

**CHAPITRE 9**  
**LES LOMBALGIES**  
**STRATEGIE D’EVALUATION ET PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

Bénédicte Jamard  
Arnaud Constantin et Yolande Esquirol

**Plan du Chapitre**

**A – Stratégie d’évaluation et prise en charge thérapeutique**

1. Introduction
  2. Epidémiologie
    - 2.1. Fréquence des lombalgies
    - 2.2. Facteurs de risque des lombalgies
    - 2.3. Facteurs de risque de passage à la chronicité
    - 2.4. Aspects socio-économiques
  3. Etiologies
  4. Diagnostic différentiel
  5. Lombalgie aiguë ou lumbago
    - 5.1. Définition de la lombalgie aiguë ou lumbago
    - 5.2. Lombalgie aiguë symptomatique
    - 5.3. La lombalgie aiguë commune
  6. Lombalgie chronique
    - 6.1. Définition de la lombalgie chronique
    - 6.2. Approche multifactorielle de l’évaluation de la lombalgie chronique
    - 6.3. Place de l’imagerie dans l’évaluation de la lombalgie chronique
    - 6.4. Evaluation socioprofessionnelle
    - 6.5. Evaluation psychologique
    - 6.6. Evaluation médico-légale
    - 6.7. Principes de la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique
- Annexes

**B – Traitement physique**

1. La lombalgie aiguë
2. La lombalgie chronique

**I – INTRODUCTION**

La lombalgie est un symptôme très fréquent, en constante augmentation dans les pays industrialisés. L'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux ne sont clairement individualisés que dans moins de 20 % des cas. Le premier temps de l'évaluation d'un patient lombalgique consiste à éliminer les rares lombalgies symptomatiques d'une affection rachidienne fracturaire, tumorale, inflammatoire ou infectieuse. Le deuxième temps de cette évaluation repose sur l'identification précoce des facteurs de risque de chronicité. Dans le cadre des lombalgies dites communes, la plupart des épisodes aigus (lumbagos) évoluent naturellement vers la guérison en quelques jours à quelques semaines. Le médecin a pour missions de rassurer le patient, de soulager la douleur et de favoriser une reprise rapide des activités quotidiennes, afin d'éviter le passage à la chronicité. Au stade de lombalgie chronique (plus de 3 mois d'évolution), une approche multifactorielle (évaluations physique, fonctionnelle, socioprofessionnelle, psychologique et éventuellement médico-légale) et une prise charge multidisciplinaire semblent nécessaires. Elles ont pour objectifs ambitieux de contrôler la douleur, d'améliorer les capacités fonctionnelles et de favoriser une réinsertion sociale et professionnelle.

## **II - EPIDEMIOLOGIE**

Les données épidémiologiques sont très dépendantes du système de santé de chaque pays. Un bon exemple en est la pratique de la chirurgie lombaire dans la lombalgie. Il a été montré que le nombre d'interventions chirurgicales lombaires dans un pays était proportionnel au pourcentage par habitant de ce pays de chirurgiens orthopédiques et de neurochirurgiens. Aux USA, ce pourcentage est supérieur à 40 % par rapport aux autres pays développés. Ce pourcentage représente plus de 4 à 5 fois celui de l'Angleterre.

### **2.1. Fréquence des lombalgies**

De 70 à 80 % de la population française a eu une lombalgie à un moment de sa vie. Cette fréquence est en augmentation constante depuis 40 à 50 ans dans tous les pays industrialisés. La prévalence annuelle est de 30 % en moyenne (de 15 à 45 %). Les lombalgies sont particulièrement fréquentes chez l'adulte jeune avec un pic de fréquence vers 40 ans. Cette fréquence diminue ensuite chez l'homme alors que, chez la femme, il existe un nouveau pic de fréquence à partir de la soixantaine du fait de l'ostéoporose post-ménopausique.

Une étude britannique de 1996, conduite chez des sujets de 25 à 64 ans montrait les chiffres suivants : 59 % de prévalence vie entière, 39 % de prévalence annuelle, 19 % de prévalence instantanée et 4,7 % d'incidence annuelle. Une étude canadienne, réalisée chez 1300 hommes employés en secteur industriel arrive aux mêmes chiffres : 60 % de prévalence vie entière et 11 % de prévalence instantanée. Les résultats d'une étude française concernant une population de 725 salariés sont présentés dans le **tableau I**.

**Tableau I : Prévalence des lombalgies au cours des 6 derniers mois dans une population de 725 salariés français (d'après Ozguler et coll, 2000)**

	Femmes (n = 357)	Hommes (n = 368)
Lombalgies au moins 1 jour (%)	45	41
Lombalgies au moins 30 jours (%)	19	16
Traitement de la lombalgie (%)	23	20
Consultation pour la lombalgie (%)	25	21
Arrêt de travail pour la lombalgie (%)	8	10

## 2.2. Facteurs de risque des lombalgies

Les principaux facteurs de risque des lombalgies sont présentés dans le **tableau II**. La prise en compte de certains de ces facteurs, professionnels notamment, pourrait permettre la mise en place de mesures de prévention primaire des lombalgies .

**Tableau II : Facteurs de risque des lombalgies**

<b><i>Facteurs de risque avérés</i></b>
Tabagisme (statistique faible mais significative, mais pas de lien de causalité retrouvé) Alcoolisme <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs professionnels</li> </ul> Biomécaniques (soulèvement, manipulation, vibrations) Psychosociaux (monotonie et absence de plaisir du travail, mauvaise communication avec les collègues de travail, stress, bas niveau d'instruction et de qualification) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs médico-légaux</li> <li>• Facteurs psychologiques* (personnalité hystérique, symptômes psychosomatiques, usage périodique de tranquillisants)</li> <li>• Facteurs extra-professionnels ( jardinage,bricolage .. ; sport en compétition ..)</li> </ul>
<b><i>Facteurs de risque non avérés</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs anthropométriques (dont l'obésité ; et l'amaigrissement n'améliore pas la lombalgie)</li> <li>• Anomalies rachidiennes congénitales (anomalies transitionnelles lombo-sacrées, spina bifida occulta)</li> <li>• Anomalies rachidiennes acquises (dystrophie rachidienne de croissance, spondylolisthésis lombosacré, scoliose)</li> <li>• Arthrose lombaire</li> </ul>

\* Ces facteurs semblent moins importants que les facteurs professionnels.

## 2.3. Facteurs de risque de passage à la chronicité

Plus de 90 % des épisodes de lombalgies aiguës évoluent naturellement vers la guérison en moins de 3 mois. Au-delà de cette période, on parle de lombalgie chronique. Le pronostic est plus réservé, la demande de soins est importante et coûteuse, l'absentéisme au travail élevé et le taux d'invalidité lourd. Un certain nombre de facteurs de risque de passage à la chronicité ont été décrits en cas de lombalgie aiguë, ils sont présentés dans le **tableau III**.

**Tableau III : Facteurs de risque de passage à la chronicité**

- **Age supérieur à 45 ans**
- **Antécédents de lombalgie ou de chirurgie lombaire**
- **Présentation initiale de la lombalgie :**
  - Intensité de la douleur lombaire
  - Irradiation douloureuse aux membres inférieurs
  - Importance du handicap fonctionnel
- **Prise en charge initiale de la lombalgie :**
  - Prise en charge tardive
  - Prescription de repos au lit strict
  - Arrêt de travail initial prolongé
  - Absence d'informations et de conseils
- **Contexte socioprofessionnel :**
  - Bas niveaux d'éducation et de ressources
  - Statut familial défavorable
  - Poste de travail avec importantes contraintes mécaniques
  - Insatisfaction au travail
- **Contexte psychologique :**
  - Troubles de la personnalité (hypochondriaque ou hystérique)
  - Etat de détresse psychologique
  - Anomalies de la perception du handicap
  - Stratégies adaptatives (coping) inappropriées
- **Contexte médico-légal :**
  - Accident du travail
  - Conflit médico-légal

## **2.4 Aspects socio-économiques**

Dans les pays industrialisés, du fait de la très grande fréquence dans la population générale, la lombalgie est un problème majeur de santé publique. Les dépenses en coûts directs et en pertes de productivité sont énormes. La comparaison avec les pays en voie de développement est intéressante : la fréquence de la lombalgie y est moindre dans les populations rurales malgré les rudes contraintes physiques professionnelles, mais cette fréquence augmente dans ces pays parmi les populations urbanisées. Ceci souligne l'importance des conditions de vie et de travail.

Les lombalgies représentent 9 % des motifs de consultation du généraliste (2<sup>e</sup> rang) bien que seulement 1/4 des lombalgiques consultent pour leur mal au dos (**tableau I**), 7 % des arrêts de travail (bien que seuls 22 % des lombalgiques s'arrêtent pour cela), 8 % des actes de radiodiagnostic, 3 % des prescriptions médicamenteuses, 30 % des prescriptions de rééducation et 13 % des invalidités (3<sup>e</sup> cause d'invalidité, 1<sup>e</sup> cause avant 45 ans).

Les coûts médicaux directs sont de 1,37 milliards d'euros par an seulement pour le secteur libéral, auxquels viennent s'ajouter environ 534 millions d'euros annuels d'incapacités temporaires ou définitives. On considère que les coûts indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de production et pertes d'opportunité d'emploi) représentent 62 à 93 % des coûts totaux des lombalgies. Dans le seul cadre des accidents du travail, 13 % des arrêts (environ 110 000) sont dus, chaque année, à des lombalgies, ce qui correspond à la perte de 3,6 millions de journées de travail.

Le coût total de la lombalgie est estimé à 4,5 milliards d'euros en Hollande, 9,1 au Royaume-Uni, 17,4 en Allemagne. À ces coûts tangibles s'ajoutent les coûts indirects intangibles liés aux conséquences psychologiques et sociales ou à la réduction des capacités physiques des personnes souffrantes.

Le poids socio-économique de l'invalidité pour lombalgies est en augmentation exponentielle dans les pays industrialisés. À titre d'exemple, aux USA, entre les années 60 et les années 80, l'invalidité lombalgique a augmenté 14 fois plus vite que la population et le coût d'indemnisation a été multiplié par 27 (alors que le coût de l'invalidité toutes causes confondues n'était multiplié que par 3,5). Ceci semble d'avantage dû à un changement d'attitude des malades, des professionnels de santé et de la société face à la lombalgie qu'à une importante augmentation de la fréquence de la maladie.

Surtout, on distingue classiquement les lombalgies aiguës (moins de trois mois d'évolution) qui représentent la majorité des cas, et les lombalgies chroniques (plus de trois mois d'évolution) qui ne représentent que 7 % environ des lombalgies. Cependant, l'essentiel du poids économique des lombalgies est porté par ces rares malades chroniques. Une enquête canadienne de 1988 montrait que 6,7 % seulement des arrêts de travail pour lombalgies étaient supérieurs à 6 mois mais qu'à eux seuls ils représentaient plus de 75 % des coûts d'indemnisation et près de 70 % des journées de travail perdues. La compensation pécuniaire a une influence négative sur la longueur de l'indisponibilité. Dans une étude déjà ancienne, la durée moyenne d'arrêt de travail était de 14,5 mois en accident de travail et de 3,6 mois en maladie. Le type d'accident, le diagnostic et les traitements spécifiques n'affectaient pas le devenir des patients alors que les troubles psychologiques jouaient un rôle déterminant (Sander et Meyers, Spine, 1986). Enfin, le coût global de la lombalgie est différent selon les pays. Aux USA, il est quatre fois plus important par habitant qu'en France ou en Hollande. Cette différence est expliquée en partie par l'utilisation beaucoup plus importante des techniques d'imagerie et des actes chirurgicaux.

L'évolution chronique des lombalgies dépend beaucoup plus des données démographiques, psychosociales et professionnelles que des caractéristiques médicales de l'affection, ce qui fait dire à un spécialiste américain de ces questions que « les lombalgies sont plus un problème politique qu'un problème médical ». En pratique, il est essentiel d'agir vite car les chances de reprise d'une activité professionnelle diminuent très vite avec la durée de l'arrêt de travail : elles ne sont plus que de 50 % après 6 mois d'arrêt, inférieures à 30 % après un an et pratiquement nulles au delà de 2 ans.

### **III – ETIOLOGIES**

La lombalgie n'est qu'un symptôme et non une maladie ; à ce titre elle peut recouvrir de nombreuses étiologies.

La région lombaire est anatomiquement riche et complexe, composée des vertèbres, des disques intervertébraux, des articulations interapophysaires postérieures articulaires postérieures (avec leur capsule articulaire, leur synoviale et leurs cartilages articulaires), de nombreux ligaments (courts : reliant deux vertèbres contiguës ; et longs : passant en pont sur plusieurs vertèbres), de multiples tendons et de leurs muscles (profonds et superficiels). La région est richement vascularisée et surtout très richement innervée, notamment par les rameaux terminaux des branches postérieures sensibles de chaque racine nerveuse. Toutes ces structures peuvent être touchées par un processus pathologique et donc être responsables de douleurs (**tableau IV**).

**Tableau IV : Causes certaines ou hypothétiques des lombalgies**

<b>Structure anatomique</b>	<b>Causes possibles</b>
Muscles	Myopathies, traumatismes musculaires
Tendons	Tendinites
Ligaments	Entorses
Articulations interapophysaires postérieures	Inflammatoires (spondylarthropathies) Dégénératives (arthrose)
Os	Fracture vertébrale (ostéoporotique ou traumatique) Tumeurs bénignes Tumeurs malignes primitives ou métastases Maladie osseuse de Paget Ostéite infectieuse
Disques intervertébraux	Dégénérescence discale, discarthrose Hernie discale
Enthèses*	Inflammatoires (spondylarthropathies) Dégénératives (hyperostose vertébrale)
Nerfs	Périphérique : syndrome des branches postérieures Radiculaire : sciatique, crurale, autres radiculites Intra-canaulaire : tumeurs du fourreau dural, rares épидуритес infectieuses

\* *Enthèse : zone d'insertion des tendons, ligaments ou capsules articulaires dans l'os*

À toutes ces atteintes anatomiques, il convient d'ajouter que la colonne lombaire est un « lieu » d'investissement psychique important et donc une région de somatisation (dépression, conversion hystérique). On suppose que les douleurs lombaires sont alors un dérivatif qui aide à oublier ou à supporter la détresse psychique.

Cette multitude de causes des lombalgies, de gravité, de pronostic et de traitement très différents, ne doit pas cacher une quintuple réalité clinique :

Nos moyens d'investigations sont limités et radiographies, tomodensitométrie, IRM, scintigraphie osseuse, électromyographie, ostéodensitométrie, ne pourront détecter que certaines de ces causes (infections et tumeurs osseuses, hernie discale, arthrose, rhumatismes inflammatoires évolués, radiculite, maladie de Paget, hyperostose vertébrale, tumeurs nerveuses, ostéoporose, ...) alors que d'autres sont indétectables (tendinites, atteintes ligamentaires et musculaires) et donc ne sont que vraisemblables mais hypothétiques : le substratum anatomique des lombalgies reste très souvent mystérieux.

Il faut mettre en perspective ces différentes étiologies en fonction de leur fréquence (**tableau V**) et donc bien comprendre que les causes graves que nous pouvons identifier ne représentent que moins de 10 % des lombalgies. Ce sont donc les causes hypothétiques qui recouvrent la vaste majorité des lombalgies et, en pratique, une étiologie n'est retrouvée que dans moins de 20 % des cas.

**Tableau V : Fréquence des causes graves et identifiées des lombalgies récentes**

Tassements vertébraux (le plus souvent ostéoporotiques)	4,00 %
Hernie discale conduisant à la chirurgie	2,00 %
Cancers osseux ou métastases rachidiennes	0,70 %
Spondylodiscites	0,01 %

La dissociation anatomoclinique : des lésions objectives peuvent n’entraîner aucune lombalgie et se voir chez des individus n’ayant jamais eu mal au dos (hernie discale, arthrose rachidienne, anomalies osseuses, congénitales ou acquises). À l’inverse, toutes les explorations précitées peuvent être normales chez un authentique lombalgique. On peut donc avoir des anomalies sans souffrir ou souffrir sans anomalie (détectable). En pratique, devant une lombalgie récente, il faut se méfier d’attribuer à certaines lésions visibles la cause de la douleur (cf. tableau sur les facteurs de risques).

L’immense majorité des lombalgies aiguës guérissent spontanément et rapidement : 90 % des guérisons se font en moins de 2 semaines même en l’absence de tout traitement. 40 à 50 % des lombalgies répertoriées en milieu professionnel durent moins de 24 heures. Les récurrences sont cependant fréquentes (près 50 % de rechute dans l’année suivant le premier épisode).

Nos moyens thérapeutiques sont à la hauteur de nos connaissances étiologiques : détecter une infection, une ostéoporose, une maladie de Paget, une spondylarthrite ankylosante, une tumeur débouche sur des propositions thérapeutiques spécifiques. Dans tous les autres cas, nous sommes réduits à l’emploi de traitements symptomatiques.

De ces constats découle une attitude pragmatique face à la prise en charge des lombalgies : sur le plan diagnostique, il faut s’attacher à détecter les causes précises, bien identifiées et accessibles à un traitement spécifique. On qualifie ces lombalgies de “ symptomatiques ”. Elles sont cependant les plus rares. Toutes les autres lombalgies seront qualifiées de “ communes ” et partagent une même évolution vers la guérison rapide ; elles ne nécessitent donc pas d’explorations poussées puisqu’elles vont disparaître, que ces explorations seraient négatives ou faussement positives et que les thérapeutiques sont purement symptomatiques.

#### **IV – DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Les douleurs de la région lombaire peuvent être en rapport avec des affections extra-rachidiennes (**tableau VI**). Dans ce cas, l’examen physique du rachis lombaire est normal, mais un examen plus complet permet le plus souvent d’identifier des signes extra-rachidiens évocateurs de ces affections.

**Tableau VI : Affections extra-rachidiennes pouvant occasionner des lombalgies**

<b><i>Appareil région</i></b>	<b><i>ou</i></b>	<b><i>Maladies</i></b>
Appareil digestif		Lombalgies hautes : ulcère gastro-duodéal, pancréatite Lombalgies basses : colite, diverticulose, cancer colique

Région rétropéritonéale	Colique néphrétique, fibrose et tumeurs rétropéritonéales Anévrisme de l'aorte abdominale.
Région pelvienne	Lombalgies basses ou douleurs sacrées : douleurs menstruelles, endométriose, tumeurs utérines, grossesse.
Appareil ostéo-articulaire de voisinage	Sacroiliite Fractures et tumeurs du sacrum Coxopathies

## **V – LOMBALGIE AIGUË OU LUMBAGO**

### **5.1. Définition de la lombalgie aiguë ou lumbago**

On parle de lombalgie aiguë ou lumbago en cas de douleurs de la région lombosacrée, pouvant irradier dans les fesses ou à la face postérieure des cuisses sans dépasser les genoux, évoluant depuis moins de trois mois.

### **5.2. Lombalgie aiguë symptomatique**

On parle de lombalgie symptomatique chaque fois qu'il existe une cause fracturaire, tumorale, infectieuse ou inflammatoire aux douleurs lombaires rapportées par le patient. Un certain nombre de signes d'alerte, relevés à l'interrogatoire ou à l'examen physique, doivent systématiquement évoquer le caractère symptomatique d'une lombalgie (**tableau VII**).

**Tableau VII : Eléments devant faire suspecter une lombalgie symptomatique**

<p>Âge de début des symptômes avant 20 ans ou après 55 ans</p> <p>Antécédent de maladie néoplasique</p> <p>Toxicomanie, immunodépression (VIH, traitement immunosupresseur)</p> <p>Corticothérapie générale</p> <p>Traumatisme violent (choc direct ou chute d'une hauteur importante)</p> <p>Douleur non mécanique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Douleur du matin supérieure à la douleur du soir</li> <li>Raideur matinale de plus de 15 à 30 minutes</li> <li>Réveils nocturnes non liés au changement de positions</li> </ul> <p>Altération de l'état général (quelle que soit sa nature) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amaigrissement inexpliqué</li> <li>Fièvre</li> <li>Sueurs nocturnes</li> </ul> <p>Raideur lombaire persistante, déformation rachidienne importante</p> <p>Signes neurologiques dépassant le métamère atteint (en cas de sciatique)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte bilatérale, troubles sphinctériens</li> <li>Atteinte pyramidale</li> </ul> <p>Signes devant faire suspecter une pathologie vasculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terrain poly vasculaire</li> <li>Notion de pathologie anévrismale aortique</li> <li>Douleur thoracique associée à la douleur lombaire.</li> </ul>
---

Si à l'issue de l'examen clinique initial, il existe des signes d'appel en faveur d'une lombalgie symptomatique, on pourra s'aider d'examen complémentaires. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, la CRP constituent les examens biologiques à demander en première intention. Les radiographies du rachis lombaire, de face et de profil, éventuellement complétées par un cliché du bassin de face (en cas de suspicion de

spondylarthropathie inflammatoire) sont les examens d'imagerie à demander en première intention. En cas de doute persistant sur le caractère symptomatique de la lombalgie (origine infectieuse ou tumorale), l'examen d'imagerie de deuxième intention doit être une IRM du rachis lombaire. La scanographie et la scintigraphie osseuse conservent leur place en cas de contre-indication ou d'inaccessibilité de l'IRM afin d'éliminer une lombalgie non commune.

### **5.3 La lombalgie aiguë commune**

#### **5.3.1. Évaluation initiale**

L'examen clinique initial a pour objectif d'affirmer l'origine rachidienne des douleurs (cf. diagnostic différentiel), puis d'éliminer une lombalgie symptomatique d'une affection fracturaire, tumorale, infectieuse ou inflammatoire. L'identification de l'origine anatomique et des mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux de la lombalgie commune n'a pas d'intérêt à ce stade, puisqu'elle ne modifiera pas la prise en charge thérapeutique (**tableau VIII**).

**Tableau VIII : Quelques idées fausses en matière de lombalgie aiguë**

Diagnostiques	Scanner et IRM permettent toujours de détecter la cause de la lombalgie
	Faire une radiographie du rachis lombaire devant toute lombalgie
Thérapeutiques	La hernie discale impose la chirurgie
	Les lombalgies obligent à arrêter toute activité
	Le repos au lit est la base du traitement
Prise en charge	Les lombalgies aiguës ou chroniques peuvent faire l'objet d'une déclaration au titre des maladies professionnelles indemnifiables
Etiologiques	Les lombalgies sont toujours dues à un traumatisme ou un soulèvement de lourdes charges

La douleur est d'installation brutale ou progressive, au pire empêchant le redressement (malade "plié en deux"). Elle peut être impulsive à la toux, à l'éternuement, à la défécation. L'intensité de la douleur n'est pas proportionnelle à la gravité de la lésion causale. Elle est souvent déclenchée par un effort de soulèvement ou une mise en tension de la région lombo-sacrée, un trajet prolongé en voiture, un faux mouvement du rachis.

A l'examen physique, la raideur lombaire est manifeste, parfois accompagnée d'une déviation antalgique du rachis lombaire, mais l'examen neurologique des membres inférieurs est en règle normal. La palpation de la région lombaire, malade allongé en décubitus ventral, réveille des points douloureux variables dans leur topographie et leur intensité. Dans ce tableau aigu récent, ils n'ont guère de valeur sémiologique. De même, une contracture musculaire paravertébrale n'est que le reflet de la contracture antalgique réflexe : elle est secondaire et disparaîtra en même temps que la douleur.

Aucun examen complémentaire n'est indiqué à ce stade, en dehors des rares cas où il existe des signes évocateurs de lombalgie symptomatique. Si des radiographies standard étaient réalisées, elle montreraient un rachis lombaire normal ou des signes dégénératifs banals, tels que des discopathies, avec ou sans ostéophytose, ou des signes d'arthrose interapophysaire postérieure, qui ne modifieraient en rien le pronostic ou la prise en charge thérapeutique de l'épisode de lumbago.

### **5.3.2. Prise en charge thérapeutique**

La plupart des épisodes de lombagos évoluent naturellement vers la guérison en quelques jours à quelques semaines. Le médecin a pour missions de rassurer le patient, de soulager la douleur et de favoriser le maintien des activités quotidiennes, afin d'éviter le passage à la chronicité. On admet actuellement qu'il existe une période à risque au cours de laquelle le pronostic passe rapidement de bon à mauvais. Cette période se situe entre 6 semaines et 3 mois d'évolution. On parle alors de lombalgie subaiguë ou de lombalgie persistante.

Les différents traitements disponibles n'ont globalement pas fait l'objet d'évaluations de bonne qualité et reposent en grande partie sur les pratiques professionnelles.

### **5.3.3. Traitements médicamenteux**

- Les antalgiques de classe 1 type paracétamol ont un bon rapport efficacité / tolérance. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont une alternative possible au prix d'effets indésirables plus marqués et plus fréquents. Les AINS sont tous équivalents en terme d'efficacité mais certains sont grevés de plus d'effets secondaires que d'autres. Il n'est pas démontré que les morphinomimétiques (classe 2 de l'OMS) soient plus efficaces que le paracétamol ou les AINS, mais leurs effets secondaires sont plus fréquents.
- Les décontracturants ou myorelaxants ont une efficacité supérieure à un placebo ; à n'utiliser que sur de brèves périodes (pas plus de deux semaines) pour éviter le risque de dépendance physique (pour les benzodiazépines).
- L'efficacité des corticoïdes, des antidépresseurs, de la colchicine n'est pas démontrée.

### **5.3.4. Traitements non médicamenteux**

- Le repos strict (avec arrêt de travail éventuel) est à réduire au strict minimum contrairement aux idées reçues antérieures. Il faut ainsi proscrire l'alitement systématique et limiter sa durée au minimum nécessaire lorsque l'intensité de la douleur le rend indispensable. Il faut au contraire conseiller au patient de maintenir un certain degré d'activités quotidiennes, qui doit être adapté au cas par cas, à l'intensité des douleurs.
- Le port d'une ceinture de maintien lombaire est probablement utile pour prévenir une rechute de lombalgie et réduire l'impact fonctionnel des symptômes chez les patients dont l'activité professionnelle impose le soulèvement fréquent de charges. Il doit être transitoire, même si l'atrophie musculaire dont on a accusé son port prolongé n'a jamais été prouvée.
- Les conseils d'hygiène orthopédique du rachis sont raisonnables (mais jamais testés) : éviter les ports de charges lourdes, les stations assises prolongées.
- Les exercices visant à renforcer la sangle abdominale et les muscles rachidiens n'ont pas d'efficacité démontrée mais peuvent prévenir la dégradation des capacités physiques au cours du premier mois. Ils sont surtout un moyen d'éviter ou de diminuer le risque de rechute.
- Une manipulation vertébrale peut être indiquée dans les lombalgies aiguës communes, mécaniques, sans conflit disco-radulaire, pendant le premier mois d'évolution. Le risque, rare, est de transformer un lombago banal en sciatique ou syndrome de la queue de cheval.

- Différentes techniques de physiothérapie (diathermie, massages, ultra-sons), le laser cutané, les stimulations électriques, la neuro-stimulation transcutanée, les techniques de biofeed back, diverses injections loco dolenti n'ont pas prouvé leur intérêt ; les infiltrations épidurales de corticoïdes non plus dans la lombalgie commune sans sciatique.
- Les “ écoles du dos ” peuvent être un appoint utile en réduisant la durée des arrêts de travail lorsqu'elles sont mises en œuvre sur le lieu du travail. Aucune étude n'a démontré leur efficacité dans d'autres cadres.
- Le port d'une talonnette dans la chaussure ne peut être éventuellement proposée que si l'inégalité de longueur des membres inférieurs est supérieure à 2 cm (très rare).

## **VI – LOMBALGIE CHRONIQUE**

### **6.1. Définition de la lombalgie chronique**

La lombalgie chronique fait le plus souvent suite à des lumbagos ou apparaît de façon progressive. On parle de lombalgies chroniques en cas de douleurs lombosacrées, pouvant irradier dans les fesses ou à la face postérieure des cuisses sans dépasser les genoux, évoluant depuis plus de trois mois, sans tendance à l'amélioration. Ces lombalgies chroniques ne représentent que 7 % des lombalgies mais elles sont responsables de plus de 75 % des dépenses liées à cette affection. L'évaluation d'un patient lombalgique chronique doit se faire selon une approche multifactorielle. La prise en charge thérapeutique doit se faire selon une approche multidisciplinaire.

### **6.2. Approche multifactorielle de l'évaluation de la lombalgie chronique (tableau IX) - Evaluation physique et fonctionnelle**

La douleur constitue la principale plainte des patients lombalgiques chroniques. Elle doit être évaluée de façon multidimensionnelle : approche qualitative et quantitative d'une part, appréciation du retentissement fonctionnel, socioprofessionnel et psychologique d'autre part. L'interrogatoire permet de préciser les caractéristiques de la douleur : siège, irradiation éventuelle, mode d'installation (brutal, progressif), durée d'évolution, horaire (mécanique, inflammatoire, mixte), type (excès de nociception, neuropathique, mixte), facteurs déclenchant et calmant.

L'échelle visuelle analogique (EVA) permet de quantifier son intensité de façon simple. Il s'agit d'une méthode validée, possédant de bonnes propriétés métrologiques. La formulation de la question doit être précise sur la nature de la douleur évaluée : circonstances (spontanée, repos, effort), intensité (maximale, minimale, moyenne), siège (lombaire, irradiation dans les membres inférieurs). Les scores obtenus ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi, mais ils ne permettent pas de comparaisons interindividuelles. L'échelle de Dallas (Dallas Pain Questionnaire) permet d'explorer l'impact de la douleur dans quatre dimensions : activités quotidiennes, travail et loisirs, dépression-anxiété et comportement social. Sa version française, dénommée échelle de douleur du rachis auto-questionnaire de Dallas (DRAD) a récemment été validée chez les patients lombalgiques chroniques. L'échelle DRAD possède de bonnes qualités métrologiques chez le lombalgique chronique. Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire composé de seize questions dont les réponses se font sous forme d'échelles visuelles, qui peuvent être remplies en trois à cinq minutes, avec un résultat chiffré obtenu en moins d'une minute.

L'examen clinique général, ostéo-articulaire et neurologique constitue une étape incontournable dans l'évaluation initiale d'un patient lombalgique chronique. Il permet de s'assurer de l'absence de signes généraux (asthénie, amaigrissement, fièvre) en faveur d'une lombalgie symptomatique. Il est utile pour confirmer l'absence de signes déficitaires des membres inférieurs et du pelvis (anesthésie en selle, troubles sphinctériens) ou de positivité de la manœuvre de Lasègue, qui s'ils étaient présents feraient sortir le patient du cadre de la simple lombalgie chronique. Il permet enfin de rechercher une douleur provoquée à la pression des épineuses ou des régions paravertébrales et d'apprécier la mobilité du rachis dans les différents plans de l'espace (flexion, extension, inflexions latérales). Cependant, l'utilité de l'examen clinique pour distinguer les patients lombalgiques chroniques des sujets normaux reste à démontrer en dehors du cadre de protocoles de recherche clinique. De même, il semble extrêmement délicat de préciser cliniquement la structure anatomique (disque intervertébral, articulations interapophysaires postérieures, ligaments, ou muscles) ou la lésion (pincement discal, ostéophytose, arthrose interapophysaire postérieure, spondylolisthésis) responsable des douleurs. Ainsi, l'examen clinique reste indispensable pour éliminer une lombalgie symptomatique ou une complication neurologique d'origine rachidienne. Par contre, en raison des intrications existant entre les dimensions physique et psychologique, il ne contribue pas à l'évaluation de la sévérité, il oriente rarement la démarche thérapeutique et il ne permet pas le suivi des patients lombalgiques chroniques.

Plusieurs instruments ont été élaborés et sont utilisés pour l'évaluation spécifique de l'incapacité fonctionnelle des lombalgiques : Oswestry Disability Questionnaire, Roland-Morris Disability Questionnaire, Million Visual Analog Scale et Wadell Disability Index. Une version française du Roland-Morris Disability Questionnaire existe et a été validée dans la lombalgie aiguë, il s'agit de l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (échelle EIFEL). Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire composé de vingt-quatre questions concernant les répercussions de la douleur lombaire sur les activités de la vie quotidienne : locomotion, activités domestiques, confort corporel et répercussions sociales ou psychologiques. Cet auto-questionnaire peut être complété par le patient en quelques minutes, un résultat chiffré est obtenu immédiatement, avec un score maximal possible de vingt-quatre correspondant une incapacité majeure et un score minimal de zéro traduisant l'absence d'incapacité.

**Tableau IX : Approche multifactorielle de l'évaluation d'un lombalgique chronique**

<p><b><i>Evaluation de la douleur et de son retentissement</i></b>          Interrogatoire : caractéristique de la douleur          Echelle visuelle analogique (EVA) : intensité de la douleur          Echelle de douleur du rachis : auto-questionnaire de Dallas</p>
<p><b><i>Examen clinique général, ostéo-articulaire et neurologique</i></b></p>
<p><b><i>Evaluation de l'incapacité fonctionnelle</i></b>          Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL)</p>
<p><b><i>Evaluation socioprofessionnelle</i></b>          Niveaux d'éducation et de ressource          Statut familial          Importance des contraintes mécaniques au poste de travail          Niveau de satisfaction au travail</p>
<p><b><i>Evaluation psychologique</i></b>          Recherche d'une composante anxieuse          Recherche d'une composante dépressive          Evaluation éventuelle des stratégies adaptatives</p>
<p><b><i>Evaluation médico-légale</i></b>          Précision du contexte : accident de travail</p>

### **6.3. Place de l'imagerie dans l'évaluation de la lombalgie chronique**

Dans le cadre de la lombalgie commune, il n'a pas été identifié dans la littérature d'éléments permettant de valider une stratégie précise dans l'enchaînement des prescriptions d'imagerie. Les structures anatomiques et les lésions dégénératives potentiellement impliquées dans la genèse des douleurs étant nombreuses, leur responsabilité respective est difficile à établir. De plus, ces lésions dégénératives sont fréquemment retrouvées chez des sujets asymptomatiques. Cette absence de corrélation anatomo-clinique et l'absence d'examen de référence représentent autant d'obstacles à l'évaluation diagnostique et pronostique des examens d'imagerie dans la lombalgie chronique.

Une récente revue de la littérature avait pour objectif de rechercher une relation de causalité entre les données issues des radiographies standard et la lombalgie commune. Les signes de dégénérescence discale (pincement discal, ostéophytose et ostéosclérose) semblent associés à la lombalgie avec des odds ratios compris entre 1,2 et 3,3. D'autres lésions, telles que spondylolyse, spondylolisthésis, spina bifida, anomalies transitionnelles et séquelles de maladie de Scheuermann ne semblent pas associées à la lombalgie. En raison de la grande variabilité de la qualité méthodologique des études prise en compte dans cette revue de la littérature, les auteurs ne concluent pas quant à la présence ou l'absence de relation de causalité entre les données issues des radiographies standard et la lombalgie chronique.

Sur les radiographies dynamiques, il est difficile d'établir une relation entre l'amplitude du mouvement supposé anormal entre deux vertèbres et la symptomatologie clinique. De ce fait, il n'existe pas de preuve suffisante de l'intérêt des radiographies dynamiques, quelle que soit la méthode de mesure, dans l'évaluation de la lombalgie chronique.

Pour ce qui concerne l'IRM, la constatation de signes de dégénérescence discale est fréquente (6 à 85%) chez des sujets asymptomatiques. Un certain nombre d'études cas-témoins, de qualité méthodologique variable, ont conclu à une association entre signes de dégénérescence discale et lombalgie commune. Il faut cependant souligner que 18 à 44% des témoins (sujets asymptomatiques) inclus dans ces études présentent au moins un disque intervertébral considéré comme dégénératif par les radiologues contre 27 à 60% des cas (patients lombalgiques). Ainsi, bien que l'IRM soit un examen sensible pour mettre en évidence des signes de dégénérescence, de protrusion ou de hernie discale, il est difficile voir impossible d'établir une relation de causalité entre les données issues de l'IRM et les symptômes décrits par les patients lombalgiques.

Enfin, la scanographie, la myélographie ou la scintigraphie n'ont pas d'utilité démontrée dans l'évaluation de la lombalgie commune.

En conclusion, les examens d'imagerie sont indiqués en cas de suspicion de lombalgie symptomatique. Dans ce cas, on réalise des radiographies standard, puis une IRM, voire une scanographie ou une scintigraphie en cas de contre-indication à la réalisation de l'IRM. Pour ce qui concerne la lombalgie commune évoluant sur un mode chronique, l'ANAES reconnaît licite la réalisation d'une IRM après radiographie standard quand il existe un retentissement grave dans la vie professionnelle et/ou qu'un traitement invasif est envisagé. Cependant, quelle que soit la gravité du retentissement dans la vie professionnelle, l'IRM n'apportant pas d'élément diagnostique ou pronostique validé dans la lombalgie commune, elle ne semble pas avoir sa place dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la lombalgie chronique.

### **6.4. Evaluation socioprofessionnelle**

Un certain nombre de facteurs socioprofessionnels interviennent en tant que facteurs de risque de chronicité. Ils doivent systématiquement être recherchés et analysés avec le patient au cours de l'entretien. Le statut familial et les niveaux d'éducation et de ressource doivent être pris en compte. Pour ce qui concerne le statut professionnel, on ne doit pas se contenter de noter la profession du patient, mais on doit essayer d'évaluer sa qualification professionnelle, son ancienneté au poste de travail, les contraintes mécaniques inhérentes à ce poste, la formation éventuelle aux gestes et postures, les aménagements éventuels du poste de travail, la capacité de l'entreprise en terme de formation professionnelle. Il faut enfin rester suffisamment à l'écoute du patient pour essayer d'évaluer son niveau de satisfaction au travail, soit directement en l'interrogeant à ce sujet, soit indirectement en lui demandant de décrire son environnement professionnel et hiérarchique.

### **6.5. Evaluation psychologique**

Toute douleur ressentie par un sujet s'accompagne inmanquablement de modifications relationnelles avec son environnement, mais aussi de changements de la perception que ce sujet a de lui-même. Au cours de l'entretien, il est recommandé de rechercher une composante anxieuse et/ou dépressive (tristesse de l'humeur, inhibition psychomotrice et modification de l'humeur ou des conduites alimentaires) éventuellement associée à la symptomatologie douloureuse. Dans le cadre de la recherche clinique, on peut utiliser des tests psychométriques analysant plus particulièrement certains traits de personnalité, notamment anxieux et dépressifs, tels que la version française de l'inventaire de Beck (Beck Anxiety Inventory) ou l'échelle de Hamilton (Hamilton depression rating scale). D'autres tests psychométriques permettent d'évaluer les stratégies adaptatives. Enfin, certains thérapeutes proposent une approche psychosomatique qui trouve son fondement dans la théorie psychanalytique.

### **6.6. Evaluation médico-légale**

Enfin, au cours de l'évaluation d'un lombalgique chronique, l'entretien doit systématiquement rechercher un éventuel conflit médico-légal. Si un tel conflit existe, il faut préciser la situation du patient vis-à-vis des différents régimes susceptibles d'accorder une éventuelle compensation financière : régime assurance maladie, régime accident du travail, régime du droit Commune et COTOREP.

### **6.7. Principes de la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique (tableau X)**

**Tableau X : Principes de la prise en charge multidisciplinaire d'une lombalgie chronique**

<p><b><i>Indications de la prise en charge multidisciplinaire</i></b> Lombalgie persistante et lombalgie chronique</p>
<p><b><i>Composition de l'équipe multidisciplinaire</i></b> Médecin compétent dans la prise en charge des affections du rachis Psychiatre et/ou psychologue Kinésithérapeute</p>

Médecin du travail et/ou assistante sociale
<b>Objectifs de la prise en charge multidisciplinaire</b> Contrôle et gestion de la douleur Amélioration des capacités fonctionnelles Corrections d'éventuels troubles psychologiques Réinsertion sociale et professionnelle
<b>Modalités thérapeutiques de la prise en charge multidisciplinaire</b> Prise en charge de la composante douloureuse : traitements médicamenteux par voie orale et par voie locale ; traitements non médicamenteux Prise en charge de la composante fonctionnelle : programmes de reconditionnement à l'effort Prise en charge de la composante psychologique : antidépresseurs tricycliques ou sérotoninergiques ± anxiolytiques, relaxation, thérapie comportementale, psychothérapie Prise en charge de la composante socioprofessionnelle : mi-temps thérapeutique, changement d'unité de travail, formation professionnelle, reclassement professionnel
<b>Modalités de suivi de la prise en charge multidisciplinaire</b> Réévaluation régulière et prolongée selon une approche multidirectionnelle Quantification objective des résultats de l'intervention multidisciplinaire

### **6.7.1. Notion de multidisciplinarité**

On parle de multidisciplinarité lorsque plusieurs professionnels de santé, d'origines et/ou de compétences différentes, s'occupent d'un même problème médical. L'équipe assurant la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique devrait idéalement comporter : un médecin ayant une compétence reconnue dans la prise en charge des affections du rachis (rhumatologue ou médecin physique), un psychiatre et/ou un psychologue, un kinésithérapeute, un médecin du travail et/ou une assistante sociale et un secrétariat formé à l'accueil des douloureux chroniques.

### **6.7.2. Objectifs généraux**

Les objectifs de la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique doivent être fixés avec le patient à l'issue de l'évaluation initiale. Ils visent à permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer ses capacités fonctionnelles, de corriger d'éventuels troubles psychologiques et enfin à favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible.

### **6.7.3. Prise en charge de la composante douloureuse**

Antalgiques type paracétamol jusqu'à une dose totale de 4 g/jour. En cas de poussée douloureuse : AINS, soins de physiothérapie. Infiltrations des articulaires postérieures en cas d'arthrose et de syndrome de ces articulaires. Son efficacité reste discutée. Une amélioration transitoire peut conduire à une rhizolyse lombaire ou thermocoagulation per-cutanée des branches sensitives postérieures, dont l'efficacité varie aussi de 20 à 70 % selon les équipes.

Pour ce qui concerne les traitements non médicamenteux à visée antalgique, le repos au lit n'est pas recommandé et l'intérêt d'une contention lombaire reste à démontrer. Les massages et la balnéothérapie peuvent être proposés pour leur effet antalgique à court terme, avec l'objectif de pouvoir débiter plus tôt la rééducation. L'exercice est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique. Les manipulations vertébrales peuvent être proposées pour leur effet antalgique à court terme. Elles constituent un acte médical qui doit être précédé d'un bilan clinique et paraclinique.

Enfin, il faut souligner ici que la place de la chirurgie dans le traitement de la lombalgie chronique reste à définir. Au vu des recommandations de l'ANAES, il n'existe pas à ce jour d'intérêt clairement démontré de l'arthrodèse dans la lombalgie chronique isolée et en l'état actuel des connaissances les prothèses discales ne doivent pas être proposées.

#### **6.7.4. Prise en charge de la composante fonctionnelle**

Elle fait appel aux méthodes et techniques kinésithérapiques. Leurs objectifs sont la recherche d'une action antalgique à court terme, le développement des capacités d'autosédation, le renforcement de la musculature abdomino-lombaire, la rééducation de la mobilité lombaire et pelvi-fémorale, l'amélioration de la proprioceptivité lombo-pelvienne et l'amélioration de la condition physique générale. Les programmes d'exercices physiques à visée fonctionnelle donnent des résultats positifs à court terme chez des patients motivés et observants. Il est impossible de conclure sur l'éventuelle supériorité d'un type d'exercice par rapport à l'autre (flexion ou extension). La preuve de l'efficacité des écoles du dos ne comportant qu'un programme d'éducation n'est pas faite dans la lombalgie chronique. Par contre, les programmes de reconditionnement à l'effort comportant des séances d'éducation et de conseils et surtout des programmes de renforcement et d'étirement musculaires, donnent des résultats positifs à long terme sur le plan fonctionnel et semblent favoriser la reprise des activités socioprofessionnelles

#### **6.7.5. Prise en charge de la composante psychologique**

Elle peut faire appel aux traitements médicamenteux tels que les anxiolytiques ou les antidépresseurs tricycliques ou sérotoninergiques en cas de contexte dépressif. Il faut signaler que les antidépresseurs tricycliques exercent par ailleurs un effet antalgique modeste chez le lombalgique. Des approches non médicamenteuses peuvent être proposées par le psychothérapeute après un ou plusieurs entretiens : simple relaxation, thérapie comportementale, approche psychiatrique ou approche psychothérapique d'inspiration psychanalytique

### **6.7.8. Prise en charge de la composante socioprofessionnelle ( Figure 1)**

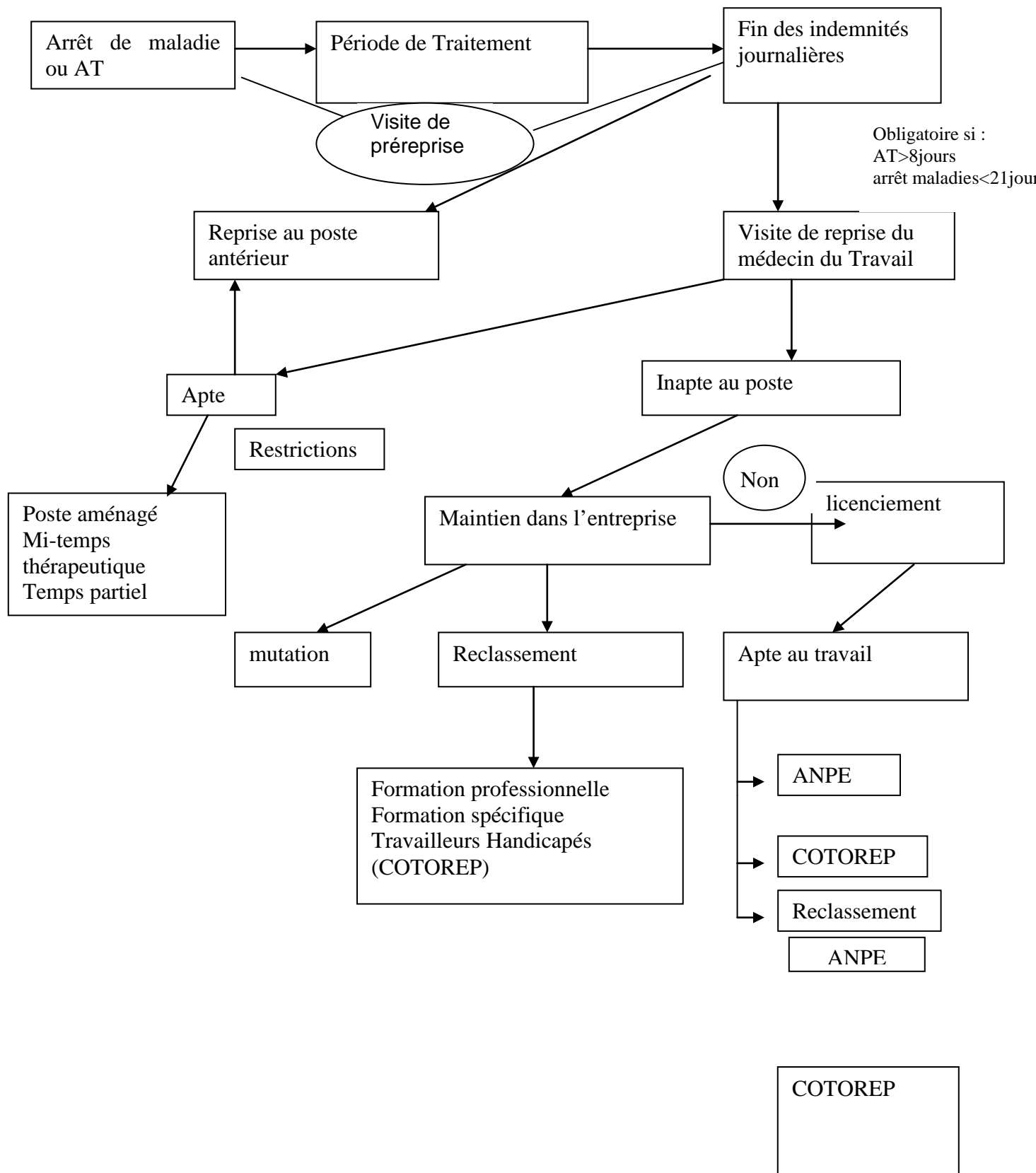
La prise en charge d'un patient lombalgique nécessite une collaboration multidisciplinaire pour répondre aux besoins de prévention, de traitement, et des démarches socio-professionnelles .  
Le médecin de Travail se prononcera sur l'adéquation entre l'état de santé du patient et son poste de travail par un avis d'aptitude individuel et un accès au milieu de travail.

Quand solliciter le Médecin du travail par l'intermédiaire du salarié :

- ◆ Visite de pré-reprise : à l'initiative du patient , du médecin traitant, du médecin conseil ; lorsque le handicap laisse présager une impossibilité de réinsertion au poste antérieur , contacter le médecin du travail avant la fin des droits , permettra d'anticiper sur les stratégies d'action à mener pour effectuer son un aménagement de poste ou un reclassement .
- ◆ Après 8 jours d'arrêt en accident du Travail (obligatoire)
- ◆ Après 21 jours d'arrêt maladie (obligatoire)
- ◆ Pour absences répétées

La reprise d'une activité professionnelle doit être la plus précoce possible afin d'éviter d'« enkyster » le patient dans sa maladie.

Il en résultera un prise en charge plus globale mettant en jeu des différents acteurs (assistantes sociales, ergonomes, ingénieurs, employeurs).



## **EN PRATIQUE**

**Les lombalgies représentent un véritable problème de Santé Publique. Elles imposent une stratégie d'évaluation et une prise en charge thérapeutique standardisée (figure 2).**

### **Devant un lumbago (< 3 mois)**

- Affirmer l'origine rachidienne des phénomènes douloureux
- Eliminer une lombalgie symptomatique :
  - Par l'interrogatoire (altération de l'état général ? anamnèse ?)
  - Par l'examen physique (signes neurologiques, signes extra-rachidiens ?)
  - Par le suivi (reconsidérer le problème si absence d'amélioration au bout d'une à deux semaines et faire les radiographies standard et le bilan biologique)
- Rechercher des facteurs de risque de passage à la chronicité
- Traiter la douleur de façon symptomatique
- Eviter le repos strict et les arrêts de travail prolongés
- Favoriser un maintien des activités
- Rassurer le malade (**Tableau XI**)
- Réévaluer la situation au cours du premier mois d'évolution pour tout mettre en œuvre en cas de lombalgie persistante (6 semaines à 3 mois d'évolution)

**Devant des lumbagos récidivants**, en dehors des crises, gymnastique, conseils d'hygiène orthopédique du rachis, ± école du dos.

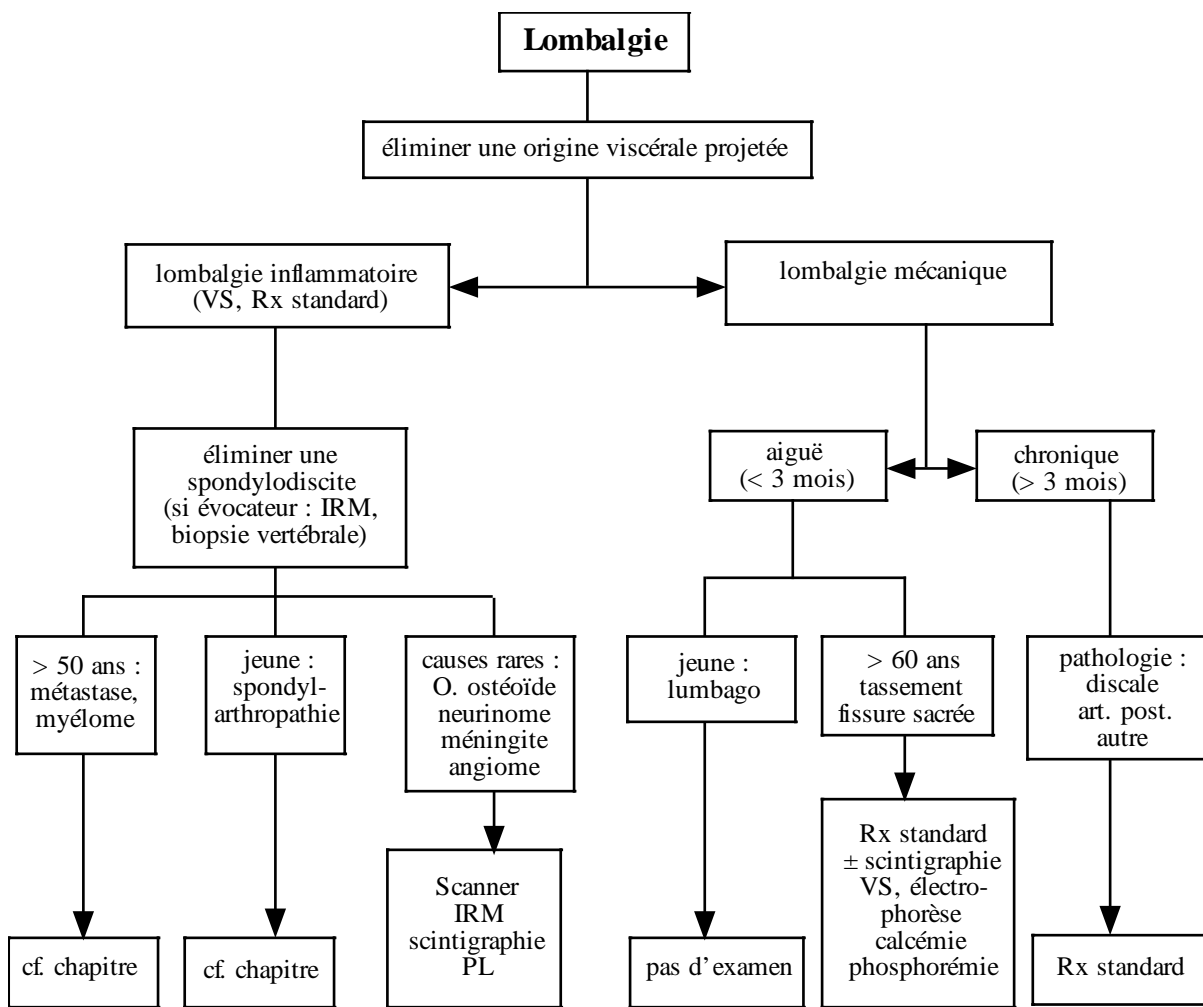
### **Devant une lombalgie chronique (< 3 mois)**

- Réaliser une évaluation selon une approche multifactorielle
- Envisager une prise en charge multidisciplinaire
  - De la douleur
  - Du déconditionnement à l'effort
  - Du retentissement psychologique
  - Du retentissement socioprofessionnel

### ***Pour en savoir plus ...***

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'imagerie dans la lombalgie commune de l'adulte. Paris : ANAES ;1998. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Paris : ANAES ;2000. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)



**Figure 1 : Arbre diagnostique des lombalgies**  
(d'après Dubourg et Wrona, 1995)

**Tableau XI : Eléments à retenir et à indiquer au malade, devant une lombalgie aiguë**

- Les symptômes les plus intenses s'améliorent toujours considérablement en quelques jours. Les symptômes les plus légers peuvent persister, éventuellement plusieurs mois.
- Le maintien d'une activité adaptée à la douleur doit être conseillé.
- La plupart des patients ont des récurrences de leurs douleurs de temps en temps. Elles sont habituelles et ne signifient pas une aggravation des lésions rachidiennes existantes ou l'apparition d'une nouvelle pathologie.
- 10 % des patients ont des symptômes persistants un an après une lombalgie aiguë. La plupart d'entre eux peuvent néanmoins reprendre leurs activités antérieures ; grâce à cela, ils se sentent en meilleure santé, ont un meilleur moral et consomment moins de médicament contre la douleur.
- Plus l'interruption de travail du fait de la lombalgie aiguë est prolongée, plus les chances de reprise du travail sont faibles.
- Les douleurs lombaires n'augmentent pas en général avec l'âge.

**Annexe I : Références médicales opposables (JO du 12 juillet 1998)**

<i>Imagerie dans l'arthrose rachidienne</i>	<b>Algies rachidiennes communes</b>	<i>Masso-kinésithérapie dans les lombalgies communes</i>
Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM, pour le diagnostic ou la surveillance d'une arthrose rachidienne, en dehors des cas où les données cliniques et/ou para-cliniques et les radios standard font craindre une complication ou une pathologie rachidienne d'une autre nature.	Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM, devant une lombalgie aiguë ou un lumbago d'effort, en dehors des cas où les données cliniques et/ou font craindre une lombalgie symptomatique (infectieuse, inflammatoire, tumorale ou extra-rachidienne).	Il n'y a pas lieu, dans la lombalgie aiguë, de prescrire des séances de rééducation fonctionnelle. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention, plus de quinze séances de masso-kinésithérapie dans la lombalgie chronique.

**Annexe II : Les recommandations et Références Médicales de l'ANAES**

## **Masso-kinésithérapie dans les lombalgies communes**

Les méthodes de masso-kinésithérapie dites à effet antalgique direct sont le plus souvent perçues comme sédatives par le patient, notamment le massage et le réchauffement local. Il n'existe cependant aucune preuve de leur efficacité durable dans le traitement de la lombalgie chronique. (Ces méthodes) ne sont qu'adjuvantes et ne doivent donc pas résumer la séance de masso-kinésithérapie.

Les soins de masso-kinésithérapie ne peuvent qu'être prescrits après une évaluation médicale orientant vers des objectifs thérapeutiques précis et qui seront pris en compte dans l'appréciation des résultats.

Mais au-delà, l'objectif est beaucoup plus global. Il cherche à améliorer la gestion de la douleur et à diminuer le retentissement fonctionnel, conséquence directe de la lombalgie, sa répercussion dans les actes de la vie courante qu'il s'agisse des activités quotidiennes ordinaires, professionnelles, de loisirs, voire sportives.

Le choix de la méthode de rééducation dépend des données de l'évaluation médicale et du bilan paramédical. Une notion importante est la position lombopelvienne qui habituellement aggrave ou soulage la lombalgie (...).

Il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander un traitement de masso-kinésithérapie dans la lombalgie aiguë. Il ne faut pas recommander un programme d'école du dos dans la lombalgie aiguë.

Il existe suffisamment de preuves pour conseiller la prescription de masso-kinésithérapie dans la lombalgie chronique. Quinze séances sont suffisantes pour juger du résultat de la masso-kinésithérapie.

Le programme initial doit être poursuivi par une auto-rééducation. La prescription de courtes séries de séances dans les mois ou les années qui suivent peut être justifiée.

Il n'existe pas suffisamment de preuves pour généraliser le principe des écoles du dos dans le traitement de la lombalgie chronique en attendant de nouvelles évaluations.

**Annexe III : diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombaire chronique (ANAES, décembre 2000). [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)**

Tableau récapitulatif des traitements et de leur efficacité dans la lombalgie chronique selon leur grade de recommandation

<i>Modalité thérapeutique</i>	<i>Critère de jugement</i>	<i>Grade de la recommandation</i>	<i>Recommandation</i>
<b>Exercices physiques</b>	Douleur	Grade B	<b>Recommandés</b>
<b>Programmes multi disciplinaires</b>	Douleur, fonction et réinsertion professionnelle	Grade B	<b>Recommandés</b>
<b>Thérapies comportementales</b>	Douleur	Grade C	<b>Recommandées</b>
Paracétamol	Douleur	Non évalué	Peut être proposé
École du dos	Douleur	Pas d'efficacité isolément Grade B si associée à des exercices physiques	Peut être proposée en association avec des exercices physiques
Manipulations vertébrales	Douleur	Grade B	Peuvent être proposées
Thermalisme	Douleur et fonction	Grade B	Peut être proposée à visée antalgique et pour restaurer la fonction
Antalgiques opioïdes (niveau II)	Douleur	Grade B	Peuvent être proposés à visée antalgique
Myorelaxants (tétrazépam)	Douleur	Grade B	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Balnéothérapie	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique
TENS	Douleur	Grade C	Peuvent être proposés à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Électro-acupuncture	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
AINS (doses antiinflammatoires)	Douleur	Grade C	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Massages	Douleur	Efficacité non démontrée	Peuvent être proposés en début de séance
Acide acétylsalicylique	Douleur	Non évalué	Peut être proposé à visée antalgique (courte durée)
AINS (doses antalgiques)	Douleur	Non évalués	Peuvent être prescrits (information du patient sur les risques digestifs)

Acupuncture	Douleur	Efficacité non démontrée	Peut être proposée
Antidépresseurs tricycliques	Douleur	Grade C	Évaluer le bénéfice/risque avant prescription en dehors d'un contexte de dépression
Infiltrations épidurales de corticoïdes	Douleur	Grade B (mélange lombalgies/lombosciatiques)	Ne doit pas être un traitement de première intention
Thermocoagulation de la branche médiale du rameau dorsal postérieur du nerf spinal	Douleur (population sélectionnée)	Grade B	Ne doit pas être un traitement de première intention
Infiltrations intra-articulaires postérieures de corticoïdes	Douleur	Grade C (population sélectionnée)	Ne doit pas être un traitement de première intention
Antalgiques opioïdes (niveau III)	Douleur	Grade C	Peuvent être envisagés au cas par cas
Stimulation des zones gâchettes	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Contention lombaire	Douleur	Non évaluée	Peut être proposée. Ne doit pas être un traitement de première intention
Arthrodèse lombaire	Douleur	Non évaluée	Indications exceptionnelles
Repos au lit	Douleur	Non évalué	Non recommandé
Phytothérapie	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandée
Corticoïdes	Douleur	Non évalués	Non recommandés
Ionisations, ondes électromagnétiques et laser	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandés
Tractions vertébrales	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandées
Prothèses discales	Douleur	Non évaluées	Pas d'indication

*\*En l'absence de grade spécifié, il s'agit d'un simple accord professionnel*