

## Quels examens et traitements sont pertinents?

# Le défi des patients atteints de lombalgies

Stefan Bachmann<sup>a\*</sup>, Peter Oesch<sup>b\*</sup>

<sup>a</sup> Ärztlicher Direktor Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und muskuloskeletale Rehabilitation, Kliniken Valens; <sup>b</sup> Direktor Therapien, Kliniken Valens

\* Les deux auteurs ont contribué à parts égales à l'article



## Contexte

### Epidémiologie

En Suisse et dans l'ensemble des pays industrialisés, les troubles musculo-squelettiques constituent un problème de santé fréquent. Selon une enquête de l'Office fédéral de la statistique datant de 2012, 33% des adultes souffraient de maux de dos ou lombalgies d'intensité légère, et 7% de maux de dos ou lombalgies d'intensité sévère [1]. La prévalence vie-entière oscille entre 60 et 80% selon les études. La plupart des lombalgies régressent à nouveau en l'espace de 6 à 12 semaines [2]. Lors de l'épisode initial de maux de dos, 15–20% des personnes touchées sont en incapacité de travail pendant une courte période. Jusqu'à 40% de tous les patients souffrent encore de lombalgies après 6 mois et sont en partie encore en arrêt de travail [3].

### Etiologie et classification des lombalgies

Moins de 15% des patients souffrent de lombalgies spécifiques. Les causes spécifiques des lombalgies et leur prévalence sont les suivantes [4]:

- causes neurogènes (syndromes radiculaires), env. 7–10% de tous les cas;
- fractures, env. 2–3% des cas (en cas d'ostéoporose, 10–50%);
- causes inflammatoires ou néoplasiques, env. 1% de tous les cas;
- causes viscérales, env. 1–2% de tous les cas;
- diverses causes rares, <1% de tous les cas.

La majorité des patients souffrent de lombalgies non-spécifiques, définies en tant que lombalgies qui ne peuvent pas être attribuées à des pathologies spécifiques connues identifiables [5]. En raison des difficultés diagnostiques chez la majorité des patients atteints de lombalgie, il est recommandé de classer cette dernière sur la base de la durée et de la localisation des symptômes [6] au moyen des critères suivants:

#### A) Durée des symptômes

- lombalgies aiguës (<4 semaines);
- lombalgies subaiguës (4–12 semaines);
- lombalgies chroniques (>12 semaines).

B) Localisation des symptômes, en faisant la distinction entre quatre groupes diagnostiques:

- lombalgies localisées;
- lombalgies irradiant jusque dans le genou;
- lombalgies irradiant jusqu'en-dessous du genou, sans signes neurologiques;
- lombalgies irradiant dans un dermatome précis et entier de la jambe, avec ou sans signes neurologiques.

Lorsque quatre symptômes neurologiques prédominent dans le groupe diagnostique, il convient de supposer la compression d'une racine nerveuse. Dans ce cas, il s'agit donc de lombalgies spécifiques.

## Diagnostic

### Anamnèse

Comme partout en médecine, la première et principale étape de l'évaluation clinique des lombalgies est l'anamnèse. Il peut tout à fait être postulé que l'anamnèse est le principal outil diagnostique du médecin en cas de lombalgies! Dans l'ensemble, 90% des lombalgies sont inoffensives. L'anamnèse doit toutefois permettre de détecter de potentielles maladies graves spécifiques de la colonne vertébrale, qui doivent immédiatement faire l'objet d'investigations complémentaires et éventuellement d'un traitement spécifique (*red flags*). A l'anamnèse, il convient également d'identifier le stress psychique et le stress psycho-social (*yellow flags*) en tant que facteurs de chronicisation potentiels en vue de réduire le risque d'incapacité professionnelle à long terme et de perte d'emploi. Le modèle de Main et al. (tab. 1) est utile à cet effet [7]. Il convient ensuite d'évaluer en détails les douleurs sous toutes leurs facettes. Le patient doit être interrogé sur le début des symptômes (aigu, traumatisme, insidieux), l'évolution au cours de la journée, la localisation et le type de douleur, les facteurs aggravant ou soulageant la douleur, les irradiations (dans les fesses et les jambes, le long de la colonne vertébrale en direction crâniale), les phénomènes accompagnant la dou-

**Tableau 1:** Modèle des signaux d'alerte (flags) de Main et al. (adapté d'après [7]).

<b>Red flags</b> Indices de pathologie organique spécifique	<b>Yellow Flags</b> Indices de possible chronicisation	<b>Blue Flags</b> Facteurs professionnels	<b>Black Flags</b> Facteurs socio-professionnels
Tumeur maligne à l'anamnèse	Statut social/qualification professionnelle bas/ faible satisfaction professionnelle	Statut professionnel	Environnement politico-professionnel, conventions collectives de travail
Perte de poids inexplicée	Travaux physiques éprouvants	Possibilités de compensation relatives à la profession	Situation générale du marché du travail
Antécédents de traumatisme	Incapacité professionnelle de plus de 4 mois	Satisfaction professionnelle relative à la profession	Environnement socio-politique
Douleurs croissantes, déficits neurologiques	Difficultés psychiques et sociales/ troubles dépressifs		
Pas d'amélioration en position allongée	Tendances passives avec repos au lit fréquent, retrait social et évitement des activités quotidiennes normales		
Douleurs majoritairement nocturnes	Conviction subjective que la douleur est nocive et dangereuse		
Raideur matinale >1 heure	Surprotection par les membres de la famille		
Troubles de la fonction vésicale/ intestinale	Précédent arrêt de travail de longue durée en raison d'une blessure ou d'autres problèmes de douleurs		
Infection urinaire et/ou cutanée concomitante(s)			
Traitement par cortisone à long terme			
Abus de drogues i. v.			

leur (moteurs, sensoriels), les symptômes généraux et les précédents épisodes de maux de dos. Les deux principales entités du diagnostic différentiel, à savoir les maux de dos radiculaires et les maux de dos inflammatoires, sont présentées en détails dans le tableau 2.

### Examen

L'anamnèse est suivie d'un examen physique complet prenant en considération le statut de médecine interne, ainsi que le statut neurologique, rhumatologique et orthopédique. Il convient ici d'attirer l'attention sur le fait que l'évaluation des maux de dos comprend non seulement l'examen de la colonne vertébrale, mais aussi un examen de médecine interne et un examen neurologique complets en raison des implications relatives aux diagnostics différentiels et aux traitements. Un examen clinique exhaustif est nécessaire afin de détecter, de façon complémentaire à l'anamnèse, des causes spécifiques mais plutôt rares de maux de dos (par ex. radiculopathies, spondylarthropathies séronégatives, inflammations, affections tumorales, etc.). L'examen permet souvent de retrouver des altérations posturales segmentaires circonscrites (scoliose, hyperextension, cyphose ou lordose accentuée, ou shift), des troubles fonctionnels segmentaires

ou des restrictions des mouvements («blocages»), ainsi que des altérations des tissus mous, telles que tendinoses, tendomyoses, myogéloses, périostoses ou ligamentoses. En règle générale, ces résultats ne sont toutefois pas pertinents quant à la présence d'une pathologie rachidienne. Les anomalies identifiables à l'examen neurologique sont en revanche bien plus importantes sur le plan diagnostique (par ex. signe neuro-méningé positif à l'extension, réflexes affaiblis, faiblesses musculaires, atrophies musculaires et diminution de la sensibilité).

En cas de lombalgie chronique, une composante psychique est souvent présente. En conséquence, tous les patients atteints de lombalgies depuis longtemps devraient en réalité également faire l'objet d'une évaluation psychiatrique [8]. Les lignes directrices européennes pour la prise en charge des lombalgies chroniques [9] recommandent expressément le recensement et l'évaluation des «Yellow Flags» psycho-sociaux. Un autre outil éprouvé pour l'évaluation des risques psychosociaux est le *STarT Back Tool* [10]. Dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée qui a comparé l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité d'une physiothérapie stratifiée (intervention, n = 568) par rapport à une physiothérapie «best-practice» non stratifiée

**Tableau 2:** Indications anamnestiques centrales relatives aux maux de dos radiculaires ou inflammatoires/infections et fractures.

Maux de dos radiculaires	Maux de dos inflammatoires avec cause auto-immune/infectieuse	Fracture
Douleurs unilatérales ou bilatérales dans les jambes (sciatique)	Début avant <45 ans (auto-immune)	Événement déclencheur fréquent (également petits traumatismes en cas d'ostéoporose)
Sensation d'engourdissement ou faiblesse dans les membres Engourdissement dans la région de la «culotte»	Début lent, durée >12 semaines (auto-immune)	Douleur augmentant avec le mouvement et l'effort, tendanciellement moins importante au repos
Troubles de la fonction vésicale	Raideur matinale dans le dos >30 minutes (auto-immune, infectieuse)	Douleurs également pendant la nuit
Augmentation/déclenchement de la douleur par la toux, l'éternuement ou la manœuvre de Valsalva	Amélioration à l'effort, pas d'amélioration au repos (auto-immune, infectieuse)	Douleur induite par le port de charges et/ou lors de la poussée
	Réveil durant la deuxième moitié de la nuit Amélioration après lever et mouvement (auto-immune, infectieuse)	Symptômes neurologiques concomitants (douleurs neuropathiques irradiantes)

(contrôle, n = 283) [11], le *StarT Back Tool* a été utilisé pour le triage dans les groupes «intervention» et «contrôle». Les patients du groupe «contrôle» ont reçu une physiothérapie, indépendamment de leur situation de stress psychosocial. Les patients du groupe «intervention» ont été subdivisés en trois groupes de risque en fonction du stress psychosocial. Les patients à faible risque ont reçu un examen initial, le conseil de rester physiquement actifs et de retourner au travail dans la mesure du possible, ainsi qu'une brochure listant des groupes d'entraide et d'exercice locaux et un livret sur les maux de dos. Les patients à risque modéré ont reçu une physiothérapie standardisée avec pour objectif de réduire les symptômes et d'améliorer la fonction. Les patients à risque élevé ont été adressés pour une physiothérapie axée sur la psychologie, dans le cadre de laquelle, outre le traitement, les obstacles psychosociaux au rétablissement ont également été discutés. Les résultats thérapeutiques des trois sous-groupes «intervention» étaient significativement meilleurs et l'intervention s'est révélée moins coûteuse par rapport au groupe «contrôle».

### Examens complémentaires

Les examens de laboratoire ne sont en règle générale pas utiles en cas de maux de dos, à moins que l'anamnèse et l'examen clinique aient révélé des indices évocateurs d'une maladie inflammatoire ou maligne de la colonne vertébrale. Dans ce cas, une analyse sanguine indicative avec détermination des paramètres inflammatoires (vitesse de sédimentation et

protéine C réactive), hématologie, biochimie sérique et éventuellement électrophorèse des protéines est pertinente. Dans ces situations, il convient également de réaliser une analyse urinaire.

Il n'est pas nécessaire de réaliser des examens radiologiques au cours des 4 à 6 premières semaines d'un épisode de maux de dos, dans la mesure où l'anamnèse et l'examen clinique n'ont pas fourni d'indices évocateurs d'une maladie spécifique de la colonne vertébrale [12]. Si une évaluation radiologique devait tout de même être conduite, il convient dans un premier temps de réaliser une radiographie conventionnelle du rachis en incidences antéro-postérieure et latérale. Les autres examens complémentaires dépendent ensuite du diagnostic de suspicion clinique. Il convient toutefois de noter que selon l'âge du patient, des résultats radiologiques pathologiques au niveau de la colonne vertébrale sont également retrouvés chez 60–80% des patients dont le dos est sain, surtout dans le cadre de l'IRM [13]. Il faut en conséquence être prudent lors de l'interprétation et surtout de la communication au patient de ces altérations. Les discopathies dégénératives de type Modic I ne doivent pas être confondues avec une infection à l'IRM. Ces derniers temps, la tomographie par émission monophotonique couplée à la tomodensitométrie (TEMP-TDM) de la colonne vertébrale a été de plus en plus utilisée dans le cadre du diagnostic; elle peut occasionnellement être indiquée avant la mise en œuvre d'un traitement par infiltrations en cas de suspicion de spondylarthropathie active ou afin d'évaluer des maux de dos persistants après des interventions de la colonne vertébrale [14]. La validité clinique de cette modalité d'examen n'est toutefois actuellement pas encore entièrement déterminée.

### Traitement

En 1987, la première revue exhaustive de la littérature sur l'évaluation et le traitement des lombalgies constatait déjà que l'objectif primaire du traitement des lombalgies non-spécifiques ne devait pas être le soulagement des symptômes mais l'amélioration de la fonction [15]. Les lignes directrices thérapeutiques modernes comprennent ainsi des recommandations préconisant d'encourager l'activité, les exercices thérapeutiques, ainsi qu'un retour au travail le plus rapide possible [6, 9]. Afin d'atteindre ces objectifs, des traitements médicamenteux doivent la plupart du temps être prescrits en plus initialement.

### Traitement médicamenteux

Dans le cadre de la phase aiguë et subaiguë (durée des symptômes <12 semaines), les traitements médicamen-

teux par anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) et/ou opioïdes pour soulager les douleurs ou par myorelaxants en cas de fortes tensions musculaires aident à atteindre l'amélioration de la fonction générale recommandée en faisant régresser les douleurs et en réduisant la peur associée au mouvement. Le paracétamol n'est plus recommandé, car ce médicament ne s'est pas avéré être plus efficace que le placebo dans une grande étude randomisée contrôlée en double aveugle [16] et dans de grandes méta-analyses [17]. Les corticoïdes par voie orale ou épidurale ne doivent être employés qu'en cas de syndrome radiculaire. Durant la phase chronique (>12 semaines), les AINS, le tramadol, la duloxétine ou des opiacés peuvent être utilisés. Ces derniers ne doivent toutefois être délivrés que lorsque le traitement par AINS, tramadol ou duloxétine a «échoué» [17].

## Traitement non médicamenteux

### Education pour favoriser l'autogestion

Les peurs, craintes et fausses conceptions de la maladie constituent d'importantes barrières au rétablissement lors d'un épisode de lombalgies aiguës. En conséquence, il est essentiel de dispenser des conseils adéquats aux patients, ce qui poursuit divers objectifs: amélioration des connaissances et de la compréhension quant à l'apparition des maux de dos, et prévention des conséquences négatives des lombalgies, telles que l'anxiété, l'attitude générale d'évitement, le catastrophisme et la kinésiophobie.

Les principaux éléments d'une information adéquate (sur la base d'un modèle biopsychosocial) devraient mettre l'accent sur le bon pronostic, montrer qu'il n'existe initialement pas de nécessité de procéder à des examens radiographiques et qu'aucune pathologie sous-jacente grave n'est présente, et communiquer la nécessité de reprendre rapidement ses activités physiques habituelles et le travail, même si les douleurs n'ont pas encore entièrement régressé.

Malheureusement, dans le cadre du traitement, non seulement les convictions du patient mais aussi celles des professionnels de santé traitants jouent un rôle central. Dans une étude suédoise, plus de deux tiers des médecins de famille et physiothérapeutes interrogés ont indiqué qu'ils conseilleraient au patient d'éviter les mouvements douloureux, plus d'un tiers considéreraient qu'une réduction de la douleur constituait une condition nécessaire à la reprise du travail et 25% des personnes interrogées ont en outre indiqué qu'elles estimaient que l'arrêt de travail était un traitement adéquat des lombalgies [18]. Cette étude a montré un lien avec les convictions relatives à l'évitement de la

peur du professionnel de santé traitant. Ces dernières sont en nette contradiction avec les recommandations basées sur l'évidence relatives aux lombalgies.

### Exercices thérapeutiques

Les exercices thérapeutiques sont recommandés de façon consistante dans les lignes directrices modernes relatives aux lombalgies non-spécifiques [8–9, 19]. En principe, les exercices thérapeutiques peuvent être réalisés dans le cadre d'une approche thérapeutique comportementale ou d'une approche de médecine du sport biomécanique.

L'approche thérapeutique comportementale a pour objectif de modifier le comportement douloureux par le mouvement. Les patients doivent apprendre que le mouvement ne constitue pas un danger pendant que la fonction se rétablit par le biais d'un feedback continu et d'un renforcement positif. L'approche de médecine du sport biomécanique est employée en vue de rétablir la fonction corporelle. Les exercices thérapeutiques valides souvent employés dans le cadre d'une approche de médecine du sport biomécanique sont le concept McKenzie, l'entraînement thérapeutique médical et des exercices d'étirement et de renforcement musculaire spécifiques. Le concept McKenzie vise à influencer sur les troubles fonctionnels du dos au moyen d'exercices thérapeutiques spécifiques en autogestion et à donner de l'autonomie au patient. L'entraînement thérapeutique médical est axé sur l'amélioration de l'endurance, de la force et de l'endurance musculaire. Les exercices d'étirement et de renforcement musculaire adaptés individuellement et réalisés sous supervision thérapeutique doivent permettre de corriger des limitations fonctionnelles spécifiques et d'ainsi améliorer les douleurs et la fonction.

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) préconise désormais des programmes d'exercices en groupe dans ses recommandations publiées en 2018 relatives aux lombalgies avec ou sans irradiation dans les jambes, et ce, indépendamment du fait que l'approche soit biomécanique, aérobique, axée sur le corps et l'esprit ou qu'il s'agisse d'une combinaison d'approches. Lors du choix des exercices thérapeutiques, il convient de prendre en compte les besoins spécifiques, les préférences et les capacités du patient [19].

Malgré des efforts de recherche intensifs, la question de savoir quels sont les concepts d'exercice les plus efficaces reste toujours ouverte [20]. L'efficacité supérieure des exercices thérapeutiques par rapport à un traitement classique chez les patients atteints de lombalgies chroniques a cependant été démontrée concernant le retour au travail [20], et les exercices thérapeutiques présentent également un bon rapport coût-efficacité [21].

### Traitements combinés avec massages ou thérapie manuelle

Les méthodes thérapeutiques manuelles, telles que la manipulation vertébrale, la mobilisation vertébrale ou les techniques centrées sur les tissus mous (par ex. massage), pour le traitement des lombalgies avec ou sans sciatiques sont recommandées en tant que formes de traitement possibles par le NICE [19], mais uniquement en tant que partie d'un ensemble de traitements comprenant une activité sportive avec ou sans thérapie psychologique, et non pas en tant que mesure seule.

La recommandation des massages, associés à des exercices thérapeutiques et à l'éducation du patient, est étayée par une *Cochrane Review* chez les patients atteints de maux de dos chroniques [22]. Concernant la recommandation de la mobilisation et de la manipulation manuelle, il n'existe pas de consensus dans les autres lignes directrices thérapeutiques nationales [8].

### Thérapies psychologiques

Les approches thérapeutiques comportementales ont été recommandées de façon consistante dans diffé-

rentes lignes directrices nationales précédentes [8] et sont toujours considérées comme une option thérapeutique valide dans le cadre d'une association avec des exercices thérapeutiques [19]. Cette recommandation concorde avec une *Cochrane Review* sur l'efficacité des thérapies comportementales en cas de lombalgies publiée en 2010 [23]. Cette dernière a trouvé des indices suggérant qu'une thérapie opérante est efficace au court terme et que la thérapie comportementale est plus efficace qu'un traitement antalgique classique. Toutefois rien n'indiquait une différence d'efficacité entre les différents types de thérapies comportementales. A moyen et long terme, il n'y avait peu ou pas de différence entre la thérapie comportementale et les exercices thérapeutiques en groupe concernant la réduction des douleurs ou des symptômes dépressifs.

### Programmes de traitement multidisciplinaires

Les programmes de traitement interdisciplinaires consistent en règle générale en une association exhaustive de composantes physiques, professionnelles et comportementales ainsi qu'en l'ajustement du traitement médicamenteux, et ils sont encadrés par des professionnels issus de diverses professions médicales. Les programmes de ce type comprennent généralement un nombre considérable d'heures de traitement par semaine et sont parfois mis en œuvre en stationnaire.

L'efficacité des programmes de traitement multidisciplinaires par rapport aux interventions moins intensives en vue de réduire les douleurs et handicaps est avérée chez les personnes atteintes de lombalgies chroniques [24]. Le contenu optimal des programmes de traitement multidisciplinaires n'est toutefois pas encore déterminé [9].

### Traitements non recommandés

Les recommandations thérapeutiques du NICE font également mention des traitements non recommandés pour les patients atteints de lombalgie, avec ou sans irradiation dans les jambes [19]. Sont cités en tant que traitements non recommandés l'acupuncture, les ultrasons, la neurostimulation électrique transcutanée, la thérapie interférentielle, la traction, les gaines et corsets, les orthèses de pied, les semelles absorbant les chocs, les injections rachidiennes, les remplacements discaux et les fusions rachidiennes.

### Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch)

Correspondance:  
Prof. Dr. med.  
Stefan Bachmann  
Department of  
Rheumatology  
Kliniken Valens  
Taminaplatz 1  
CH-7317 Valens  
stefan.bachmann[at]  
kliniken-valens.ch

### Take-Home-Message

- Les lombalgies sont fréquentes, en règle générale inoffensives, et dans env. 90% des cas, non-spécifiques.
- Une anamnèse correcte incluant l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux aide à détecter une maladie spécifique de la colonne vertébrale ou un risque de chronicisation.
- Un examen clinique exhaustif est indispensable avant de réaliser des examens supplémentaires.
- Durant les 4 à 6 premières semaines d'un épisode de maux de dos ainsi que durant la phase chronique, il convient de faire preuve d'une grande retenue quant à la réalisation d'examens radiologiques, à moins que l'anamnèse et l'examen clinique aient révélé des indices d'une maladie spécifique de la colonne vertébrale.
- Les objectifs centraux du traitement des lombalgies sont la reprise ou l'intensification des activités physiques, ainsi que la réintégration dans la vie sociale et professionnelle. Cet objectif prévaut clairement sur l'absence de douleurs.
- Un traitement d'association avec médicaments (par voie orale, infiltrations) et physiothérapies peut réduire les douleurs et handicaps liés aux lombalgies et faciliter le retour aux activités habituelles.
- Les traitements non médicamenteux recommandés sont: l'éducation du patient pour favoriser l'autogestion, les exercices thérapeutiques avec ou sans approche thérapeutique comportementale, avec ou sans massages ou thérapie manuelle, ainsi que les programmes de traitement multidisciplinaires pour les personnes atteintes de lombalgies chroniques.
- Dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de lombalgie, le rôle du professionnel de santé traitant devient davantage celui d'un coach que celui d'un guérisseur.