouges » à l'annexe 1 (HAS 2019)[1].

Les différents types de lombalgies (HAS, 2019) :

- la **lombalgie aiguë** ou **poussée aiguë de lombalgie** (englobe les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles) est d'évolution ≤ 4 semaines,
- la **lombalgie subaigüe** qui a une évolution comprise entre 4 et 12 semaines,
- la **lombalgie à risque de chronicité** pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de « drapeaux jaunes »),
- la **lombalgie chronique** marquée par une ancienneté supérieure à trois mois
- la **lombalgie récidivante**, en cas de récidive de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

1.3. L'aspect multifactoriel des lombalgies

L'évolution des lombalgies aiguës communes mais surtout des lombalgies chroniques est multifactorielle. Le pronostic dépend tout autant de la clinique que du contexte psychosocial du patient. Il peut être sombre entraînant parfois une réelle invalidité.

En conséquence, tous ces facteurs doivent être pris en compte dans le diagnostic et le traitement. Chez certains patients, cela nécessite une attention particulière, car les facteurs psychosociaux ont une influence significative sur le développement et le pronostic de la maladie (NVL, 2017).

[1] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf

1.4. Les lombalgies au cours de pathologies spécifiques

Les pathologies suivantes peuvent entraîner une lombalgie aiguë ou chronique mais leur prise en charge spécifique ne fait pas partie du périmètre de cette recommandation de bonne pratique.

Certaines sont toutefois énumérées en diagnostic différentiel dans certains paragraphes de ce document.

- La hernie discale
- Le canal lombaire étroit,
- La spondylarthrite,
- Les métastases,
- Les conséquences de traumatismes
- etc.

2. DESCRIPTION DU PARCOURS DU PATIENT ATTEINT DE LOMBALGIE AIGUE

2.1. Lombalgie aiguë/lumbago

- Le premier contact avec le système de soins, d'un patient se plaignant d'une lombalgie aiguë a principalement lieu au niveau des soins primaires, avec le médecin généraliste mais parfois avec l'urgentiste si la douleur est intense et soudaine.
- Une anamnèse et un examen clinique tenant compte des antécédents et des facteurs de risques sont effectués, une irritation radiculaire ou des signes de déficit sensitifs associés doivent rapidement être exclus.
- Après exclusion des signes de gravité, le médecin généraliste ou l'urgentiste peuvent proposer, suivant l'intensité de la douleur, un traitement médicamenteux antalgique et une prise en charge kinésithérapique.

Remarque : Le rôle de la kinésithérapie est développé au point 8.2. de ce document.

2.2. Lombalgies chroniques

- Les patients réalisent souvent un véritable parcours du combattant avec des visites chez différents médecins, la réalisation de nombreux examens radiologiques, des prises en charges variées et de longs arrêts de travail mais sans amélioration durable de leur symptomatologie.
- Pour le médecin qui voit pour la première fois un patient souffrant de lombalgies chroniques, la prise en charge est d'autant plus complexe que le patient a parfois

déjà subi plusieurs interventions chirurgicales et présente éventuellement des séquelles invalidantes.

A ce stade de la maladie, la prise en charge doit être pluridisciplinaire, si possible dans un service spécialisé type “clinique du dos”, garantissant une approche diagnostique complète, une évaluation fonctionnelle et psychosociale, des discussions avec le patient pour expliquer le but de la prise en charge et organiser le suivi thérapeutique. **(Recommandation forte)**

3. L’EXAMEN CLINIQUE ET FONCTIONNEL

L’anamnèse à la recherche d’antécédents traumatiques et l’évaluation du contexte psychosocial (condition de travail, poste de travail, syndrome dépressif etc.), éventuellement des examens complémentaires déjà réalisés et de traitements prescrits est un temps essentiel de la prise en charge.

Au moment du diagnostic initial lors d’un épisode de lombalgie aiguë, la recherche de signes d’alerte (voir « Drapeaux rouges », annexe 1) qui pourraient orienter vers une pathologie sous-jacente à prendre en charge rapidement et spécifiquement, est primordiale (HAS, 2019).

Cette recherche doit aussi être refaite tout au long de l’évolution de la lombalgie, particulièrement en cas de nouvelle poussée aiguë, ou en cas de modification des symptômes cliniques. L’HAS recommande de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée de lombalgie aiguë.

A côté des signes d’alerte ou de gravité, l’examen clinique doit aussi porter une attention particulière sur la morphologie du dos, l’amplitude des mouvements, les attitudes antalgiques, (cf « Drapeaux jaunes » de l’annexe 1)

4. EVALUATION DU RISQUE D’ÉVOLUTION VERS UNE LOMBALGIE CHRONIQUE

Il est recommandé de rechercher la présence de facteurs de risques psychosociaux (peurs et croyances, contextes psychologique et social, voir « drapeaux jaunes » annexe 1) au moment du diagnostic initial, dans le but d’évaluer le risque que la douleur et/ou l’incapacité persiste dans le temps et d’adapter la prise en charge (grade B). (HAS, 2019)

Plusieurs questionnaires peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité :

- STarT Back screening tool1 (propose une prise en charge stratifiée sur le risque)
- Örebro1 (prédiction de l’absentéisme)
- FABQ[1] (évaluation du niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie)

- HAD[2] (évaluation du niveau d'anxiété et de dépression)

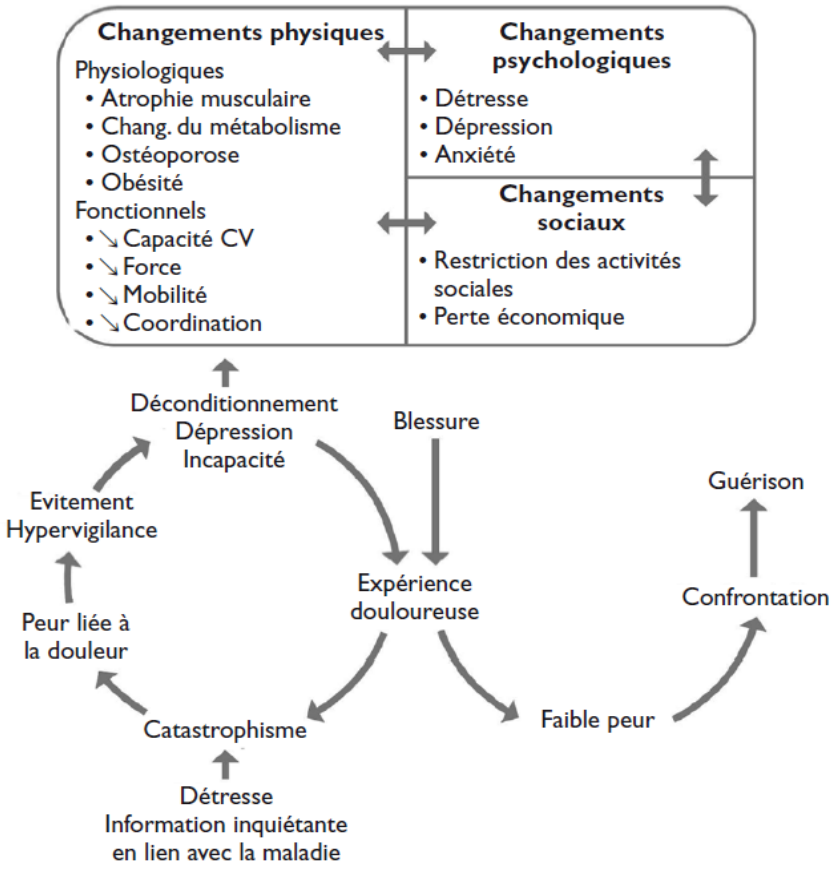

Figure 2. Chronicisation de la lombalgie illustrée par le modèle de la peur liée à la douleur

Henchoz, 2011

5. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR DANS LA LOMBALGIE

5.1. Une origine discale de la douleur ?

Des études épidémiologiques mettent en évidence une prévalence très élevée d'anomalies des structures vertébrales visualisées à l'imagerie asymptomatiques en population générale. (Balagué et Dudler, 2013)

[1] http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/
[2] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf

Une étude portant sur 5.000 recrues rapporte une prévalence d'anomalies transitionnelles de la charnière lombosacrée de 10,7% parmi les patients se plaignant de lombalgies, mais à 17,5% pour ceux sans anamnèse de douleurs lombaires. (Yavuz, 2012)

Une étude, portant sur 1.043 volontaires âgés de 18 à 55 ans, a montré que 40% des sujets de moins de 30 ans ont des dégénérescences discales lombaires et que cette prévalence augmente avec l'âge pour dépasser 90% pour le groupe de 50-55 ans. Une association statistique peut être retrouvée entre la dégénérescence des disques lombaires (OR : 2,2 ; IC 95% : 1,4-3,4) ou la présence de hernie discale (OR : 2,1 ; IC 95% : 1,4-3,1), ce qui signifie qu'une importante proportion de sujets ont ces anomalies en absence de douleurs. Par contre, les déchirures de l'anneau fibreux et les nodules de Schmorl n'étaient pas significativement associés aux lombalgies. » (Cheung et al, 2009)

Des IRM demandées pour suspicion de hernie discale vont mettre en évidence d'autres découvertes inattendues d'anomalies du rachis, une étude comportant 1.268 patients, a montré une prévalence des mises en évidence inattendue d'anomalies de 8,1%.

Tableau 1. Prévalence des lésions à l'IRM chez des sujets asymptomatiques (quelques exemples)

Premier auteur Année publication/revues	Sujets (n)/hommes (n) Ages	Résultats/commentaires
Boden S. 1990/J Bone Joint Surg (Am)[50]	67/30 Fourchette: 20-80 ans Moyenne: 42 ans	Prévalence* HD+CLE/protrusion/discopathie 20-39 ans: 22% (21% HD + 1 CLE)/56%/34% 40-59 ans: 22% (22% HD)/50%/59% 60-80 ans: 57% (36% HD + 21% CLE)/79%/93%
Borenstein D. 2001/J Bone Joint Surg (Am)[51]	50 Fourchette: 20-80 ans Suivi à sept ans de la cohorte précédente	58% étaient toujours libres de douleur Trouvailles IRM jugées non prédictives
Buirski G. 1993/Spine[52]	63/38 Fourchette: 19-52 ans + 115 patients avec douleurs	Six catégories de l'état des disques (signal IRM) Pas de différence entre les sujets symptomatiques et asymptomatiques
Carragee E. 2000/Spine[53]	54/44	Etude centrée sur la HIZ** et discographie 24% des asymptomatiques avaient un disque avec HIZ
Jensen MC. 1994/N Engl J Med[54]	98/50 Fourchette: 20-80 ans Moyenne: 42 ans + 27 patients avec douleurs	Seulement 36% avaient tous les disques lombaires normaux 50%: protrusion ≥ 1 niveau 27%: hernie ≥ 1 niveau; ou autrement dit 64% des asymptomatiques ont au moins un disque «pathologique»
Pfirrmann CW. 2006/J Orthop Res[55]	70/37 Fourchette: 20-78 ans Moyenne: 48 ans	50% des disques étaient absolument «normaux»***
Takatalo J. 2012/Spine[56]	167 d'une cohorte de 874 Fourchette: 20-22 ans Moyenne: 21 ans	Asymptomatique = sans douleur à 18, 19 et 21 ans. Différences significatives entre les groupes pour fissure radiale (radial tear), HD, hernie luxée et nodule de Schmorl Leurs prévalences respectives chez les jeunes sans douleur = 7%, 11%, 1% et 10%
Weinreb JC. 1989/Radiology[57]	45 femmes enceintes et 41 non enceintes	Au moins un disque lombaire anormal (protrusion ou hernie) chez 53 et 54% respectivement
Weishaupt D. 1998/Radiology[58]	60 Fourchette: 20-50 ans	62-67% des sujets présentaient des protrusions ou hernies discales Aucun séquestre discal Nombreuses lésions visualisées

* Définitions standardisées. Les chiffres représentent le % de patients ayant au moins une lésion du type concerné.
** HIZ est la zone hyperintense au niveau de l'annulus fibreux postérieur du disque.
*** Etude limitée aux paramètres discaux.
HD: hernie discale; CLE: canal lombaire étroit; protrusion: débord global d'un disque; discopathie: perte de hauteur et diminution du signal discal en T2.

(Balagué, 2013)

En conclusion :

La concordance entre l'imagerie et les symptômes est assez mauvaise, plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour déterminer si les lésions radiologiques sont bien la cause des symptômes et s'il faut ou non traiter.

L'existence d'hernies discales complètement asymptomatiques est très fréquente, une relation de cause à effet entre la visualisation d'une telle anomalie et les symptômes ne peut être déduite de manière systématique et l'existence d'autres mécanismes (pathologies tendineuse ou musculaire) dans l'origine de la douleur lombaire non visibles à l'imagerie est probable. (INRES, 2019)

En l'absence de « Drapeau rouge », il n'y a donc pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie **(grade C**, HAS 2019).

Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas indiquée. (**grade AE**, HAS 2019)

6. INDICATIONS DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le tableau ci-dessous résume les avantages et inconvénients des examens de radiographie :

Avantages	Désavantages
• Vision des structures anatomiques • «Satisfaction» intellectuelle du médecin • Satisfaction à court terme du patient *	• Mauvaise corrélation avec la clinique • Coûts directs en augmentation • Peu d'influence sur les décisions thérapeutiques basées sur l'évidence • Faux positifs pouvant induire des décisions inappropriées, par exemple, chirurgicales • Effet négatif sur la qualité de vie des patients • Irradiation (pour les radiographies, tomodensitométries et scintigraphies)
* La probabilité de découvrir par hasard une lésion grave potentiellement traitable est beaucoup trop faible pour pouvoir être acceptée comme un «avantage» à l'heure de demander des examens radiologiques.	

(Balagué, 2013)

6.1. Radios du rachis lombaire

En l'absence de « drapeau rouge », il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidiens (grade AE, HAS 2019).

Par contre la radiographie est utile chez les patients jeunes à la recherche de spondylolisthésis, de spondylarthrite ankylosante, etc. ou chez les patients âgés (à partir de 55 ans). » (Société Française de Radiologie, SFR, 2013)

6.2. IRM rachis lombaire

Il est recommandé de réaliser une imagerie rachidienne en cas de lombalgie chronique, après 3 mois d'évolution et en l'absence de « drapeau rouge ». L'IRM est l'examen à privilégier (ou un scanner en cas de contre-indication à l'IRM). (grade AE, HAS 2019)

Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne (IRM ou scanner si contre-indication à l'IRM) est conseillée (sauf chez les patients hyperalgiques si le délai d'attente pour la réalisation de l'examen est trop long) (grade AE, HAS 2019)

6.3. Scanner rachis lombaires

Un scanner du rachis lombaire ne sera demandé qu'en cas de contre-indication à l'IRM. (HAS, 2019) En cas d'urgence et d'indisponibilité d'une IRM dans les délais souhaités, un scanner peut être demandé.

6.4. Remarques :

- Il n'y a pas d'indication à renouveler l'imagerie en l'absence de modification des symptômes (grade AE, HAS 2019).
- Il est important d'expliquer au patient l'absence de corrélation systématique entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie (grade AE, HAS 2019)

7. LA PRÉVENTION DES RÉCIDIVES ET DU PASSAGE À LA CHRONICITÉ

Comme décrits dans le tableau des « drapeaux jaunes, annexe 1 » un certain nombre de facteurs de risques de passage à la chronicité sont d'ordre psychologique comme la dépression, l'anxiété, le stress, les représentations fausses de la lombalgie, les comportements inappropriés face à la douleur etc.

Il existe aussi des facteurs pronostiques liés au travail – insatisfaction professionnelle, environnement de travail jugé hostile – éventuellement aussi en fonction des indemnités liées au niveau d'incapacité.

Afin de prévenir les récidives et le passage à la chronicité de la lombalgie et de faciliter le retour au travail, le GT recommande une prise en charge pluridisciplinaire du patient durant la période subaigüe (1-3 mois après l'incidence de la lombalgie).

8. LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

8.1. Information et éducation du patient

La prise en charge « bio-psycho-sociale » de la lombalgie est primordiale, elle doit être centrée sur le patient et doit prendre en compte le vécu et d'autres facteurs, comme la dimension physique, psychologique et socioprofessionnelle, tous ces facteurs pouvant influencer la douleur.

La HAS recommande de délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune (généralement favorable en quelques semaines) (grade AE, HAS 2019).

Pour éviter un passage à la chronicité, il est important de faire passer le message au patient qu'il est acteur de sa guérison par la gestion de facteurs ayant une influence sur sa douleur (comme p.ex. son poids, ses activités physiques ou sportives) mais également en participant à une éducation thérapeutique donnée par des kinésithérapeutes (apprendre à adopter une meilleure posture, reconnaître et éviter certaines mauvaises habitudes).

La HAS propose les différentes actions suivantes :

Tableau 1. Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune. Différentes prises en charge peuvent être associées.

			Modalités
Première intention	Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées (grade B)	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées (grade B)	Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient.
	Kinésithérapie	Indiquée (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
Deuxième intention	Éducation à la neurophysiologie de la douleur (a)	Indiquée (AE)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
	Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.
	Interventions psychologiques type TCC	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur.
Troisième intention	Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale (b) et professionnelle	Possible (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée. À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient.

TCC : techniques cognitivo-comportementales ; (a) sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/ ; (b) il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des TCC et des mesures d'ordre social.

HAS (2019)

8.2. Kinésithérapie

La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignées par un kinésithérapeute, puis poursuivis à domicile, est recommandée (grade B, HAS 2019).

Les techniques de traitement passives (p. ex. massages, tractions, inclus les manipulations ostéopathiques) ne sont pas recommandées isolément. En utilisation seule, il y a preuve d'absence d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie[3].

La participation active du patient à la kinésithérapie est primordiale (grade B, HAS 2019).

La prise en charge bio-psycho-sociale du patient souffrant d'une lombalgie par le/la kinésithérapeute comprend son éducation, sa réassurance, la lutte contre ses peurs et croyances et la sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique.

[3] Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, et al. Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181(5):620–630. doi:10.1001/jamainternmed.2021.0005

8.3. La place des médicaments

En cas de poussée aiguë de lombalgie, une prise en charge antalgique graduée, débutant par des antalgiques de palier I, tout en gardant à l'esprit qu'un traitement médicamenteux, quel qu'il soit, n'a aucune efficacité à moyen terme sur l'évolution de la lombalgie, est recommandée.

Le traitement médicamenteux doit être sélectionné en considérant les antécédents médicaux ainsi que les préférences et expériences du patient mais également le risque de mésusage. (HAS, 2019)

Lors de la prescription d'antalgiques, il est important que le médecin rappelle au patient l'objectif de ce traitement, qu'il est symptomatique et non curatif, et comment le prendre correctement afin de limiter tout risque de mésusage. (HAS, 2019).

Tableau 2. Traitements médicamenteux indiqués en cas de lombalgie commune.

		Modalités	Grade
Première intention	Paracétamol	Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur.	AE
	AINS	Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfice/risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible.	A
Seconde intention	Opioïdes (a)	Le risque de mésusage doit être pris en compte (b).	B
		Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible.	B
		Les opioïdes forts sont réservées aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible.	B
	Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie.	A
		Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	B
	Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie.	A
		Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	B

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; IRSNa : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

(a) Il est recommandé d'informer le patient du risque d'effets secondaires des opioïdes. Le maintien d'un traitement par opioïdes faibles ou forts doit être très régulièrement réévalué en fonction des bénéfices qui auront été préalablement établis avec le patient (AE).

(b) Il existe des outils pour détecter un risque de mésusage avant la première prescription (*Opioid Risk-Tool*) et avant un renouvellement (échelle POMI). En cas de risque de mésusage, une surveillance étroite du patient est conseillée (AE). En cas de mésusage avéré, une prise en charge conjointe avec un centre de la douleur ou d'addictologie est recommandée (AE).

(c) Il est recommandé d'informer le patient de leur mode d'action (effet différé) et des effets indésirables (AE).

(d) Score DN4 ou *pain detect*.

HAS (2019)

8.4. La place du chirurgien dans la lombalgie

Dans la prise en charge de la lombalgie la place du chirurgien ne devrait pas être en première ligne, mais selon le parcours du patient et en interaction pluridisciplinaire.

Pour comprendre les indications de la chirurgie dans les lombalgies il faut prendre en compte une classification des lombalgies selon le mécanisme lésionnel présumé de la douleur.

Cette classification, proposée par la SFCR (Barrey, Le Huec, 2019), distingue 3 catégories :

1. **lombalgie d'origine non-dégénérative secondaire** à une cause traumatique, tumorale infectieuse ou inflammatoire
2. **lombalgie d'origine dégénérative secondaire** à une pathologie discale, facettaire, ligamentaire mixte ou associée ou non à un trouble régional et/ou global de la statique rachidienne.
3. **lombalgie d'origine indéterminée** sans relation retrouvée avec des lésions anatomiques

Les **lombalgies de la catégorie 1** se réfèrent aux drapeaux rouges et la cause doit être traitée rapidement et de manière spécifique.

Les **lombalgies de la 2ème catégorie** sont celles pour lesquelles, dans certains cas, un traitement interventionnel peut éventuellement être envisagé.

Mais avant d'envisager une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit, il est important de rappeler les points suivants :

- **Il faut en principe au minimum de 6 mois à 1 an de traitement conservateur avec des résultats insuffisants pour discuter d'une éventuelle indication chirurgicale (grade AE, HAS 2019).**
- Il faut, avant tout avis chirurgical, avoir engagé le patient dans une prise en charge en rééducation fonctionnelle, lutter contre le déconditionnement lombaire et proposer une thérapie comportementale cognitive.
- **L'intervention du chirurgien en début d'évolution d'une lombalgie isolée non spécifique n'est en général pas requise.**
- **Un chirurgien peut néanmoins être sollicité directement par un patient** trop tôt dans la prise en charge de la lombalgie. Ce médecin devra idéalement rediriger le patient dans le parcours de soins approprié au sein d'un réseau de compétences dédié à la lombalgie. Pour rappel ce réseau associe différents acteurs (médecin traitant, kinésithérapeute, rhumatologue, neurologue, rééducateur fonctionnel, psychologue, médecin du travail, algologue).
- **La chirurgie rachidienne, dans le cadre des lombalgies chroniques dégénératives, peut difficilement se baser sur des études permettant d'établir des grades d'évidences**, car des études prospectives, en double aveugle et randomisées de la chirurgie par rapport à d'autres techniques non-chirurgicales sont impossibles.

La SFCR (Barrey, Le Huec, 2019) regroupe les interventions chirurgicales sous différentes techniques :

- **les fusions**, qui ne sont pas supérieures au traitement conservateur incluant une rééducation intensive et une prise en charge cognitive sur la fonction (évalué par l'ODI (Oswestry Diability Index)) et la douleur (niveau 2) mais donnent de meilleurs résultats qu'un traitement non-chirurgical n'incluant pas de rééducation intensive (niveau 2).
- **les prothèses discales**, pourraient amener une amélioration de la fonction et de la douleur, en comparant aux techniques de fusion, mais sans signification clinique (niveau 2).

- **les systèmes de stabilisation dynamique**, qui, en l'état actuel des connaissance, ne sont pas recommandés pour le traitement des lombalgies chroniques d'origine dégénératives (accord professionnel SFCR).
- **les dispositifs inter-épineux**, qui, en l'état actuel des connaissance, ne sont pas recommandés pour le traitement des lombalgies chroniques d'origine dégénératives (accord professionnel SFCR).

Pour les lombalgies de la 3e catégories, pour lesquelles la corrélation radio-clinique n'est pas évidente, des infiltrations test épidurales, foraminales ou facettaires peuvent quelques fois être indiquées de manière ponctuelle à visée diagnostique.

Dans les autres cas, où la corrélation est plus évidente, ces infiltrations peuvent avoir une action thérapeutique.

Ils sont réalisés soit par le chirurgien lui-même, ou par son correspondant au sein du réseau de soin : radiologue, rhumatologue ou encore algologue.

La réalisation de gestes encore plus spécialisés percutanés peu invasifs doit idéalement être discutée de façon pluridisciplinaire après échecs des traitements conservateurs y compris les infiltrations notamment si la durée en terme d'efficacité de ces traitements apparaît insuffisante avec des récidives algiques fréquentes malgré une bonne rééducation.

Il s 'agit des thermocoagulations facettaires, et des nucléotomies thermiques comme l'IDET (intra discal electrotherapy), chimiques comme le discogel ou mécaniques comme la discectomie percutanée endoscopique.

Ces interventions sous anesthésie locale ou neuroleptanalgésie peuvent, en fonction de l'organisation locale du réseau de soins et en fonction des habitudes, être réalisées par différents intervenants (chirurgien, rhumatologue, radiologue, rééducateur, algologue).

L'efficacité de ces gestes est très variable en fonction de la pertinence de l'indication, et de la qualité de sa réalisation technique. Les études scientifiques apportent un niveau de preuve moyen, c'est à dire qu'il existe une présomption d'efficacité selon l'avis des experts.

En conclusion, la place spécifique d'une indication chirurgicale dans la lombalgie non spécifique chronique d'origine dégénérative n'apparait licite que pour une partie très restreinte des patients (10 à 15%) qui continuent de souffrir depuis plus de 6 mois avec fort retentissement socio-professionnel et malgré un traitement conservateur bien conduit. (**grade AE**, HAS 2019)

Il s'agit :

- des discopathies dégénératives avec ou sans lésions des facettes,
- des véritables instabilités rachidiennes, ou encore
- des désordres régionaux en rapport avec un trouble de l'équilibre sagittal.

La chirurgie proposée est le plus souvent une arthrodèse rachidienne (fusion osseuse), dont les résultats, dans les bonnes indications et à 5 ans, sont généralement bons (>80%). Après ce délai, les résultats finissent par se dégrader, surtout après 8 à 10 ans, en raison d'une dégénérescence des niveaux adjacents.

Une évolution plus récente des indications pour éviter cette dégradation est de s'orienter vers des solutions dites « non enraidissantes » (motion preservation

technology) comme les prothèses discales qui ont prouvé leurs bons résultats comme alternative à la fusion.

Il faut considérer ces interventions comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique de dernier recours après échec des thérapies conservatrices, après une évaluation physique et psychologique complète établissant une bonne corrélation radio/clinique dans la mesure des moyens actuels et après une décision pluridisciplinaire, impliquant le patient lui-même. (Avis d'expert)

Même si l'on sait que le résultat à long terme de ces opérations peut se dégrader, il « accélère » la récupération de la fonction et permet au patient un retour plus rapide à une réinsertion professionnelle en l'absence de complications.

9. LA REPRISE DU TRAVAIL APRÈS UN ÉPISODE DE LOMBALGIE COMMUNE

La prise en charge doit inclure un examen de pré-reprise de travail par le médecin du travail où sont évalués, en plus de l'état physique, les risques au travail particulièrement les manutentions de charge comprenant le poids de la charge, la fréquence des manutentions et la distance à parcourir avec la charge ainsi que les aides techniques à disposition.

Le salarié est invité à donner sa vue sur la reprise du travail à son poste actuel.

Pour évaluer le handicap fonctionnel des outils tels que l'échelle d'Eifel[4] ou le questionnaire de Dallas[5] peuvent être utiles.

En cas de menace de chronicité de la douleur, il faudra de même réaliser une évaluation cognitivo-comportementale par le psychologue du travail qui permet d'évaluer les composantes émotionnelles de la douleur ainsi que la kinésiophobie du patient. (questionnaire FABQ en annexe 5 de ce document)

Le salarié doit être motivé à être acteur lui-même et à participer à une rééducation active avec un réentrainement à l'effort tenant compte des facteurs physiques et psychologiques du patient qui peuvent jouer un rôle dans la gestion de la douleur et influencer favorablement le retour au travail (niveau A d'évidence).

Afin d'évaluer le rôle que le salarié joue, un questionnaire du locus de contrôle interne (être soi-même acteur) ou externe (être convaincu de ne pas avoir d'influence) peut apporter des éléments d'évaluation. (Grade AE)

En fonction du poste de travail, une étude ergonomique sur le lieu du travail permet d'adapter le poste de travail, de proposer des aides techniques ou de donner des conseils sur des postures de travail. Cette étude de poste en présence du salarié et de l'employeur permet de sensibiliser l'employeur à réduire les risques au plus bas possible et par ce biais de prévenir l'incidence de lombalgies chez les autres travailleurs.

En ce qui concerne le retour au travail, il y a lieu de considérer :

1. Les interventions ergonomiques sur l'organisation du travail ont une influence sur la réduction de la douleur lombaire (évidence variable)

[4] http://fr.scale-library.com/pdf/EIFEL_Roland_Morris.pdf
[5] http://fr.scale-library.com/pdf/Auto_Questionnaire_Dallas.pdf

2. Les interventions pluridisciplinaires sur le lieu du travail sont à recommander pour réduire certains aspects de la lombalgie commune (niveau A d'évidence)
3. Les aménagements temporaires du travail y compris les adaptations ergonomiques peuvent être recommandées afin de faciliter le retour au travail (niveau B d'évidence)

En ce qui concerne le délai de reprise du travail, le retour au travail devrait avoir lieu entre la période de lombalgie subaiguë (3-4 semaines) et le début de la chronicité (à partir de la 12e semaine). Tout arrêt au-delà de 6 mois compromet fort le retour au même poste de travail.

10. LES GRADES DE RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU CS ET NIVEAUX D'ÉVIDENCE

10.1. Les grades de recommandations de la HAS

- **A** : Preuve scientifique établie
- **B** : Présomption scientifique
- **C** : Faible niveau de preuve
- **AE**: Accord d'experts

10.2. Rappel des grades de recommandation du CS

- **Recommandation forte**

  Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.

- **Recommandation faible**

  Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.

- **Absence de recommandation**

  En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque.

10.3. Les niveaux d'évidence scientifiques

Le niveau d'évidence peut être élevé, moyen ou faible. Il est déterminé à partir des critères suivants:

- **Niveau de preuve élevé**

  Essais randomisés contrôlés en double aveugle de bonne qualité méthodologique ; méta-analyses d'essais randomisés contrôlés.

- **Niveau de preuve intermédiaire**

  Essais randomisés contrôlés de faible puissance ; essais comparatifs non randomisés bien menés ; études de cohorte.

- **Niveau de preuve faible**

  Etudes cas-témoins ; études rétrospectives ; études comparatives comportant des biais importants ; séries de cas ; études épidémiologiques descriptives.

11. BIBLIOGRAPHIE

1. Balagué F., Dudler J., Place de l'imagerie dans la douleur lombaire : limites et réflexions Rev Med Suisse 2013; volume 9. p.1351-1359

   consulté le 06/11/2020 sur *https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-392/Place-de-l-imagerie-dans-la-douleur-lombaire-limites-et-reflexions*

2. Barrey C.Y., Le Huec J-C., Prise en charge de la lombalgie chronique : intérêt d'une nouvelle classification basée sur le mécanisme lésionnel, Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Volume 105, Issue 2, 2019, p.190-198, ISSN 1877-0517,

   consulté le 20/04/2021 sur https://doi.org/10.1016/j.rcot.2019.01.004.

   (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877051719300267)

3. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, Castel LD, Kalsbeek WD, Carey TS. The rising prevalence of chronic low back pain. Arch Intern Med. 2009 Feb 9;169(3):251-8.

4. Cheung KM, Karppinen J, Chan D, et al. Prevalence and pattern of lumbar magnetic resonance imaging changes in a population study of one thousand forty three individuals. Spine (Phila Pa 1976) 2009;34:934-40

   consulté le 06/11/2020 sur *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19532001/*

5. Genevay S., Balagué F., Diagnostic et pronostic des douleurs lombaires : apport et limites de la clinique, Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1283-8

   consulté le 06/11/2020 sur *https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-568/Diagnostic-et-pronostic-des-douleurs-lombaires-apport-et-limites-de-la-clinique*

6. Haute Autorité de Santé (HAS), Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

consulté le 19/08/2020 sur *https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune*

7. Henchoz Y., Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ?, Rev Med Suisse 2011; volume 7. 612-616

   consulté le 09/07/2020 sur *https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-286/Lombalgies-non-specifiques-faut-il-recommander-l-exercice-et-les-activites-sportives*

8. Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL), Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung, 2. Auflage, 2017, Version 1, AWMF-Register-Nr.: nvl-007

   consulté le 09/07/2020 sur *https://www.leitlinien.de/nvl/html/kreuzschmerz/kapitel-1*

9. Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, et al. Effect of Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181(5):620–630. doi:10.1001/jamainternmed.2021.0005

10. Shipton EA. Physical Therapy Approaches in the Treatment of Low Back Pain. Pain Ther. 2018 Dec;7(2):127-137. doi: 10.1007/s40122-018-0105-x. Epub 2018 Sep 18. PMID: 30229473; PMCID: PMC6251828.

    consulté le 19/11/2020 sur *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30229473/*

11. Société Française de Radiologie (SFR) et Société Française de Médecine Nucléaire sous l'égide de la Haute Autorité de Santé et de l'Autorité de sûreté nucléaire, Référentiel de bonnes pratiques à l'usage des médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale, Transposition de la directive européenne 97/43 Euratom, 2013

    consulté le 22/10/2020 sur *http://gbu.radiologie.fr/*

12. Vos T., Flaxman A. D., Naghavi M., et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012;380(9859):2163–219

13. Yavuz U, Bayhan AI, Beng K, Emrem K, Uzun M. Low back complaints worse, but not more frequent in subjects with congenital lumbosacral malformations : A study on 5000 recruits. Acta Orthop Belg 2012;78:668-71.

    consulté le 06/11/2020 sur *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23162965/*

12. LE GROUPE DE TRAVAIL

GT Lombalgies

Dr Alexandre BISDORFF, coordinateur du GT
Président du Conseil scientifique
Médecin spécialiste en neurologie

Dr Robert APSNER , membre du Conseil scientifique
Contrôle médical de la sécurité sociale

Dr José AZZOLIN, médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation
Représentant de la Société Luxembourgeoise de Médecine Physique et de Réadaptation

Mme Sandrine COLLING, experte méthodologique
Cellule d'expertise médicale

Dr Max HAAG, médecin généraliste, Sportmediziner
Représentant de la Société Scientifique Luxembourgeoise de Médecine générale

Dr Frank HERTEL, médecin spécialiste en neurochirurgie
Représentant de la Société Luxembourgeoise de Neurochirurgie

Dr Marco HIRSCH, médecin spécialiste en rhumatologie

Dr Yves LASAR, médecin spécialiste en radiologie
Représentant de la Société Luxembourgeoise de Radiologie

Dr Nicole MAJERY, Service de Santé au Travail Multisectoriel (STM)

M. Patrick OBERTIN, kinésithérapeute
Représentant de l'Association Luxembourgeoise de Kinésithérapie

Dr Olivier RICART, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique
Représentant de la Société Luxembourgeoise d'Orthopédie et de Traumatologie

Dr Isabelle ROLLAND, experte en méthodologie
Cellule d'expertise médicale

Les membres ont déclaré leurs conflits d'intérêts potentiels.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu

B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225

ANNEXE 1: LES SIGNES D'ALERTE LORS D'UN ÉPISODE DE LOMBALGIE - « DRAPEAUX »

« Drapeaux rouges »

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval)
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée)
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur)
- Perte de poids inexpliquée
- Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme)
- Déformation structurale importante de la colonne
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales)
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans ;
- Fièvre
- Altération de l'état général

« Drapeaux jaunes » : indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée :

- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité)

HAS, 2019

« Drapeaux bleus » : facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail
- Manque de capacité à modifier son travail
- Manque de soutien social
- Pression temporelle ressentie
- Absence de satisfaction au travail
- Stress au travail
- Faible espoir de reprise du travail
- Peur de la rechute

« Drapeaux noirs » : facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste
- Insécurité financière
- Critères du système de compensation
- Incitatifs financiers
- Manque de contact avec le milieu de travail
- Durée de l'arrêt maladie

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.

HAS, 2019

ANNEXE 2: CE QU'IL FAUT RETENIR D'APRÈS 6 RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES INTERNATIONALES

Box 1. **Key messages from six international clinical guidelines for management of low back pain**

- Adopt a stepped or stratified approach to care of low back pain, guided by the patient's response to previous care or the results of risk prediction tools. Recommended by 4 out of 6 guidelines.[11–14]
- First step care for low back pain, which will be sufficient for many patients, is to provide advice to remain active, education on the benign nature of low back pain and reassurance about the absence of serious pathology. Recommended by all guidelines.[11–16]
- Second step options for acute low back pain include physical therapies (massage, spinal manipulation, heat-wrap therapy), psychological therapies (psychologically informed physiotherapy) or complementary therapies (acupuncture[a]). At least one recommended by all guidelines.[11–16]
- Second step options for chronic low back pain comprise physical therapies (exercise, massage, spinal manipulation), psychological therapies (cognitive behavioural therapy), complementary therapies (mindfulness-based stress reduction, yoga, acupuncture,[a] tai chi). Recommended by 4 out of 6 guidelines.[11–13,15]
- Third step in chronic low back pain care is multidisciplinary pain management (targets physical, psychological and social aspects of low back pain and involves a team of clinicians). Recommended by 5 out of 6 guidelines.[11–15]
- Care of low back pain care without medication is preferred. Recommended by all guidelines.[11–16]
- If pain medication is needed, begin with a nonsteroidal anti-inflammatory drug at the lowest effective dose for the shortest time. Recommended by all guidelines.[11–16]
- Avoid prescribing opioid drugs for low back pain where possible. Recommended by 3 out of 6 guidelines.[11,14,16]
- Do not offer injectable steroid drugs to patients with chronic non-specific low back pain. Recommended by 3 out of 6 guidelines.[11,13,14]
- Do not offer surgery for patients with non-specific low back pain outside of a randomized trial. Recommended by 3 out of 6 guidelines.[11,13,14]

[a] Acupuncture was endorsed by the United States, Danish and Australian guidelines, but discouraged by United Kingdom and German guidelines. Belgian guidelines made no recommendation.

Notes: We analysed current clinical guidelines on low back pain care from six countries (United States of America, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Australia, Germany, Belgium and Denmark) released since 2016. Some specific details of recommendations differed between the guidelines.

424 *Bull World Health Organ* 2019;97:423–433 | doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226050

ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE START BACK SCREENING TOOL

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr

Nom du patient: _____ Date: _____

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à **ces 2 dernières semaines** :

		Pas d'accord	D'accord
		0	1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est **propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s).**	☐	☐
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à **l'épaule** ou au **cou.**	☐	☐
3	Je n'ai **parcouru à pied que de courtes distances** à cause de mon mal de dos.	☐	☐
4	Au cours des 2 dernières semaines, **je me suis habillé(e) plus lentement** que d'habitude à cause de mon mal de dos.	☐	☐
5	**Il n'est pas vraiment prudent** pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	☐	☐
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	☐	☐
7	Je considère que **mon mal de dos est épouvantable** et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	☐	☐
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	☐	☐

9 Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) **au cours des 2 dernières semaines**?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
☐	☐	☐	☐	☐
0	0	0	1	1

Score total (les 9 items): _____ **Sous-Score (Items 5-9):**_____

http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/

Interprétation :
https://startback.hfac.keele.ac.uk/wp-content/uploads/2018/11/Keele_STarT_Back9_item.pdf (page 2)

ANNEXE 4: QUESTIONNAIRE ÖREBRO MUSCULOSKELETAL PAIN SCREENING

Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

Nom du patient: **Date :**

Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelle que soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.

1. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.

□ 0-1 semaine	□ 2-3 semaines	□ 4-5 semaines	□ 6-7 semaines	□ 8-9 semaines
□ 10-11 semaines	□ 12-23 semaines	□ 24-35 semaines	□ 36-52 semaines	□ >52 semaines

2. Quelle était l'intensité de votre douleur durant les sept derniers jours ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										Douleur maximale imaginable

3. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Complètement calme et relâché										Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été

4. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										Extrêmement

5. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de risque										Risque très élevé

6. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans six mois ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune chance										Très grande chance

Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.

7. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord

8. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord

Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.

9. Je peux faire un travail léger pendant une heure.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

10. Je peux dormir la nuit.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

Item 1. La première catégorie « 0-1 semaine » vaut 1 et la dernière «>52 semaines » vaut 10. La catégorie « 8-9 semaines » vaut 5.
Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8. Le score est celui du chiffre entouré.
Item 6, 9 et 10. Le score égale 10 moins le chiffre entouré.

Total =
Score >49= risque élevé

Outil reproduit avec la permission du Professeur Steven J. Linton détenteur du copyright de l'Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.

http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/

Interprétation :

Un score > 49/100 est à risque élevé de chronicité.

ANNEXE 5 : FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Évaluation individuelle face à la douleur
FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68
Version française : Chaory K,Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur
Pour chaque remarque, veuillez entourez le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos

	Absolument pas d'accord avec la phrase	*Partiellement d'accord avec la phrase*					*Complètement d'accord avec la phrase*
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 - Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)

Fig. 1. Version française du *Fear-Avoidance beliefs Questionnaire* (FABQ).

http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/questionnaires/

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE HOSPITAL ANXIETY DEPRESSION SCALE (HAD)

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014

© Haute Autorité de Santé – 2014

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf