

**PRENDRE EN CHARGE
UNE LOMBOSCIATALGIE
OU UNE LOMBALGIE AIGUE**



CRITÈRES DOULEUR AIGUË versus CHRONIQUE

Douleur (DI) : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable avec lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en des termes évoquant de telles lésions (International Association for the Study of Pain IASP)

Nociception : **DI signal d'alarme**, la plus fréquente, après lésion tissulaire, par activation initiale des récepteurs périphériques [stimulus nociceptif et/ou substances algogènes (inflammation ...)] avec système nerveux (périphérique et central) *intact* , soulagée par traitements antalgiques, blocs anesthésiques (bloquant l'influx), et s'estompant avec le traitement de la lésion

Lombalgie : dl de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier.

Lombosciatique : dl lombaire irradiant dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1.

Dls aigus :

- évoluent depuis moins de trois mois, vues en premier recours,
- à l'exclusion des accidents du travail,
- sans élément orientant vers fracture, néoplasie ou infection
- sans éléments évoquant une urgence diagnostique ou thérapeutique

Par opposition à :

DI chronique (DC) : **persistante au delà de 6 mois (ou du « temps normal de guérison » ; dl continue ou crises répétées) et résistante aux TRT antalgiques de niveau 2**, avec retentissement destructeur :

- physique (contractures, faiblesse musculaire, asthénie, inactivité,...)
- psychologique (troubles du sommeil, découragement, irritabilité, perturbations relationnelles familiales et sociales)
- ces réactions s'opposent finalement au processus de guérison

A prendre en charge obligatoirement : évaluer, différencier de l'anxiété et de la dépression souvent associées, et consigner dans le dossier médical **examinable par un expert judiciaire**

Notion de facteurs psychologiques et socio-professionnels retrouvés de façon fréquente (grade B)

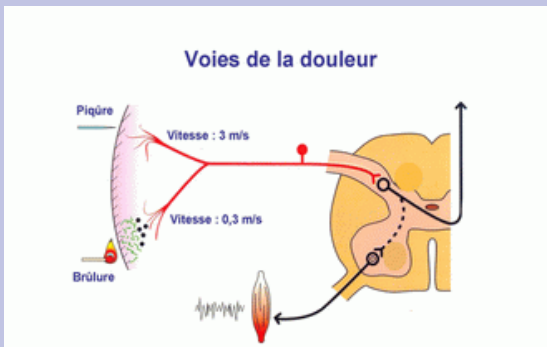
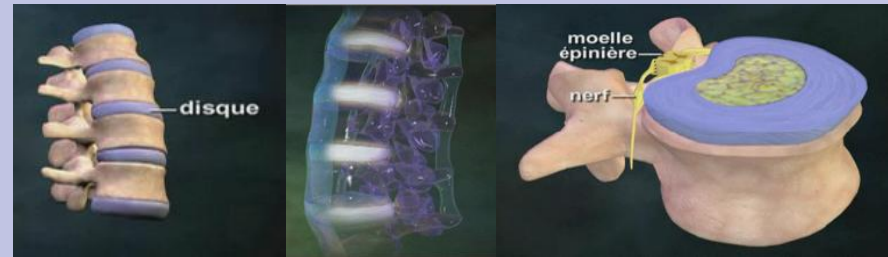
PHYSIOPATHOLOGIE ET MÉCANISMES DE LA DOULEUR

Activation

- FS type A δ : myélinisées, de petit calibre, transmettant la douleur rapide, localisée, à type de piqûre. Nocicepteurs activés par stimulations mécaniques (distension, pression)
- FS type C : non myélinisées, à conduction plus lente, transmettent la douleur plus sourde, diffuse, dite protopathique (brûlures). Nocicepteurs dits polymodaux : activés par stimulations mécaniques, chimiques ou thermiques

Inhibition

- FS type A α , A β : gros calibre



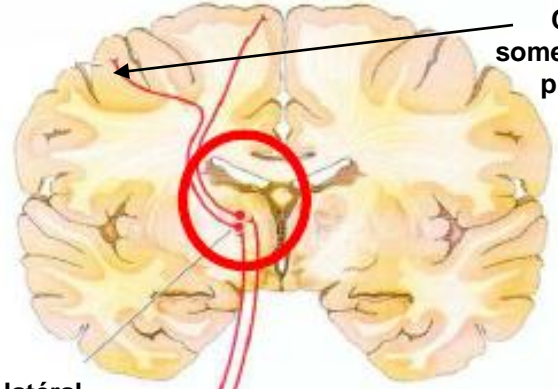
DI d'origine mécanique, par mouvements de la colonne

DI d'origine compressive

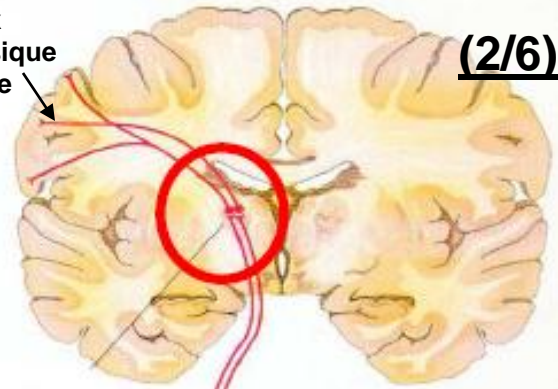


VOIES SOMATO-SENSORIELLES NOCICEPTIVES

Cerveau



Cortex somesthésique primaire



Thalamus : N ventro-postéro-latéral

Thalamus : N ventro-postéro-médian

Mésencéphale

Lémnisque médian

Fx trigémino-thalamique (lemisque trigéminal)

Ganglion de Gasser

Pont (région moyenne)

N principal du complexe trigéminal

Afférences thermiques et nociceptives de la face

Bulbe (région moyenne)

N spinal du complexe trigéminal

Faisceau spinothalamique

Fx spinal du V

Bulbe (région inférieure)

Moëlle cervicale

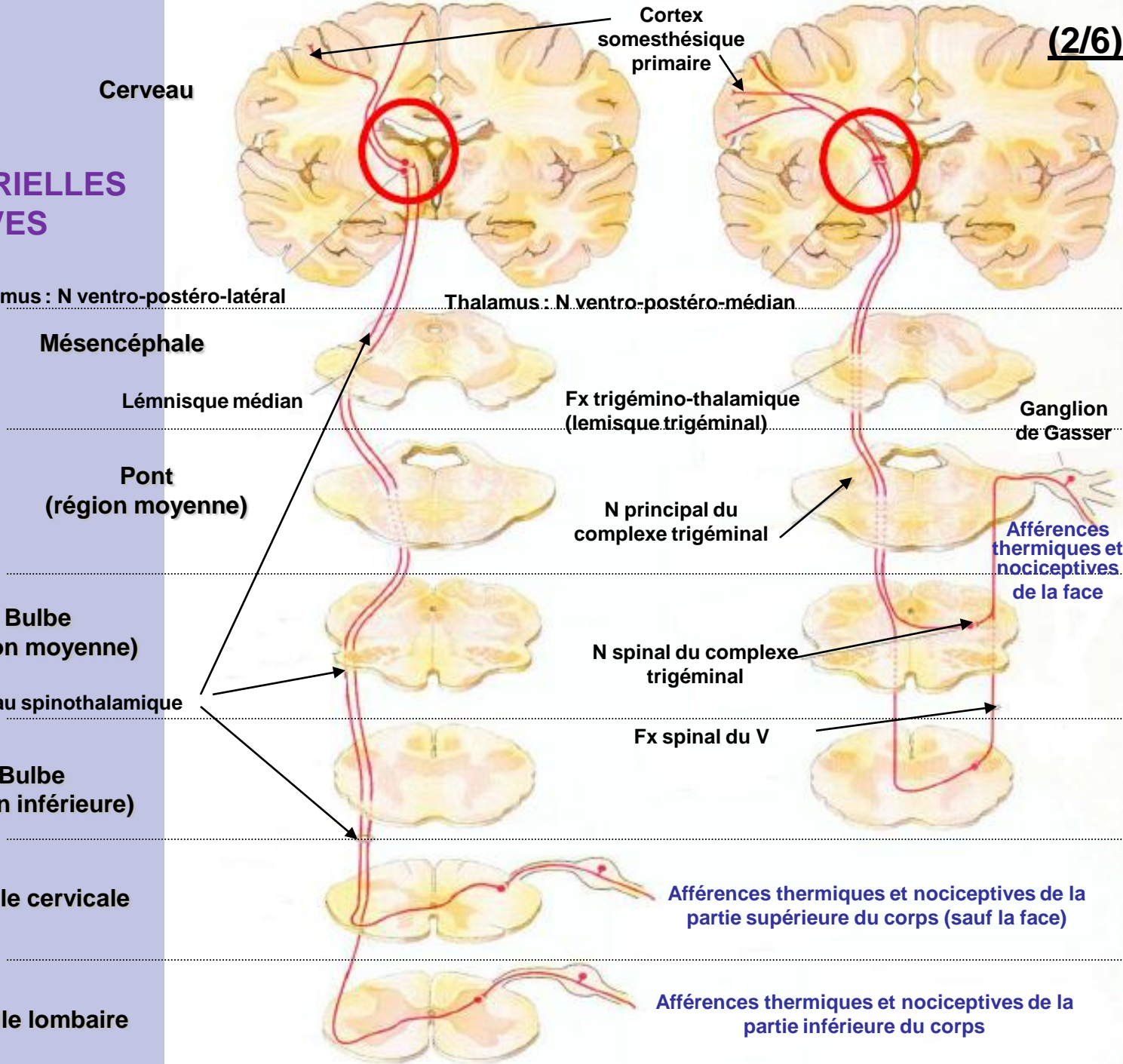
Afférences thermiques et nociceptives de la partie supérieure du corps (sauf la face)

Moëlle lombaire

Afférences thermiques et nociceptives de la partie inférieure du corps

Communication à tous les niveaux : neuromédiateurs (substance P, somatostatine, cholecystokinine...)

N : noyau
Fx : faisceau



ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET MÉDICO-ÉCONOMIQUES

Épidémiologie des lombalgies en France 1999–2009 (Inserm-00426848, version 1 - 28 Oct. 2009) : peu d'évolution de leurs différents indicateurs de fréquence (malgré méthodologies et définitions différentes)

- Prévalence annuelle d'une lombalgie, quelle que soit sa durée : un peu plus de 50% de la population
- Lombalgies d'une durée d'au moins 30 jours et au moins 6 mois : fréquences dans un ratio de 8 :2 :1 environ.
- Lombalgies avec irradiation sous le genou : prévalence annuelle autour de 10% (cf lombalgies > 30 jours), avec énorme variation dans les définitions et les chiffres rapportés internationalement entre 1980 et 2006 : prévalences annuelles entre 2,2 (intervalle de confiance à 95%, (I.C.) : 1,7-2,6) pour une population générale et 25,0 (I.C. 95% : 23,8-26,1) pour une population de travailleurs.

Lombosciatiques aiguës (moins de 3 mois) : 7 % des AT, 12 millions de journées indemnisées/an, avec composante neuropathique sous-estimée nécessitant une prise en charge spécifique et posant le problème de la reprise rapide du travail, recommandée par ailleurs par l'ANAES, garant d'une meilleure évolution

Hospitalisations en France : de loin le plus coûteux. Fréquence pour lombalgies : autour de 5% selon le degré de chronicité (cf cohorte GAZEL non publiés : prévalence d'une chirurgie lombaire au cours de la vie : 3,1%)

Facteurs associés à la fréquence des lombalgies (prévalence ou incidence) : d'abord ATCD personnels de lombalgie et perception de la douleur, puis contraintes physiques du travail (avec absences au travail pour lombalgie), puis enfin poids corporel et niveau d'éducation :

- postures contraignantes et fait de se pencher souvent : toujours retrouvés, hommes et femmes confondus
- charges lourdes associées aux lombalgies avec irradiation au-dessous du genou

Résultats obtenus en France semblables à ceux d'autres pays industrialisés

→ Importance de la prévention en milieu de travail.

Pas de notion de prédiction possible de la lombalgie à partir de la mesure des capacités physiques des travailleurs, avec inutilité des différentes mesures de fonction tronculaire (force, flexibilité, endurance)

EVALUATION INITIALE ET TOPOGRAPHIE DE LA DOULEUR

Échelle Visuelle Analogique (EVA) : sorte de « thermomètre » de la douleur pour mesurer l'intensité de la douleur, définie par un trait tracé sur l'échelle, à utiliser dans le moment présent, pendant les 8 derniers jours et retenir la plus intense des 8 derniers jours



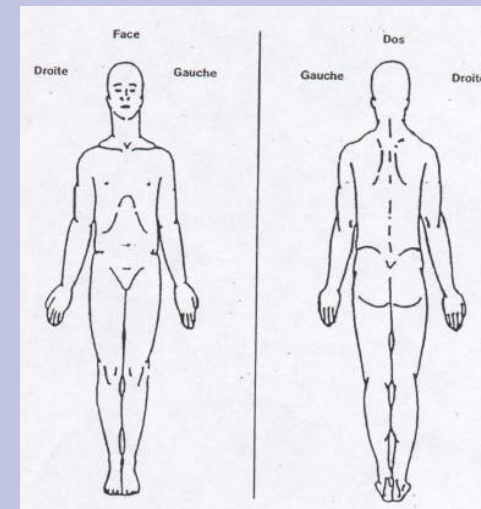
Échelle numérique (EN) : Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur. L'évaluer dans le moment présent, pendant les 8 derniers jours et retenir la plus intense des 8 derniers jours

Pas de douleur



Échelle verbale simple (EVS) : Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte
Evaluer la douleur dans le moment présent, pendant les 8 derniers jours et la plus intense des 8 derniers jours

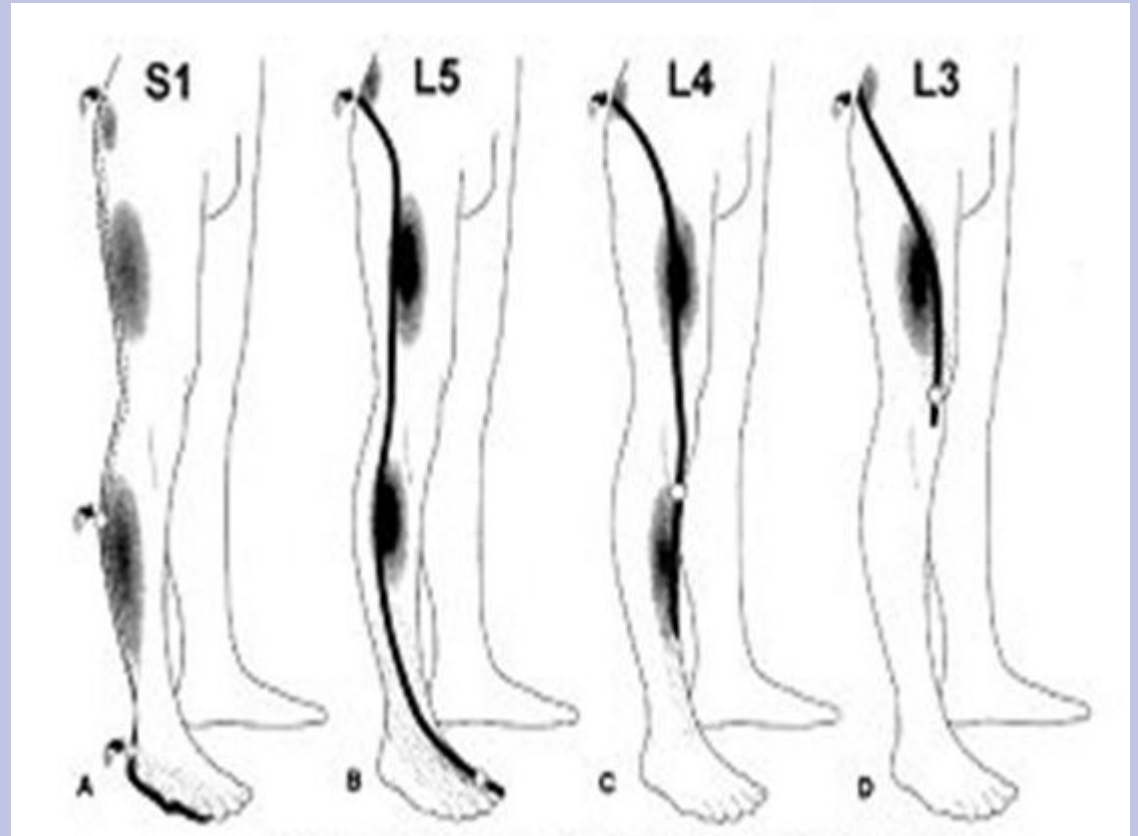
0	1	2	3	4
Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense



**L4 : face antérieure de
cuisse vers le tibia**

**L5 : face latérale cuisse,
jambe, dos du pied,
gros orteil**

**S1 : face postérieure de
cuisse, de jambe, talon,
plante du pied vers le
petit orteil**



Échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien : Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
HUMEUR												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
CAPACITE DE MARCHER												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
TRAVAIL HABITUEL (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
RELATION AVEC LES AUTRES												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
SOMMEIL												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
GOÛT DE VIVRE												
Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement

CE QU'IL FAUT ÉLIMINER :

1 - Fracture : notion de traumatisme, prise de corticoïdes, âge >70 ans (grade B) ;

2 - Néoplasie : âge > 50 ans, perte de poids inexplicquée, antécédent tumoral ou échec du traitement symptomatique (grade B)

Réaliser numération-formule sanguine et vitesse de sédimentation ++++

3 - Infection : fièvre, douleur à recrudescence nocturne, contexte immunodéprimé, infection urinaire, prise de drogue ou prise prolongée de corticoïdes.

Réaliser numération-formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de C Reactive Protein (CRP (grade C)

4 - Urgences diagnostiques et thérapeutiques :

- Sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés)
- Sciatique paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 à l'échelle MCR et/ou comme la progression d'un déficit moteur
- Sciatique avec syndrome de la queue de cheval définie par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention, d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes

ÉCHELLE MRC*

Evaluation des sciatalgies d'urgence et d'une éventuelle progression d'un déficit moteur

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

* Medical Research Council of Great Britain

INDICATIONS DU BILAN COMPLÉMENTAIRE

- Pas d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution, sauf recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence ou nécessité d'éliminer formellement ces dernières pour mettre en place le traitement choisi (comme manipulation et infiltration)
- Raccourcir ce délai si pas d'évolution favorable (accord professionnel)
- Prescrire des examens d'imagerie permettant visualiser un conflit disco-radicaire (IRM, ou à défaut scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques), uniquement dans le bilan pré-chirurgical ou pré-nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Traitement à envisager après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines.
- Pas de place pour la réalisation d'examens électro physiologiques dans la lombalgie ou la lombosciatique aiguë (grade C)

PRESCRIPTION DE KINÉSITHÉRAPIE

➤ Lombalgie aiguë :

- Intérêt à court terme des manipulations rachidiennes, sans qu'aucune des différentes techniques manuelles n'ait fait preuve de sa supériorité
 - Pas d'intérêt de l'école du dos, éducation de courte durée en petit groupe, (grade B).
- Lombosciatique aiguë : pas d'indication de manipulations (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).

PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE (1)

- Infiltrations épidurales : efficacité discutée dans la lombosciatique aiguë. Si efficacité il y a, elle est de courte durée.
- Pas d'argument pour proposer une infiltration intradurale dans la lombosciatique aiguë (grade B).
- Pas d'indication d'injection facettaire postérieure dans la lombosciatique aiguë (grade C).
- Aucune étude identifiée dans la littérature concernant les thérapeutiques suivantes : mésothérapie, balnéothérapie, homéopathie.
- Prescription initiale : seulement traitement permettant de contrôler la douleur (médicaments antalgiques respectant les 3 paliers de l'OMS (I, II , III) (grade B), anti-inflammatoires non stéroïdiens ou décontracturants)
 - Paracétamol prescrit en première intention
 - Si échec, antalgiques de niveau II
 - Si échec, antalgiques de niveau III (opioïdes forts) utilisés en respectant les contre-indications et après avoir éliminé un contexte dépressif

PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE (2)

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 décontracturants 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).

PRONOSTIC

- Amélioration spontanée des patients sans traitement et de la variabilité de la réponse thérapeutique chez les patients traités.
- **Pour les lombalgies aiguës :**
 - Rôle modeste pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les manipulations
 - Absence d'effet pour les exercices.
- **Du côté des lombalgies chroniques :**
 - Rôle modeste de l'acupuncture, la thérapie comportementale, les exercices et les AINS
 - Effet faible des stimulateurs électriques transcutanés ainsi que les manipulations
 - Aucun effet ne dépasse 60 % d'amélioration sur le court terme et 25 % sur les résultats à long terme

INFORMATION ET ÉDUCATION DU PATIENT

Facteurs déclenchants

Nature des lésions

Principe de la technique ou des soins mis en place

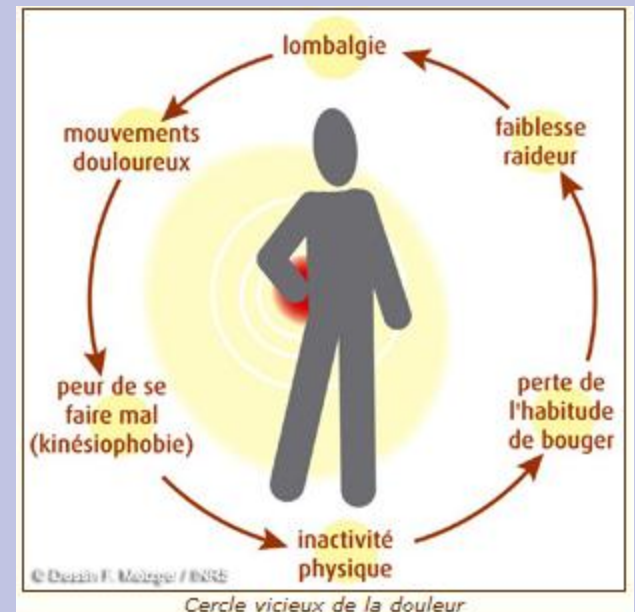
Plan de soin à envisager

Effets du traitement

Bilan des activités ordinaires compatibles avec la douleur

Lombalgie aiguë et lombosciatique :

- Pas d'arguments dans la littérature en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé
- Poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur souhaitable (grade B)
- Poursuite ou reprise de l'activité professionnelle possible en concertation avec le médecin du travail



MESSAGES PRINCIPAUX

- Les contraintes physiques sont plutôt des facteurs de risque de lombalgies aiguës alors que les contraintes psychosociales participent aux facteurs de risque de chronicité des lombalgies
- La prescription de masso-kinésithérapie doit permettre la reprise des activités du patient dans les meilleures conditions possibles ainsi que la prévention des rechutes ou le passage à la chronicité avec exercices thérapeutiques, massage, électrothérapie, tractions vertébrales, balnéothérapie, contentions lombaires, thermothérapie, cryothérapie et réflexothérapies
- Pendant les 4 premières semaines le traitement est avant tout médical, associé à des conseils d'hygiène de vie et à l'éducation du patient : à cette période, l'évolution étant le plus souvent favorable, il faut éviter une médicalisation excessive qui pourrait favoriser le passage à la chronicité
- En l'absence d'amélioration à l'issue d'un maximum de 30 séances de masso-kinésithérapie, une consultation pluridisciplinaire ou spécialisée doit être proposée
- Le rôle du médecin du travail et la place de l'ergonomie doivent être exploités au maximum
- Le travail physique dur à éviter est défini comme étant celui qui entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque de 30 battements par minute (par rapport au repos)

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE **PAR L'ASSURANCE MALADIE**

Prise en charge des soins par ticket modérateur

Pas d'ALD du fait de la durée inférieure à 3 mois

INDICATEUR RETENU	PATIENT N°		
	Fait	Non fait	Patient non concerné
Examen clinique à visée diagnostique			
Caractéristiques initiales de la douleur avec évaluation de son l'intensité			
Eliminer une urgence, une infection, une néoplasie, une fracture			
Abstention de toute imagerie diagnostique avant 7 semaines d'évolution révolues			
Prescription médicamenteuse initiale uniquement à visée antalgique			
Information du patient			
Recours à une thérapeutique alternative			
En cas de prescription d'antalgique : respect des 3 paliers de l'OMS			
Prévention de la réapparition de la douleur par la prise d'antalgiques systématique			
Recherche systématique de troubles anxio-dépressifs			
Indicateur additionnel éventuel choisi :			

MODALITÉS DE SÉLECTION DES DOSSIERS

Dossiers 1 à 5 : méthode rétrospective avant la partie formative : listage des patients adultes vus en premier recours, qui ont souffert d'une lombalgie (douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier) ou d'une lombosciatique (douleur lombaire avec irradiation distale dans un membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1) aiguë, reçus en consultation dans l'année précédant la première réunion du cycle thématique (liste extraite d'un fichier informatique ou constituée manuellement) avec tirage au sort de 5 dossiers

Dossiers 6 à 10 : méthode prospective pendant au moins 3 mois après la première réunion du cycle thématique (et jusqu'à la troisième) : listage des patients adultes vus en premier recours, qui ont souffert d'une lombalgie (douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier) ou d'une lombosciatique (douleur lombaire avec irradiation distale dans un membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1) aiguë reçus au fil des consultations (liste extraite d'un fichier informatique ou constituée manuellement) avec tirage au sort de 5 dossiers

A l'exclusion des patients :

- qui ont déjà consulté un autre médecin pour ce problème : il ne s'agit plus de la prise en charge initiale
- qui consultent alors que le problème existe depuis plus de 3 mois : ils sortent du cadre de la lombalgie ou la lombosciatique aiguë
- dont le problème est lié à un accident du travail