

Département de médecine communautaire,  
de premier recours et des urgences  
Service de médecine de premier recours

## **LOMBALGIE AIGÜE**

A. C. Pereira Miozzari<sup>1</sup>, S. Genevay<sup>2</sup>

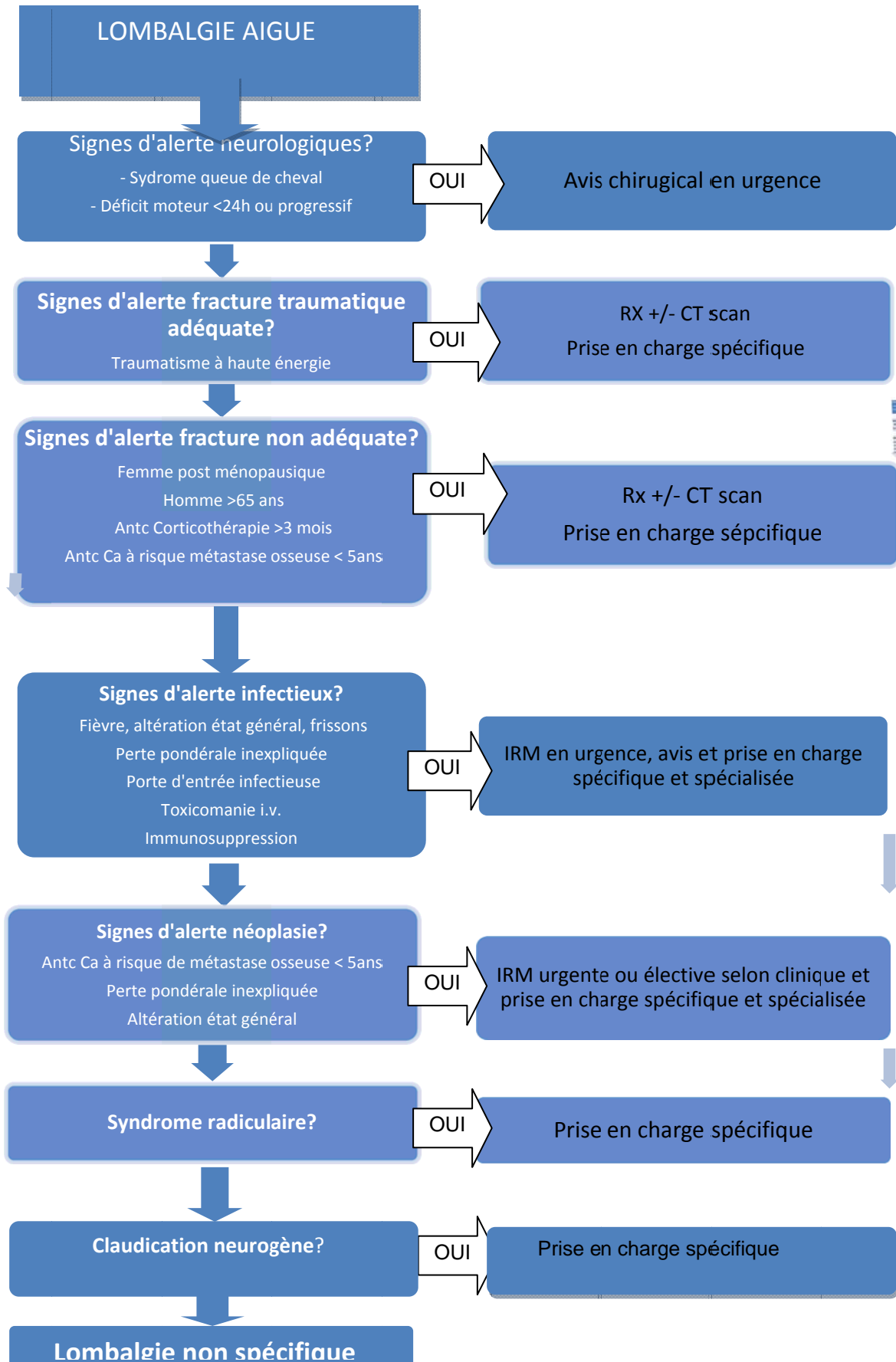
<sup>1</sup> Service de médecine de premier recours, HUG

<sup>2</sup> Service de Rhumatologie, HUG

**Juin 2013**

### **LES POINTS À RETENIR**

- La lombalgie aiguë est une maladie fréquente généralement bénigne, souvent récidivante, avec un taux d'amélioration de 90% dans les 6-12 semaines quand elle est non-spécifique
- Lors de la première consultation, les signaux d'alarme (« red flags ») doivent être systématiquement recherchés
- Aucun examen radiologique n'est recommandé en cas de lombalgie aiguë non spécifique
- L'information rassurante, une antalgie efficace et la poursuite de la mobilité sont les 3 aspects essentiels de la prise en charge initiale d'une lombalgie non-spécifique
- Les facteurs de risques d'évolution vers la chronicité (« yellow flags ») doivent être identifiés dès la première consultation, et pris en soin, le cas échéant, par une équipe multidisciplinaire



# LOMBALGIE AIGUE

## 1. INTRODUCTION

### 1.1 Définition

La **lombalgie** est une douleur située entre la 12<sup>ème</sup> côte et le pli fessier, en général accompagnée d'une limitation de la mobilité et d'une raideur du rachis.

### 1.2 Epidémiologie

La plupart des personnes (50-85% de la population) vont souffrir au moins une fois dans leur vie de lombalgies, avec une prévalence annuelle qui varie entre 20-30% dans la population générale en Suisse. <sup>1</sup> Dans les pays industrialisés, ce problème est la seconde cause de consultation médicale (3-6%) après les infections des voies respiratoires supérieures et provoque des coûts directs et indirects extrêmement importants pour la société. L'incidence des lombalgies est maximale entre 35 et 55 ans.

Dans une consultation de médecine générale, la cause de la lombalgie est non-spécifique dans la majorité des cas (environ 85%).<sup>2</sup> Seuls 4% des patients ont une fracture-tassement vertébral, 3% un spondylolisthésis, 0.7% une tumeur primitive ou une métastase, 0.3% une spondylarthrite ankylosante, 0.01% une infection (spondylodiscite ou abcès péri-dural). En dehors des problèmes spécifiques, l'évolution est en règle générale favorable avec un taux d'amélioration de 90% dans les 6-12 semaines. Toutefois, les 10% qui évoluent mal occasionnent environ 75% des coûts. Parmi les patients qui ne reprennent pas le travail après 6 mois en raison d'un épisode de lombalgie aiguë, 50% n'y retourneront jamais, chiffre augmentant à 90% pour les arrêts de travail > 2 ans.

## 2. CLASSIFICATION

Par commodité épidémiologique on parle de lombalgie aiguë en cas d'évolution inférieure à 6 semaines, de lombalgie subaiguë entre 6 et 12 semaines d'évolution et de lombalgie chronique en cas de persistance des douleurs au-delà de 3 mois. Pour la plupart des patients, il s'agit d'une évolution récurrente avec plus ou moins de symptômes entre les crises.

La lombosciatalgie est définie comme une lombalgie commune avec irradiation dans le ou les membres inférieurs, au-delà du pli fessier ; lorsqu'elle est accompagnée de signes évocateurs d'un syndrome radiculaire L5 ou S1 (douleur localisée au dermatome correspondant, accompagnée de signe irritatif, +/- déficit neurologique sensitif et/ou moteur), on parle volontiers de lombosciatique.

La lombocruralgie est définie comme une lombalgie avec irradiation dans la face antérieure de la cuisse. Le même terme est utilisé qu'il y ait ou non un syndrome radiculaire L2, L3 ou L4.

Les recommandations les plus récentes sont basées sur une classification qui répartit les lombalgies en plusieurs catégories, chacune d'elles méritant une prise en charge spécifique :

- la lombalgie non spécifique qui représente environ 85% des cas
- la lombalgie avec syndrome radiculaire (le plus souvent dans un contexte de hernie discale)
- la lombalgie avec claudication neurogène, évocatrice d'un canal lombaire étroit (CLE)
- la lombalgie associée à une autre atteinte spécifique du rachis

### 3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

#### 3.1 Anamnèse

L'objectif de la consultation est de déterminer la catégorie de la lombalgie en fonction notamment de la présence de signaux d'alerte clinique ou red flags (Tableau 1). Leur présence orientera le degré d'urgence et le type de prise en charge.<sup>2,3,4,5,6</sup>

<b>Traumatisme récent</b> (ou trauma mineur chez patient âgé/ostéoporotique)
<b>Age</b> < 20 ans ou > 50 ans
<b>Douleur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non soulagée par le repos</li> <li>• Progressive</li> <li>• Nocturne périodique</li> <li>• Raideur (dérouillage) matinale &gt; 60 min</li> <li>• Plus marquée en position couchée ou la nuit</li> </ul>
<b>Co-morbidités</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Néoplasie anamnestique</li> <li>• Ostéoporose primaire ou secondaire (corticothérapie)</li> <li>• Immunodéficience acquise et/ou immunosuppression médicamenteuse</li> <li>• Toxicomanie intraveineuse</li> </ul>
<b>Signaux infectieux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre, frissons</li> <li>• Infection à potentiel systémique récente</li> <li>• Geste invasif local récent</li> </ul>
<b>Signaux généraux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids inexpliquée</li> <li>• Altération de l'état général</li> <li>• Sudations nocturnes</li> </ul>
<b>Signaux neurologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit moteur &lt;24h ou progressif</li> <li>• Syndrome de la queue de cheval</li> </ul>

**Tableau 1** : Signaux d'alerte (« red flags ») à rechercher dans toute lombalgie aiguë

La première étape consiste à rechercher des signaux d'alerte neurologiques et un traumatisme à haute énergie, ces deux contextes cliniques nécessitant un bilan radiologique et une prise en charge spécialisée en urgence immédiate.

Une fois ces urgences immédiates exclues, il faudra rechercher les signaux d'alerte d'une atteinte spécifique du rachis. La présence de facteurs de risque ostéoporotiques, d'une néoplasie connue ou suspectée ou d'éléments en faveur d'un contexte infectieux nécessitera une stratégie diagnostique, puis thérapeutique spécifique.

Une fois ces signaux d'alerte en faveur d'une atteinte spécifique écartés, l'anamnèse et l'examen clinique devront préciser si la lombalgie est accompagnée d'un syndrome radiculaire ou d'une claudication neurogène (Tableau 2).

#### **Syndrome radiculaire :**

- Douleur qui suit un dermatome souvent associée à un ou plusieurs signes d'irritation radiculaire (Lasègue, Lasègue croisé, Lasègue inversé) ou déficit neurologique

**Claudication neurogène :**

- Symptômes irradiants dans les membres inférieurs (des fesses aux pieds)
- Relativement symétriques
- Apparaissant progressivement à la marche
- Disparaissant au repos et en position assise
- Améliorés en diminuant la lordose lombaire

**Tableau 2 :** Définition syndrome radiculaire et claudication neurogène

### 3.2 Examen clinique

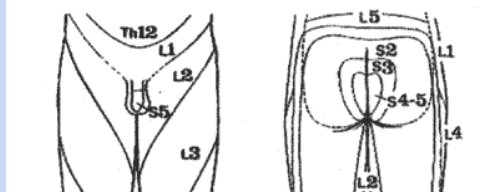
L'examen du dos comprend l'examen de la posture et la recherche de trouble statique majeur (scoliose, cyphose, déséquilibre postural) en position debout. Un examen dynamique (flexion antéropostérieure – distance doigt-sol, Schobert - et latérale) est souvent douloureux pour le patient et ne modifie pas la prise en charge initiale d'une lombalgie aiguë et devrait être réservé plutôt au suivi du patient. L'examen doit être facilité par l'administration précoce d'une antalgie per os. Le traitement parentéral (diclofénac 25 mg im ou kétorolac 30 mg iv lent) n'a pas montré sa supériorité, mais peut se justifier en fonction des attentes et des convictions du patient.

L'examen d'une contracture musculaire au niveau lombaire se fait généralement avec le patient couché sur le ventre et jamais en position debout avec palpation et percussion du rachis dorsolombaire.

Lorsque la douleur irradie en dessous du pli fessier, les tests de Lasègue direct (plus sensible) et croisé (plus spécifique) sont les tests les plus utilisés pour rechercher une atteinte radiculaire de L4, L5 ou S1. Le test est considéré comme positif s'il reproduit une douleur dans le trajet radiculaire et non dans le bas du dos entre 30° et 70° d'élévation de la jambe. Le rétro Lasègue, pratiqué le patient couché sur le ventre ou en décubitus latéral, cherche à reproduire une douleur sur la face antérieure de la cuisse (cruralgie, atteinte radiculaire de L2, L3 ou L4) lors d'une extension passive de l'articulation coxo-fémorale. L'examen neurologique doit rechercher la présence de déficit **moteur** (Tableau 3). La marche sur les talons et la pointe des pieds permet d'exclure rapidement une parésie sévère des muscles fléchisseurs/releveurs du pied. Il ne permet pas toutefois d'exclure une atteinte de l'extenseur propre du 1er orteil qui doit être examiné de manière séparée. On peut terminer par l'examen des réflexes myotatiques (rotuliens et achilléens) et de la sensibilité (examen « circulaire » des cuisses, mollets et pieds, tableau 3)

La force est gradée de 0 à 5 comme suit : M5 normale, M4 bonne (mouvements possibles contre résistance modérée), M3 passable (mouvements possibles contre la gravité), M2 faible (mouvements possibles seulement dans le plan du lit), M1 trace (contraction musculaire visible mais sans mouvement), M0 aucune contraction visible.

Si l'on suspecte un syndrome de la queue de cheval (compression des racines sacrées), il est nécessaire de faire un examen de la sensibilité de la région péri-anale et glutéale et du tonus du sphincter anal (toucher rectal).

racine	force	réflexe	sensibilité
L1- L2	Flexion de la hanche		
L3- L4	Extension du genou		
L4	Releveur du pied	Rotulien	
L5	Extenseur de l'hallux		

S1	Flexion plantaire de la cheville	Achilléen	
----	----------------------------------	-----------	--

**Tableau 3** : Examen neurologique des membres inférieurs

En l'absence de signaux d'alerte et d'arguments cliniques pour un syndrome radiculaire ou une claudication neurogène, le diagnostic de lombalgie non spécifique peut être posé.

#### 4. DIAGNOSTIC

Lorsque l'anamnèse et l'examen physique ont exclu une origine spécifique aux symptômes, on posera le diagnostic de lombalgie non-spécifique. Aucun examen radiologique n'est alors recommandé car aucun bénéfice n'a pu être démontré sur l'évolution des patients avec un diagnostic de lombalgie non spécifique. Non seulement la corrélation entre la clinique et les anomalies radiologiques est faible voire inexistante mais leur utilisation systématique induit une augmentation globale des investigations et des traitements invasifs sans bénéfice clinique.<sup>7,8,9</sup> Si l'anamnèse et/ou l'examen clinique mettent en évidence des signaux d'alarme, il est alors impératif de faire un examen clinique complet et de procéder à des investigations ciblées, le diagnostic différentiel comprenant de nombreuses pathologies (Tableau 4).

Fractures / Tassements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tassement vertébral</li> <li>• Fracture vertébrale ou pelvienne (appropriée ou pathologique)</li> </ul>
Pathologies dégénératives et/ou mécaniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles statiques (scoliose ou déséquilibre sagittal)</li> <li>• Canal lombaire étroit constitutionnel ou dégénératif</li> <li>• Syndrome radiculaire</li> </ul>
Infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spondylodiscite</li> <li>• Abscess épidural</li> <li>• Endocardite (embolies septiques)</li> </ul>
Pathologies tumorales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur primitive</li> <li>• Métastases vertébrales</li> </ul>
Rhumatismes inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spondylarthrite ankylosante</li> <li>• Spondyloarthrite axiale</li> </ul>
Pathologies neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Lyme</li> <li>• Plexopathie diabétique</li> </ul>
Pathologies rétro-péritonéales et abdominales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologies urétérales (lithiase) et rénales (pyélonéphrite, abcès péri-néphrétique)</li> <li>• Anévrisme aortique</li> <li>• Tumeurs</li> <li>• Hémorragie</li> <li>• Pancréatite, néoplasie pancréatique</li> <li>• Cholécystite</li> <li>• Maladie ulcéreuse</li> <li>• Fibrose rétro-péritonéale</li> <li>• Pathologies gynécologiques</li> </ul>

**Tableau 4** : Diagnostic différentiel en cas de suspicion de lombalgie spécifique

En présence de signaux d'alerte neurologiques (syndrome de la queue de cheval, déficit moteur <M4), un examen radiologique du rachis doit être effectué sans attendre (si possible IRM, mais au minimum CT-scanner), assorti d'un avis neurochirurgical.

En cas de suspicion de fracture, d'origine traumatique, ostéoporotique ou pathologique, une radiographie standard de la colonne (face et profil) est dans tous les cas indiquée. En l'absence de fracture et avec des signes en faveur d'une origine tumorale aux lombalgies, une IRM, ambulatoire ou en hospitalier selon le contexte clinique, pourra être demandée.

Si une spondylodiscite ou un abcès épidural sont suspectés, une IRM en urgence devra être effectuée (si pas disponible, un CT-scanner peut se discuter, mais il est moins sensible surtout pendant les premières semaines).

En cas de suspicion d'une étiologie infectieuse, tumorale ou inflammatoire, la mesure des paramètres inflammatoires (vitesse de sédimentation, protéine C-réactive) peut également être utile. Si les éléments cliniques et para-cliniques orientent vers une pathologie inflammatoire, un avis rhumatologique sera demandé. Chez les personnes de moins de 20 ans, en cas de troubles statiques marqués (par ex : scoliose, inégalité de longueur des membres inférieurs), un avis orthopédique s'impose.

Si les signes d'irritation radiculaire et/ou de déficits neurologiques sont discrets et non progressifs (parésie M4 pour les groupes musculaires importants voire <M4 pour le releveur du 1er orteil,) une imagerie complémentaire du rachis n'est pas nécessaire dans un premier temps, mais le patient devra être suivi régulièrement afin de s'assurer de la non progression de l'atteinte neurologique.

## **5. PRISE EN CHARGE**

### **5.1 Détermination du risque de chronicité**

Il est actuellement recommandé de rechercher activement et soigneusement les facteurs de chronicisation ou yellow flags (Tableau 5) dès la **première consultation** lors d'un diagnostic de lombalgie non spécifique. Ces facteurs sont prédictifs d'une résolution plus lente des symptômes, voire d'une persistance de ceux-ci à long terme éventuellement accompagné d'un arrêt de travail prolongé qui peut au final prendre une tournure de catastrophe professionnelle et sociale (5-10% d'évolution). Les 4 facteurs modifiables les plus importants sont la kinésiophobie (peur du mouvement), le catastrophisme, l'anxiété et l'humeur dépressive. Ces facteurs doivent absolument être explorés et adressés spécifiquement à chaque consultation pour tenter de désamorcer le passage vers la chronicité. Plus ils sont nombreux, plus le suivi doit être rapproché et plus il sera nécessaire de s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire. Lorsqu'il existe une véritable maladie psychiatrique associée (trouble anxieux caractérisé ou état dépressif majeur), une prise en charge spécialisée conjointe (psychiatre et rhumatologue/rééducateur) doit être rapidement mise en place.

L'utilisation du questionnaire « The Keele STarT Back Screening Tool »<sup>10</sup>, auto-questionnaire très bref et validé dans plusieurs langues dont le français, permet de quantifier facilement ce risque de chronicisation ([http://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/ri/primarycare/startbackmicro/Start%20back\\_FRENCH\\_VERSION.pdf](http://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/ri/primarycare/startbackmicro/Start%20back_FRENCH_VERSION.pdf)). Une approche clinique adaptée en fonction du risque de chronicité ainsi déterminé (faible, moyen ou fort) donne de meilleurs résultats que lorsqu'elle est laissée à l'appréciation du médecin.



<b>Facteurs</b>	
<b>Liés à l'individu</b>	Douleurs importantes/ Irradiation radiculaire de la douleur Impact fonctionnel important Anxiété, tristesse Peur de se mobiliser Vision pessimiste/incertaine de l'avenir Fausses croyances concernant le mal de dos Attentes excessives concernant les traitements Attitude passive dans la maladie Episodes récidivants/ Traitements antérieurs inefficaces
<b>Liés au milieu professionnel</b>	Insatisfaction au travail Exigence physique de la profession élevée Peur de se blesser au travail Faible soutien social/communication du milieu professionnel Adaptation du milieu professionnel non réalisable
<b>Liés à l'environnement</b>	Chômage Conflits pour l'indemnisation Isolement social Croyances conjoint/ famille

**Tableau 5** : Facteurs de chronicisation (yellow flags)

## 5.2 Traitement non médicamenteux

Il est important d'insister dès la première consultation sur le côté réversible de la lombalgie non-spécifique en adoptant une attitude rassurante envers le patient et ses proches, en mettant l'accent sur l'évolution favorable dans l'immense majorité des cas tout en avertissant que cela peut prendre quelques jours voire quelques semaines. Il est également important de mettre l'accent sur la nature fonctionnelle des douleurs et l'absence de lésion organique. Cette information est primordiale pour prévenir l'évolution vers la chronicité. Il est important d'informer le patient sur le risque de récurrence de l'ordre de 20-45% sur une année et dont l'évolution reste tout à fait favorable.

Le deuxième élément-clé est d'encourager une mobilisation précoce, même en présence de douleurs. Le repos au lit n'est pas thérapeutique, mais délétère ! L'accent sera donc mis sur une mobilisation précoce avec reprise dès que possible des activités habituelles y compris professionnelles permettant une guérison plus rapide. Il est important que ce message soit identique parmi tous les soignants. On informera également le patient sur toutes les techniques ergonomiques susceptibles de faciliter sa vie quotidienne pendant la période douloureuse (prise d'appui, port de charge, sortie du lit, etc...).

## 5.3 Traitement médicamenteux

- Lombalgie / lombosciatalgie commune

Le but principal du traitement médicamenteux est de faciliter la mobilisation précoce et la reprise des activités habituelles en prescrivant une antalgie efficace dès la première consultation. Le 1<sup>er</sup> choix est le paracétamol en prise régulière 3-4 x 1g/j. Si ce traitement antalgique est insuffisant, un traitement d'AINS (par ex : ibuprofène, diclofénac) peut être ajouté. Les myorelaxants sont (par ex : tizanidine) aussi efficaces, mais ils sont un 2<sup>ème</sup> choix car ils sont moins bien tolérés. Les benzodiazépines ne sont pas recommandées en raison du risque de dépendance. En cas de persistance des douleurs malgré ces différents traitements, on peut recourir aux opioïdes faibles. La durée du traitement médi-



camenteux dépend de l'intensité des symptômes et de leur cinétique. Ils doivent être diminués en parallèle à l'amélioration des symptômes. L'utilisation de gel topique contenant des anti-inflammatoires n'a pas fait preuve d'efficacité dans le cadre du traitement de la lombalgie et n'est donc pas recommandée. Les corticoïdes n'ont aucune utilité quelque soit le mode d'administration.

#### *Syndrome radiculaire ou claudication neurogène*

Le traitement de première intention est similaire si ce n'est que, guidé par l'intensité des symptômes, on recourra plus facilement aux dérivés morphiniques (palier II voire III de l'OMS). A noter que lors de syndrome radiculaire, les relaxants musculaires prolongent le séjour hospitalier en raison de leurs effets secondaires, sans bénéfice sur la douleur ou la mobilité.

Les corticoïdes per os n'ont pas d'effet supérieur au placebo. Un bolus iv (ex solumedrol 250 à 500 mg iv) a peut-être un effet de courte durée et peut être utilisé lors de syndromes radiculaires particulièrement algiques. Il n'y a pas de place pour une infiltration en urgence. Lorsque l'évolution est défavorable sous antalgiques classiques et après avoir vérifié l'origine des symptômes par une imagerie (le plus souvent hernie discale ou sténose foraminale pour la radiculopathie, canal lombaire étroit ou rétréci pour la claudication neurogène), une infiltration rachidienne peut être proposée. En raison des risques de complications rares mais graves avec les injections foraminales, on s'orientera d'abord vers une injection épidurale (par voie caudale plutôt qu'interlaminaire si l'on veut réduire les risques au maximum).

Les antalgiques contre les douleurs neurogènes (tricyclique, SNRI voire gabapentine ou prégabaline) peuvent également être considérés en deuxième intention, après l'échec de la prise en charge initiale, bien que pour la plupart d'entre eux, l'efficacité réelle soit mal documentée.<sup>11,12</sup>

#### **5.4 Traitement non médicamenteux (Tableau 6)**

La thermothérapie (plus fréquemment le chaud) est efficace à court terme et très appréciée. Il n'y a pas de place pour la physiothérapie en première intention. Lorsque l'évolution n'est pas favorable après 1-2 semaines d'un traitement bien conduit, il faut commencer à y songer. Plus le risque de chronicité est élevé, plus il faudra l'introduire rapidement. Les techniques passives (massages ou autres) peuvent être utilisées en début de séance, mais il faut insister pour qu'une partie de la séance soit dédiée au traitement actif (exercices de stabilisation et de proprioception) adapté à la douleur et effectué quotidiennement à domicile. Il est très important d'adapter l'intensité et la progressivité de la prise en charge selon le degré de kinésiophobie (peur du mouvement).<sup>13,14</sup>

Les thérapies manuelles ont montré un effet bénéfique dans la lombalgie aiguë non spécifique en cas de persistance des symptômes 7-10 jours après leur apparition ; elles sont controversées en cas de syndrome radiculaire et leur poursuite est injustifiée en l'absence de résultats significatifs et prolongés.

Des programmes de physiothérapie spécifique peuvent être proposés en deuxième intention en cas de lombalgie avec syndrome radiculaire ou claudication neurogène.<sup>15,16</sup>

Effet	
<b>-bénéfiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rassurer le patient, information spécifique, enseignement</li> <li>• rester actif –travail et loisirs</li> <li>• antalgie adéquate avec paracétamol / AINS +/- codéine</li> <li>• myorelaxants, en 2ème intention</li> <li>• Thérapies manuelles</li> </ul>

<b>-neutres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TENS (stimulation nerveuse transcutanée)</li> <li>• traction</li> <li>• exercices spécifiques</li> <li>• acupuncture</li> </ul>
<b>-délétères</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alitement</li> <li>• manipulation sous anesthésie générale</li> <li>• corset plâtré</li> </ul>
<b>-données in-suffisantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• renforcement de la musculature abdominale/ lombaire</li> <li>• exercices aérobiques</li> <li>• infiltration de corticostéroïdes épidurale</li> <li>• talonnette</li> <li>• biofeedback</li> <li>• agents physiques, thérapie passive (chaud, froid, ondes courtes, ultrasons)</li> </ul>

**Tableau 6** : Options thérapeutiques de la lombalgie aiguë non-spécifique

## 5.5 Evolution

Le taux de guérison d'une lombalgie aiguë non spécifique est de 90% dans les six semaines. Etant donné le bon pronostic, il n'est pas forcément nécessaire de revoir le patient, sauf si des facteurs de risque de chronicisation ont été identifiés au préalable. Il faut également proposer de consulter si la symptomatologie ne s'améliore pas significativement dans les 4-7 jours avec le traitement prescrit ou si un élément nouveau survient (fièvre, troubles neurologiques). En présence d'un syndrome radiculaire, il est nécessaire de revoir régulièrement le patient, pour s'assurer de l'absence de progression neurologique. Dans ce cas, la durée de récupération peut être plus longue, avec un taux de guérison de 50% à un mois.<sup>17</sup>

L'arrêt de travail doit être utilisé avec précaution. Il doit tenir compte du degré de handicap fonctionnel et des sollicitations professionnelles. S'il est nécessaire, il doit être restreint à un maximum de 3-5 jours et prolongé seulement après une nouvelle évaluation. En l'absence d'évolution favorable après 4 semaines de prise en charge adéquate, il est nécessaire de reconsidérer la présence de signes d'alerte (« red flags ») faisant suspecter une atteinte spécifique et de chercher encore plus intensément les facteurs de risques de chronicisation. Une augmentation de l'intensité des douleurs lors du suivi, malgré un traitement bien conduit, doit également être considérée comme un signal d'alarme. A ce stade, l'avis d'un rhumatologue peut s'avérer nécessaire, en particulier en présence d'un syndrome radiculaire résistant au traitement conservateur ou de suspicion d'un canal lombaire étroit.

## 5.6 Prévention

### Prévention des récives

La lombalgie non spécifique est une maladie complexe et peu d'interventions permettent de prévenir les récives. Parmi les mesures efficaces, la promotion de l'activité physique est considérée comme un facteur qui permet de diminuer le nombre et la durée des récives. Les interventions éducatives tenant compte d'aspects bio-psycho-sociaux peuvent également modifier durablement les croyances et les comportements des patients face à leur maladie. Un livret d'information destinés aux patients – « Le guide du dos » - résumant ces principes et validé par des travaux scientifiques est disponible à cet effet.<sup>18</sup>

## Prévention du passage à la chronicité

La présence de facteurs de risques de chronicité, dès la première consultation, doit évoquer le risque d'une persistance des symptômes et le patient devra être revu rapidement et régulièrement par le médecin traitant. Si après 4-6 semaines de prise en charge, l'évolution n'est toujours pas satisfaisante, une prise en charge multidisciplinaire et spécialisée ajustée en fonction des besoins (médecin de premier recours, rhumatologue, physiothérapeute, ergothérapeute, assistante sociale ...) devient une priorité.

## 6. REFERENCES

1. Santos-Eggiman, B et al. One-year prevalence of low back pain in two swiss regions: estimate from the population participating in the 1992-1993 MONICA project. *Spine* 2000; 25(19):2473-9
2. van Tulder M et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006 Mar;15 Suppl 2:S169-91.
3. Chou R et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):478-91. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):492-504.
4. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010 Dec;19(12):2075-94.
5. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet.* 2012 Feb 4;379(9814):482-91
6. [www.backpainineurope.org](http://www.backpainineurope.org)
7. Chou R et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011 Feb 1;154(3):181-9.
8. Forseen SE, Corey AS. Clinical decision support and acute low back pain: evidence
  - a. based order sets. *J Am Coll Radiol.* 2012 Oct;9(10):704-712
9. Chou R, Deyo RA, Jarvik JG. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am.* 2012 Jul;50(4):569-85
10. Olivier Bruyère et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Archives of Public Health.* 2012 70:12
11. Chou R et al. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):505-14. *Ann Intern Med.* 2011 Feb 1;154(3):181-9.
12. Sprouse R. Treatment: current treatment recommendations for acute and chronic undifferentiated low back pain. *Prim Care.* 2012 Sep;39(3):481-6.
13. Chou R et al. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):492-504. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):505-14.
14. Hurwitz EL; Morgenstern H; Kominski GF; Yu F; Chiang LM. A randomized trial of

chiropractic and medical care for patients with low back pain: eighteen-month follow-up outcomes from the UCLA low back pain study. Spine. 2006 Mar 15;31(6):61

15. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. Spine (Phila Pa 1976). 2013 Feb 1;38(3):E158-77
16. Assendelft, W.J., S.C. Morton, E.I. Yu, M.J. Suttrop, and P.G. Shekelle, Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. Ann Intern Med 2003; 138: 871-81.
17. Buchbinder, R. and D. Jolley, Effects of a media campaign on back beliefs is sustained 3 years after its cessation. Spine 2005; 30: 1323-30.
18. Burton, A.K. et al. How to prevent low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005; 19: 541-55.

juillet 2010 par A.-S. Steiner, C Delémont, S. Genevay  
juin 2013 par A.C. Pereira Miozzari et S. Genevay

Pour tout renseignement, commentaire ou question : [marie-christine.cansell@hcuge.ch](mailto:marie-christine.cansell@hcuge.ch)