

A propos de lombalgie aiguë

En ouvrant la porte de la salle d'attente, je me sens vite chargé d'anxiété lorsque je vois le patient se lever «en diagonale» de son siège. Dans la pratique ambulatoire, voir tant de personnes souffrir de récidives ou de persistance de leurs lombalgies rend circonspect, ou même inquiet!

Le grand mérite de cette stratégie est donc de me rappeler qu'il existe des lombalgies bénignes, une fois écartés les symptômes et signes d'alerte (à ne jamais oublier!).

Deux points me paraissent particulièrement importants pour éviter la chronisation:

- 1. Faire des examens complémentaires avec circonspection. Même des radiographies standards de la colonne lombaire contribuent à focaliser l'attention du patient sur son dos, organe-cible type des tensions psycho-somatiques: il est opportun, en discutant la radiographie avec le patient, d'utiliser des mots compréhensibles et pas trop alarmistes. Par exemple, «en discutant de l'ossature, on oublie les muscles et les ligaments, qui sont les facteurs les plus importants pour provoquer les douleurs». A fortiori, CT scanner ou IRM ne doivent être demandée qu'en présence de signes d'alarme, ou dans une perspective pré-opératoire lorsqu'existent des signes de compression radiculaire. Sinon, ces examens vont aboutir à des découvertes inutiles pour le diagnostic et le traitement (par exemple «une protrusion discale médiane de 4 mm») qui vont simplement angoisser le patient.*
- 2. L'importance de la relation et de la conscience politique du médecin. On ne le dira jamais assez, l'anamnèse doit absolument inclure d'emblée le plus possible d'informations sur le contexte social et professionnel du patient. Souvent, l'obtention d'un changement relationnel fondamental ou la modification d'un lieu de travail améliore les lombalgies. Ceci impose une forte relation médecin-malade, visant à permettre un changement d'attitude du patient par rapport à son entourage. C'est là aussi que je vois un engagement politique du médecin: changer l'environnement a autant d'importance que de soigner un individu.*

François Mottu

Akute Lumbalgie

Wenn ich die Wartezimmertüre öffne, spüre ich schon die Beklemmung aufsteigen, sobald ich den Patienten sehe, wie er sich diagonal aus seinem Sessel erhebt. Wenn man in der Praxis so viele Menschen gesehen hat, die an rezidivierenden oder chronischen Rückenschmerzen leiden, wird man vorsichtig oder sogar besorgt!

Der grosse Vorzug dieser «Strategie» ist es, mich daran zu erinnern, dass es auch benigne Lumbalgien gibt, wenn man die Alarmsymptome ausgeschlossen hat (nie vergessen!).

Zwei Punkte erscheinen mir besonders wichtig, um die Chronifizierung zu vermeiden:

- 1. Ergänzende Untersuchungen zurückhaltend veranlassen. Auch das Standard-Röntgenbild der lumbalen Wirbelsäule steuert dazu bei, dass die Aufmerksamkeit des Patienten sich auf seinen Rücken, Zielscheibe des psychosomatischen Drucks, fokussiert: Es ist angebracht, bei der Besprechung der Röntgenbilder mit dem Patienten verständliche und nicht allzu alarmierende Worte zu verwenden. Zum Beispiel: «Wenn man über die Knochen spricht, vergisst man oft die Muskeln und die Bänder, welche die wichtigsten Faktoren in der Auslösung der Schmerzen sind.» Ein CT oder ein MRI dürfen insbesondere nur veranlasst werden, wenn Alarmsymptome vorhanden sind, oder zur präoperativen Beurteilung, wenn Zeichen der radikulären Kompression vorhanden sind. Wenn nicht, werden diese Untersuchungen in unnützen Feststellungen sowohl für die Diagnostik als auch die Behandlung münden (z.B. «mediane Diskus-Protusion von 4 mm»), die nur den Patienten beunruhigen.*
- 2. Die Wichtigkeit der Beziehung und des politischen Gewissens des Arztes. Man kann es nicht oft genug sagen, gleich beim erstenmal muss die Anamnese möglichst viele Informationen über das berufliche und soziale Umfeld des Patienten enthalten. Oft verbessert eine fundamentale Veränderung des Beziehungsumfeldes oder eine Veränderung am Arbeitsplatz die Rückenschmerzen. Eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung ist notwendig, um eine Änderung der Haltung des Patienten gegenüber seiner Umgebung zu erreichen. Hier sehe ich auch das politische Engagement des Arztes: die Umgebung zu ändern, ist genauso wichtig, wie ein Individuum zu heilen.*

François Mottu

(Übersetzung: Romaine Viollier)

Lombalgie aiguë

H. Wolff, H. Stalder,
P. A. Guerne

Introduction

Définitions

La *lombalgie* est une douleur de la région lombaire basse, pouvant être accompagnée d'une limitation de la mobilité et d'une raideur. La *lombosciatalgie* est définie comme une lombalgie avec irradiation dans les membres inférieurs, notamment le long du trajet du nerf sciatique. On parle de *lombalgie commune* ou *lombalgie non spécifique* lorsqu'il n'existe aucune évidence d'une pathologie entrant dans un cadre nosologique précis (*lombalgie spécifique*).

Si la durée de la symptomatologie est inférieure à un mois, on parle de *lombalgie aiguë*, sinon de *lombalgie chronique*.

Importance en médecine de premier recours

70–85% des sujets de la population générale souffrent au moins une fois dans leur vie de douleurs de dos. La prévalence annuelle de la lombalgie aiguë varie entre 15 et 45%, et la lombalgie aiguë est la deuxième plainte mo-

tivant une consultation médicale. Le taux de guérison est de 90% dans les six semaines. Les lombalgies représentent entre 2 et 10% des motifs de consultation de premier recours. Dans une étude effectuée entre 1988 et 1989 en Angleterre, c'était la première cause d'arrêt de travail avec 12,5% de la totalité des jours d'arrêt prescrits. Dans les pays industrialisés, les coûts motivés par des arrêts de travail liés aux problèmes du système locomoteur ont explosé depuis les années 50. Environ 1/5 des rentes AI sont dues aux lombalgies chroniques. Devant ces chiffres, il apparaît primordial de prendre en charge de manière adéquate la lombalgie aiguë afin d'éviter qu'elle ne devienne chronique.

Diagnostic différentiel

La lombalgie aiguë la plus fréquente est de loin la lombalgie commune. Cependant le diagnostic différentiel est très large (tabl. 1).

Approche clinique

Anamnèse

L'anamnèse dirigée est impérative pour exclure d'éventuelles atteintes somatiques graves. Les éléments anamnestiques suivants

Tableau 1. Diagnostic différentiel de la lombalgie commune aiguë.

Pathologies dégénératives et/ou mécaniques	hernie discale canal lombaire étroit listhésis ± instabilité vertébrale segmentaire spondylarthrose rupture discale interne scoliose, hypercyphose, hyperlordose
Infections	spondylodiscite abcès épidual
Pathologies tumorales	tumeur primitive métastase vertébrale
Fractures	fracture vertébrale ou pelvienne
Rhumatismes inflammatoires	spondylarthropathies séronégatives avec atteinte axiale polymyalgia rheumatica atypique (rare)
Pathologies neurologiques	maladie de Lyme plexopathie diabétique
Pathologies rétropéritonéales et abdominales	pathologies urétérales (lithiase) et rénales (pyélonéphrite, abcès périnéphrétique) anévrisme aortique tumeurs hémorragie pancréatite, néoplasie pancréatique cholécystite maladie ulcéreuse pathologies gynécologiques

Ceci est un article de la série «Stratégies en médecine ambulatoire».

Dies ist ein Beitrag aus der Reihe «Stratégies en médecine ambulatoire».

Cette stratégie est également disponible sur le web:
<http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Prof. Dr Hans Stalder
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1202 Genève
e-mail: hans.stalder@hcuge.ch

Tableau 2. Symptômes d'alerte.

Qualité de la douleur	douleur de repos, accentuée la nuit, ne dépendant ni de la position, ni de la charge douleur ne réagissant pas au traitement et/ou progressive
Age	premier épisode à <20 ou >50 ans
Signes d'infection	fièvre infection cutanée ou urinaire concomitante
Comorbidités	néoplasie ostéoporose immunodéficience usage de drogues i.v.
Déficits neurologiques	parésie, hypoesthésie ou dysmétrie d'un membre rétention urinaire (souvent méconnue) incontinence d'apparition récente
Médicaments	corticothérapie prolongée
Durée	absence d'amélioration après 4 semaines de traitement adéquat
Traumatisme préalable	
Perte de poids inexpliquée	

Tableau 3. Signes d'alerte.

Généraux	état fébrile diminution de l'état général
Neuro-musculaires	hyperréflexie, hypertonie, réflexes pathologiques anesthésie du siège parésies (cave: psoas [L2-L4] et glutéales [L5] souvent méconnues)
Osseux	douleur osseuse vertébrale à la percussion ou à l'ébranlement

sont particulièrement importants: durée et type des symptômes, signes généraux (état fébrile, perte de poids, fatigue), récurrences, facteurs déclenchants, caractéristiques de la douleur, localisation, limitation fonctionnelle, irradiations et antécédents.

Examen clinique

L'examen clinique complet est indispensable. En dehors d'un examen général et d'un examen complet du rachis (statique, mobilité, palpation, percussion, distance doigts-sol, Schober), il convient de rechercher les points de fibromyalgie et de pratiquer un examen neurologique minutieux.

L'analyse du contexte bio-psycho-social est d'une importance particulière.

La plupart des pathologies graves peuvent être détectées par une anamnèse et un examen clinique minutieux. Cependant, il y a peu de symptômes et de signes à la fois sensibles et spécifiques. Pour des signes cliniques, la concordance inter-observateurs est également très faible [2]. Pour ces raisons, il est primordial de chercher systématiquement

les symptômes (tableau 2) et les signes d'alerte (tableau 3).

Examens complémentaires

En cas de lombalgie commune, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Uniquement en présence de symptômes et signes d'alerte, il faut procéder à des investigations ciblées [4, 5] (tableau 4).

En présence de symptômes et/ou de signes d'irritation radiculaire discrets et/ou neurologiques déficitaires discrets et non progressifs, des investigations complémentaires ne sont pas nécessaires dans un premier temps.

Attitudes et traitement de la lombalgie commune [4, 6-8]

Il est important d'informer le patient de manière adéquate, en insistant sur le côté bénin de la symptomatologie, en explicitant le bon pronostic. Dès le début, des facteurs socio-économiques doivent être considérés.

Dans la phase aiguë, un alitement bref, en position antalgique, peut être bénéfique.

Tableau 4. Investigations ciblées.

Investigations	indications
Paramètres inflammatoires (VS,CRP)	symptômes et signes d'alerte ou absence d'amélioration après 2-4 semaines
Radiographie standard (face et profil)	symptômes et signes d'alerte exclusion d'une maladie spécifique (en présence de troubles dégénératifs, il n'y a pas de bonne corrélation avec la clinique ou le pronostic)
CT / IRM	symptômes et signes d'alerte, en particulier: tableau neurologique peu clair atteinte polyradiculaire, suspicion d'infection ou de tumeur suspicion de syndrome de la queue de cheval ou signes de myélocompression
Ultrason urinaire	suspicion de syndrome de la queue de cheval ou signes de myélocompression

Néanmoins, la mobilisation précoce est un objectif important pour accélérer la guérison. Le patient peut également procéder à l'auto-application de chaud ou de froid en fonction de ce qui lui convient le mieux. Il doit être informé sur les mouvements et positions à éviter, éventuellement avec l'aide d'un physiothérapeute et éviter des surcharges mécaniques (port de charges lourdes ou avec bras de levier, flexion antérieure du tronc sans appui, position assise prolongée).

Traitement médicamenteux

Le but est une antalgie efficace dès la première consultation (entre autre pour éviter la mémoire de la douleur) au moyen des doses habituelles de paracétamol, éventuellement en association avec de la codéine, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des myorelaxants si une contracture musculaire est objectivée.

La durée du traitement est généralement de trois à dix jours. En cas de non-réponse au traitement initial ou de douleur très sévère, des opioïdes ou des corticostéroïdes sont indiqués.

Physiothérapie – médecine manuelle

La physiothérapie et la médecine manuelle ne sont pas indiquées dans les deux premières semaines en raison de l'évolution spontanément favorable dans environ 90% des cas. Au-delà de cette période, elles peuvent contribuer à prévenir ou corriger: une attitude vicieuse du rachis, une raideur importante, des troubles de la proprioception et une faiblesse de la musculature abdominale et lombaire.

Infiltrations et injections

Lorsqu'un ou deux points précis sont douloureux à la palpation ou à la mobilisation,

une infiltration *loco dolenti* de corticoïde et/ou d'anesthésique peut être efficace. L'infiltration intra-articulaire postérieure est réservée aux spécialistes.

Pronostic

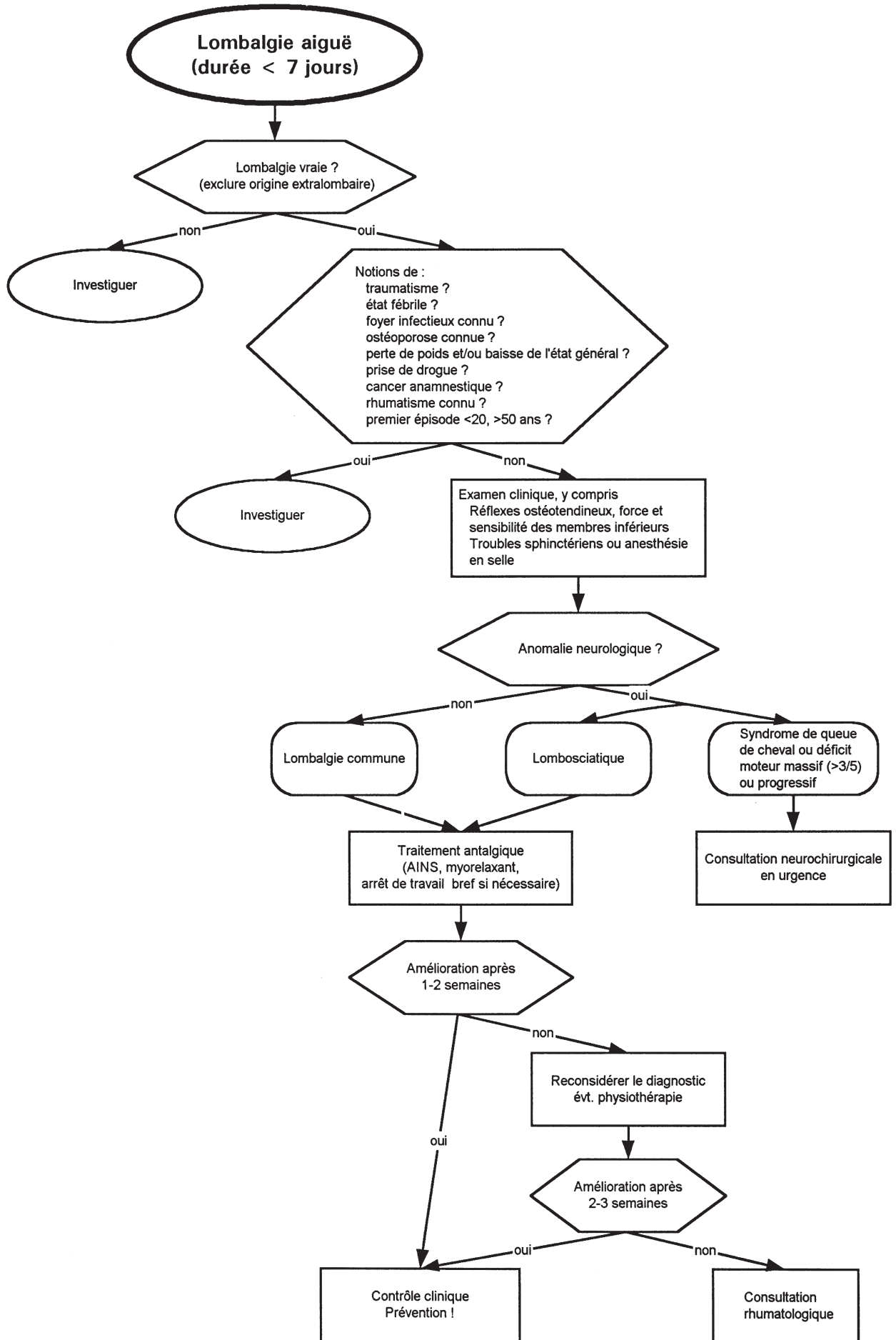
Le taux de guérison d'une lombalgie aiguë est de 90% dans les six semaines. Après ce délai, la guérison est longue et incertaine. Parmi les patients en arrêt de travail depuis plus de six mois, moins de 50% reprennent leur travail et, si l'arrêt dépasse deux ans, les chances d'une reprise d'activité sont pratiquement nulles. Le risque de récurrence de la lombalgie aiguë est élevé avec 20 à 40% sur une année. En présence d'un syndrome radiculaire, la durée de récupération est plus longue, avec un taux de guérison de 40% dans les dix jours.

Une évolution chronique est associée avec les facteurs suivants: l'âge avancé du patient et la durée accrue de l'épisode algique. Les facteurs psychosociaux comme l'insatisfaction professionnelle, salariale ou avec la situation d'assurance ainsi que la peur en général sont associés à un mauvais pronostic. D'autres facteurs aggravants sont la présence de pathologies psychiatriques préexistantes comme les dépendances, les troubles de la personnalité, les phobies et les états anxio-dépressifs [9].

Contrôle et suivi

Étant donné le bon pronostic de la lombalgie aiguë, il n'est pas forcément nécessaire de revoir le patient. Il faut cependant lui proposer de reconsulter si la symptomatologie ne se résout pas dans les 4-7 jours avec le traitement prescrit.

L'arrêt de travail doit être utilisé avec précaution. S'il est nécessaire, il doit être restreint à un maximum de 5 jours.



Attitudes de prévention

Plusieurs livres et brochures ainsi que des sites Internet ont été conçus à l'attention des patients, afin de les aider notamment à éviter les attitudes ou activités néfastes et prévenir les récurrences et les évolutions chroniques: «Le mal de dos» (Mepha Pharma), «Dos» (Ecole de dos, Georg éditeur SA, Genève) et <http://perso.wanadoo.fr/bernard.lefort/Sites/physiosante.htm#Lombalgies.html>. Ils sont indiqués après guérison de l'épisode aigu et en cas d'anamnèse de lombalgies récurrentes. A Genève, la division de rhumatologie organise des cours de prévention d'une semaine (Ecole du dos) et un programme de prise en charge des lombalgies subaiguës («objectif dos») dont le but est de prévenir l'évolution vers la chronicité.

Les 3 points plus importants à retenir

L'étiologie la plus fréquente des douleurs lombaires est la lombalgie commune, qui ne demande pas d'investigations au-delà d'une anamnèse et un examen clinique y inclus neurologique soigneux. Cependant, chaque fois, les symptômes et signes d'alerte doivent être scrupuleusement recherchés.

La lombalgie aiguë est une maladie fréquente et bénigne en médecine de premier recours, avec un taux de guérison de 90% dans les 6 semaines.

L'évolution vers la chronicité doit être prévenue par une antalgie efficace, une mobilisation précoce, la considération des facteurs psychosociaux et l'enseignement au patient.

Date de la première édition: 25 avril 1997 par B. Leuba-Manueddu et H. Stalder.

Date de la mise à jour: 25 janvier 2001 par H. Wolff, P.-A. Guerne et H. Stalder.

Références

- 1 Andersson GB. Epidemiological features of chronic low back pain. Review. *Lancet* 1999;354:581-5.
- 2 Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268:760-5.
- 3 Jeanneret B, Frey D, Schären S. Chronische Rückenschmerzen. *Schweiz Med Wochenschr* 1998;128:706-18.
- 4 Keel P, Weber M, Gauchat MH, et al. Back in time: Lombalgies: recommandations pour le diagnostic et la prise en charge. Ed. FMH; 1998.
- 5 Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994;331:69-73.
- 6 Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997;56:214-23.
- 7 Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain-bedrest, exercises or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351-5.
- 8 Henley E. Understanding and treating low back pain in family practice. *J Fam Pract* 2000;49:793-5.
- 9 Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatric illness and chronic back pain. The mind and the spine-which goes first? *Spine* 1993;18:66-71.