

# PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'ÉVOLUTION



Texte des recommandations FÉVRIER 2000

## COMITÉ D'ORGANISATION

D<sup>r</sup> Danielle-Eugénie ADORIAN, généraliste, Paris ;  
D<sup>r</sup> François BOUREAU, neurophysiologiste, Paris ;  
D<sup>r</sup> Max BUDOWSKI, généraliste, Paris ;  
P<sup>r</sup> Jean-Louis DIETEMANN, radiologue, Strasbourg ;  
D<sup>r</sup> Michel GUILLAUMAT, chirurgien orthopédiste, Paris ;  
D<sup>r</sup> Agnès LANGLADE, anesthésiste-réanimateur, Paris ;  
P<sup>r</sup> Denis LAREDO, radiologue, Paris ;  
D<sup>r</sup> Luc MARTINEZ, généraliste, Bois-d'Arcy ;  
P<sup>r</sup> Patrice QUENEAU, rhumatologue, Saint-Étienne ;  
D<sup>r</sup> Sylvie ROZENBERG, rhumatologue, Paris ;  
P<sup>r</sup> Jean-Pierre VALAT, rhumatologue, Tours ;  
P<sup>r</sup> Philippe VAUTRAVERS, médecine physique et de réadaptation, Strasbourg ;  
M. Éric VIEL, kinésithérapeute, Thonon.

## GROUPE DE TRAVAIL

D<sup>r</sup> Bruno BLED, rhumatologue, Saint-Brieuc ;  
M. Luc BOUSSION, kinésithérapeute, Vichy ;  
D<sup>r</sup> Gabriel BURLOUX, psychiatre, Lyon ;  
P<sup>r</sup> Jean-Marie CAILLÉ, neuroradiologue, Bordeaux ;  
D<sup>r</sup> Ouri CHAPITRO, généraliste, Corbeil-Essonnes ;  
D<sup>r</sup> Claire DELORME, généraliste/algo-logue, Caen ;  
D<sup>r</sup> Jean-Charles GUILBEAU, radiologue, Bois-Bernard ;  
D<sup>r</sup> François GUILLON, médecin du travail, Garches ;  
D<sup>r</sup> Vincent HULIN, généraliste, Laventie ;

D<sup>r</sup> Rémy NIZARD, chargé de projet, chirurgien orthopédiste, Paris ;  
P<sup>r</sup> Michel REVEL, président, médecine physique et de réadaptation, Paris ;  
D<sup>r</sup> Philippe THOMAS, rhumatologue, Thionville ;  
D<sup>r</sup> Marie-Jeanne TRICOIRE, généraliste, Nice ;  
D<sup>r</sup> Sabine LAVERSIN, ANAES, Paris.

## GROUPE DE LECTURE

P<sup>r</sup> Michel AMIEL, conseil scientifique ANAES, Lyon ;  
P<sup>r</sup> Claude ARGENSON, chirurgien orthopédiste, Nice ;  
D<sup>r</sup> Arnaud BLAMOUTIER, chirurgien orthopédiste, Rennes ;  
D<sup>r</sup> Catherine BONNIN, médecin du travail, Bourg-La-Reine ;  
P<sup>r</sup> Jean BOSSY, anatomiste, Nîmes ;  
D<sup>r</sup> Jacques BOULLIAT, neurologue, Bourg-En-Bresse ;  
D<sup>r</sup> Frédérique BRUDON, neurologue, Villeurbanne ;  
D<sup>r</sup> Philippe CHAU, généraliste, NICE ;  
D<sup>r</sup> Christian CISTAC, chirurgien orthopédiste, La Roche-Sur-Yon ;  
P<sup>r</sup> Jacques CLARISSE, radiologue, Lille ;  
D<sup>r</sup> Yvonnick CLÉMENCE, généraliste, Thiers ;  
D<sup>r</sup> Joël COGNEAU, conseil scientifique ANAES, Chambray-Lès-Tours ;  
D<sup>r</sup> Jeannine DELVAL, généraliste, Ducos ;  
D<sup>r</sup> Mathieu DOUSSE, psychiatre, Paris ;  
D<sup>r</sup> Bernard DUPLAN, rhumatologue, Aix-Les-Bains ;  
D<sup>r</sup> Vincent DURENT, médecine physique et de réadaptation, Wattrelos ;  
D<sup>r</sup> Philippe FICHEUX, psychiatre, Angoulême ;  
D<sup>r</sup> Philippe FOURNOT, radiologue, Toulon ;  
D<sup>r</sup> Benoît HARDOUIN, rhumatologue, Dinan ;

D<sup>r</sup> Stéphane HARY, rhumatologue, Montluçon ;  
P<sup>r</sup> Christian HERISSON, médecine physique et de réadaptation, Montpellier ;  
P<sup>r</sup> Éric HOUVENAGEL, rhumatologue, Lomme ;  
D<sup>r</sup> Patrick JUVIN, médecine physique et de réadaptation, Paris ;  
D<sup>r</sup> Françoise LAROCHE, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Saint-Denis ;  
D<sup>r</sup> Sylvie LE GALL, médecin du travail, Paris ;  
P<sup>r</sup> Jean-Marie LE PARC, rhumatologue, Boulogne-Billancourt ;  
D<sup>r</sup> Jacques LECUREUIL, rhumatologue, Joué-Lès-Tours ;  
D<sup>r</sup> Thierry LORETTE, généraliste, Mur-De-Bretagne ;  
D<sup>r</sup> Éric MARZYNSKI, rhumatologue, Armentières ;  
D<sup>r</sup> Yann MASSE, chirurgien orthopédiste, Aulnay-Sous-Bois ;  
D<sup>r</sup> Gérard MORVAN, radiologue, Paris ;  
D<sup>r</sup> Gérard PANIS, rhumatologue, Montpellier ;  
D<sup>r</sup> Jean-Dominique PAYEN, rhumatologue, Corbeil-Essonnes ;  
D<sup>r</sup> Jean-François PERROCHEAU, généraliste, Cherbourg ;  
D<sup>r</sup> Augustin ROHART, généraliste, Laventie ;  
D<sup>r</sup> Denis ROLLAND, rhumatologue, Bourges ;  
D<sup>r</sup> Guy ROSTOKER, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Saint-Denis ;  
D<sup>r</sup> Éric SERRA, psychiatre, Abbeville ;  
D<sup>r</sup> Annie SOBASZEK, médecin du travail, Lille ;  
P<sup>r</sup> Michel TREMOULET, neurochirurgien, Toulouse ;  
P<sup>r</sup> Richard TREVES, rhumatologue, Limoges ;  
D<sup>r</sup> Jean-Luc TRITSCHLER, neurologue, Strasbourg ;  
D<sup>r</sup> Évelyne VICART, radiologue, Mont-De-Marsan ;  
M. Philippe VOISIN, kinésithérapeute, Lille-Hellemmes.

## TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Les présentes références s'appliquent aux lombalgies et lombosciatiques aiguës définies par un délai d'évolution inférieur à trois mois. La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier, la lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1.

L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient visent à identifier :

1. les lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans (grade B) ;
- en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique (grade B). La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;
- en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de *C Reactive Protein* (CRP) sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique (grade C).

2. les urgences diagnostiques et thérapeutiques (grade C) :

- sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistance aux antalgiques majeurs (opiacés) ;
- sciatique paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 (cf. échelle MRC *tableau I*) et/ou comme la progression d'un déficit moteur ;
- sciatique avec syndrome de la queue de cheval définie par l'apparition de si-

gnes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention ; d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

**Tableau I :**  
*Échelle MRC (Medical Research Council of Great Britain) de 0 à 5.*

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ébauche de mouvement
0	Aucun mouvement

En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel).

Les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques.

Il n'y a pas de place pour la réalisation d'examens électrophysiologiques dans la lombalgie ou la lombosciatique aiguë (grade C).

Tant pour la lombalgie aiguë que pour la lombosciatique, il n'a pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé. La poursuite des activi-

tés ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (grade B). La poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle peut se faire en concertation avec le médecin du travail.

Parmi les éléments d'évolution vers la chronicité, les facteurs psychologiques et socio-professionnels sont retrouvés de façon fréquente (grade B).

Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontractants musculaires (grade B). Il n'a pas été identifié d'étude sur les effets de l'association de ces différentes thérapeutiques.

La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité (grade C).

Il n'a pas été retrouvé d'étude attestant de l'efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie aiguë (grade B).

Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B).

L'école du dos, éducation de courte durée en petit groupe, n'a pas d'intérêt dans la lombalgie aiguë (grade B).

En matière de kinésithérapie, les exercices en flexion n'ont pas démontré leur intérêt. En ce qui concerne les exercices en extension des études complémentaires sont nécessaires (grade B).

L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë. Si efficacité il y a, elle est de courte durée. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intradurale dans la lombosciatique aiguë (grade B). Il n'y a pas d'indication d'injection facettaire postérieure dans la lombosciatique aiguë (grade C).

Aucune étude n'a été identifiée dans la littérature concernant les thérapeutiques suivantes : mésothérapie, balnéothérapie, homéopathie.

Nous remercions l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de nous avoir autorisé à reproduire ces recommandations pour la pratique clinique.

Le rapport est disponible aux Éditions ELSEVIER – Revue Réanimation et Urgences – Décembre 1998 – Volume 7 ou dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation – Janvier 1999 – Volume 18 n° 1.