

LA LOMBALGIE CHRONIQUE :

Facteurs de risque, diagnostic,
prise en charge thérapeutique



Caroline Karras-Guillibert

Rhumatologue, Hôpital Saint Joseph, Marseille

La lombalgie chronique : le « *mal du siècle* »?

- Douleur localisée entre la 12^e côte et la partie inférieure de la fesse, avec ou sans irradiation au MI
- Persistance des symptômes > 3 mois, ou rechutes sur une période de < 6 mois
- Prévalence ponctuelle de la lombalgie est de 27 %
- Prévalence cumulée de 60 à 90 %
- Evolution vers la chronicité : 6-8 % des cas

FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITÉ

- Difficultés méthodologiques des études
- 6 ordres de facteurs impliqués dans le passage à la chronicité



- ✓ Personnel
- ✓ Propres à la maladie
- ✓ Professionnels
- ✓ Socio-économiques
- ✓ Médico-légaux
- ✓ Psychologiques

LES FACTEURS INDIVIDUELS :

- **Médicaux** : âge élevé, absentéisme professionnel, médicalisation
- **Cliniques** : sévérité de l'incapacité fonctionnelle, présence d'une sciatique, durée de l'épisode lombalgique à l'inclusion
- **Psychologiques** : mauvais statut psychologique global, dépression, coping
- **Socioculturels** : statut social non satisfaisant
- **Facteurs professionnels** : insatisfaction au travail

LA PRISE EN CHARGE INITIALE :

- Durée d'invalidité corrélée
 - au nombre de visites chez les professionnels de santé
 - au recours au spécialiste
 - au recours à l'imagerie précoce
 - et à la « positivité » de l'imagerie

DIAGNOSTIC D'UNE LOMBALGIE

- « Lombalgies symptomatiques » (5% des lombalgies consultant en MG). Causes :
 - Traumatiques
 - Tumorales
 - Infectieuse
 - inflammatoire
- « Lombalgies communes » d'origine microtraumatique ou dégénérative.

• SIGNES D'ALERTE EN FAVEUR D'UNE LOMBALGIE SYMPTOMATIQUE (RED FLAGS)

(groupe européen *Cooperation in field of scientific and Technical Research*, Action B13 en 2006)

1. Âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 50 ans
2. Antécédent récent de traumatisme violent
3. Douleur constante et progressive, non mécanique
4. Douleur dorsale
5. Antécédent de tumeur maligne
6. Utilisation prolongée de corticoïdes
7. Toxicomanie, immunodépression, HIV
8. Mauvais état général, amaigrissement inexpliqué
9. Atteinte neurologique étendue
10. Déformation structurale
11. Fièvre

→ En l'absence de signes d'alerte : pas d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf évolution manifestement défavorable.

- **DIAGNOSTIC D'UNE LOMBALGIE DE L'ADULTE :**
l'interrogatoire et l'examen clinique doivent éliminer :
 - *Les causes non rachidiennes* : urologiques, gynécologiques, digestives, aorte, zona
 - *Une lombalgie symptomatique* : fracture, spondylodiscite, tumeur osseuse ou intracanaulaire, SPA
 - *Une atteinte neurologique*

DISTINCTION ENTRE LOMBALGIES ET LOMBORADICULALGIES

(Catégories diagnostiques retenues par l'International Paris task force on back pain, 2000)

Catégorie 1 : lombalgie **n'irradie pas au dessous du pli fessier**, sans signe neurologique. La plupart des lombalgies appartiennent à cette catégorie. Les symptômes peuvent être constants ou intermittents, d'intensité variable, et presque toujours aggravés par les contraintes mécaniques.

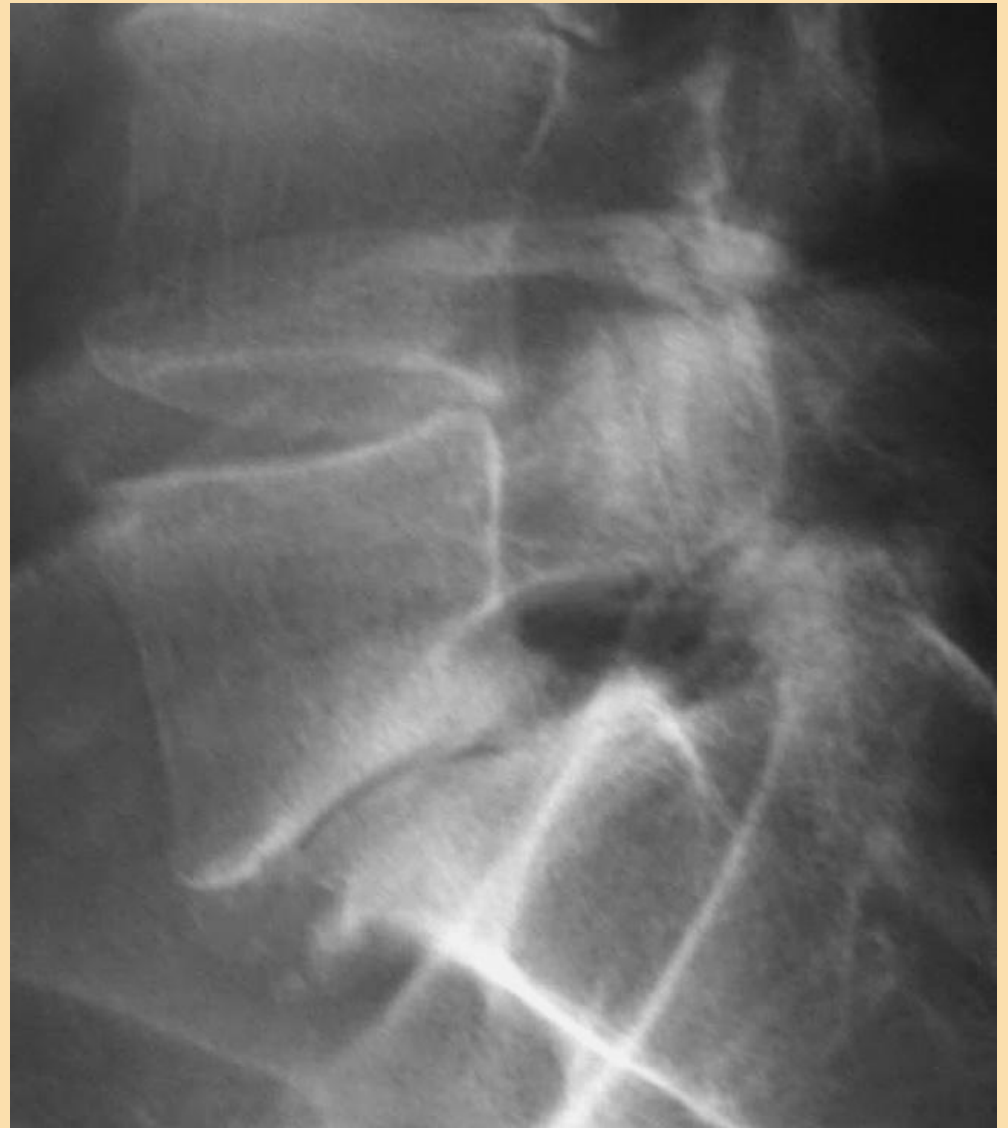
Catégorie 2 : lombalgie **n'irradie pas au dessous du genou**, sans signe neurologique. Dans cette catégorie, la douleur irradiée au segment proximal du membre inférieur peut être d'origine neurologique, mais provient plus probablement des structures profondes du rachis (vertèbres et structures périarticulaires).

Catégorie 3 : lombalgie **irradie au dessous du genou**, sans signe neurologique. Contrastant avec la catégorie 2, la douleur dans cette catégorie est probablement d'origine neurologique, bien qu'elle puisse provenir des structures profondes du rachis (vertèbres et structures périarticulaires).

Catégorie 4 : lombalgie **irradie selon un dermatome précis et complet du membre inférieur**, avec ou sans signe neurologique. Cette catégorie comprend les atteintes radiculaires classiques telles que la sciatique, qui, bien que le plus souvent liées à une hernie discale, peuvent aussi résulter d'autres atteintes mécaniques du rachis.

CRITÈRES RADIOLOGIQUES

- En cas de signes d'alerte :
 - Rx simples en 1^{ère} intention
 - Éliminer pathologies spécifiques
 - Décrire troubles de la statique lombopelvienne, anomalies transitionnelles
 - ➔ signes de dégénérescence discale ++, arthrose post, lyse isthmique
- +/- IRM > TDM





- **Signes radiologiques peu spécifiques :**

La dégénérescence discale est aussi fréquente chez les lombalgiques que chez les non lombalgiques

- **L'IRM est plus contributive :**

Signaux des plateaux vertébraux de type Modic I chez 5-20 % des lombalgiques : signification physiopathologique

Étude des muscles para-vertébraux

Bursite inter-épineuse (maladie de Bastrup)

- **EVALUATION INITIALE :**
 - Evaluation de la douleur : interrogatoire, évaluation fonctionnelle, évaluation de la composante anxieuse/dépressive
 - Description du contexte professionnel
 - Analyse des facteurs psychosociaux

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- Considérer un modèle *biopsychosocial* :
 - Reconnaître nature non spécifique de la lombalgie
 - Identifier **facteurs psychosociaux** sous-jacents associés à un retard de guérison (croyances, perception d'incapacité élevée, kinésiophobie, anxiété, somatisation, dépression, stress, insatisfaction au travail...)
 - Donner du **pouvoir** et une **responsabilité** au patient dans sa prise en charge

MÉDICAMENTS

- Antalgiques : paracétamol++ (accord professionnel) puis niveau II si échec (grade B). Opioides forts au cas par cas (grade C)
- AINS (grade C) en tt de courte durée
- Corticostéroïdes non indiqués (accord professionnel)
- Myorelaxants : tetrazepam (grade B)
- Antidépresseurs tricycliques (grade C), IRS sans effet
- Infiltrations épidurales de corticoïdes : effet antalgique à court terme (grade B), AP effet antalgique non démontré

EXERCICES

- L'inactivité physique engendre un tableau de **déconditionnement**
- **Modifications musculaires**
- Outils de rééducation:
 - Mobilisations passives : assouplissement des régions lombaire, fessière, fémorale
 - Pratique d'exercices physiques : renforcement musculaire ms spinaux++
- Efficacité sur la douleur et l'incapacité à long terme
- Efficacité antalgique de la stimulation électrique transcutanée pendant l'application (Grade C)
- Balnéothérapie peut avoir effet antalgique à court terme (Grade C)

THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

- Objectif : réduire l'incapacité en modifiant les processus cognitifs et les comportements des patients
 - Techniques de restructuration des cognitions et des croyances inadaptées
 - Réduction de la tension musculaire (relaxation)
 - Techniques de renforcement positif, apprentissage de stratégies de coping, réassurance
- En comparaison aux ttt usuels la TCC augmente le retour au travail

PROGRAMMES MULTIDISCIPLINAIRES

- Incluent une prise en charge médicale, physique, psychologique, comportementale et parfois professionnelle
- Centres spécialisés
- Destinés aux lombalgiques chroniques invalidés en voie d'exclusion professionnelle pour lesquels une option monodisciplinaire a échoué
- Petits groupes de patients sur 3-6 sem
- La **progression** se fait **par contrat**
- Concepts de ttt reposant sur l'acceptation de la douleur, le management, les stratégies actives de coping, la progression par contrat
- **Objectifs** : effet reconditionnant sur les muscles, réduire la douleur en réduisant les craintes et les comportements inadaptés face à la douleur.

INDICATIONS CHIRURGICALES

- **Spondylolisthésis** par lyse isthmique en L4-L5 ou L5-S1: dlr lombaires associées à irradiations aux MI → décompression par résection de l'arc post mobile associée à la réduction de l'antelisthésis + arthrodèse des 2 vertèbres concernées.
- **Canal lombaire étroit** avec compression de la queue de cheval ou des racines nerveuses → décompression chirurgicale par laminectomie +/- associée à une résection des AP +/- arthrodèse
- **Prudence vis-à-vis des indications chir pour les lombalgies chroniques sans trouble neuro (atteinte discale)**



AU TOTAL

- Une pathologie très fréquente
- Rares cas de lombalgie symptomatique à dépister précocement
- Examens complémentaires facultatifs
- Nécessité d'une prise en charge globale précoce
- Éviter la chronicisation à tout prix