

Directives pour les médecins de premier recours: lombalgies

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Marzio Sabbioni^a, Heinrich Kläui^a, Ursula Frey^{a,b}

^a mednetbern; ^b beratende Ärztin

Les lombalgies font partie des diagnostics les plus fréquents du quotidien des médecins de famille. Bien que généralement auto-limitantes et bénignes, les douleurs dorsales présentent également des causes graves (env. 1%) et des causes moins graves, nécessitant un traitement spécifique (env. 10%) ainsi que des évolutions chroniques (env. 2–7%). Du fait de leur fréquence (prévalence vie entière de jusqu'à 90%) et des coûts élevés dus à l'incapacité de travail/invalidité et aux traitements médicaux, les douleurs dorsales sont d'une grande importance en termes de politique de santé et d'économie.

Contexte, objectif, problématique

Au moyen des présentes directives, le réseau de médecins *mednetbern* essaie d'aider les médecins de famille à différencier de manière rapide et fiable les lombalgies auto-limitantes des causes graves rares ou des causes nécessitant un traitement spécifique, et à prévenir la

chronicisation et l'invalidité tout en économisant au mieux les ressources. Tous les patients souffrant de lombalgies auto-limitantes doivent pouvoir être traités par les médecins de famille avec une grande compétence. Nous indiquons également de manière claire quand le patient doit être adressé à un spécialiste et quelles mesures non médicamenteuses et quels médicaments sont efficaces. Chaque patient doit recevoir un traitement individuel sur-mesure. En raison de leur ampleur, les directives de l'OMS [1], d'Europe [2], des Etats-Unis [3], du Royaume-Uni [4] et d'Allemagne [5] ne sont que partiellement applicables dans la pratique. Le travail suisse de 60 pages vaut certes encore la peine d'être lu, mais est dépassé (1998) [6]. D'autres articles suisses se consacrent à des aspects partiels (diagnostic, coûts) des douleurs dorsales [7–9]. Etant donné que notre perspective de médecine de premier recours se distingue de celle des spécialistes, des contenus de manuels [10], une sélection d'articles ainsi que certaines recommandations «Choosing Wisely» [11–18] sont également intégrés dans ces directives.

Description, méthodes

Nous avons respecté la hiérarchie verticale des directives sous-jacentes: au niveau global, de l'OMS, continental, d'Europe et d'Amérique, et national, du Royaume-Uni, d'Allemagne et de Suisse. A l'instar de nos projets de directives réalisés jusqu'à présent (med-

Conclusions, perspectives

- Nos directives relatives à l'approche du tableau clinique des lombalgies doivent permettre aux médecins de famille de distinguer avec fiabilité et certitude les quelques causes graves ou nécessitant un traitement spécifique de la majorité des lombalgies auto-limitantes et de fournir à chaque patient le traitement optimal.
- Il convient impérativement d'éviter les examens d'imagerie et traitements chirurgicaux précoces et inutiles en présence d'un tableau clinique de lombalgie auto-limitante.
- Le risque de chronicisation doit être reconnu et thématiquement le plus tôt possible. Les patients présentant un risque accru de chronicisation doivent dès la 12e semaine être adressés de manière ciblée à des spécialistes (programmes diagnostiques et thérapeutiques multimodaux) en vue de les prémunir contre une invalidité.
- Lorsque des problèmes sur le lieu de travail sont reconnus comme facteurs de chronicisation, ceux-ci doivent être abordés et traités (médecin du travail, supérieur, case manager, etc.).
- Toute incapacité de travail persistante doit être signalée à l'assurance invalidité pour un recensement et une intervention précoces.

netbern.ch/guidelines-publication.html), leur contenu est comparé et complété avec les connaissances des 65 membres pour la plupart très expérimentés du réseau issus de dix cercles de qualité dans une procédure de consultation. Seuls les faits répondant aux critères de la médecine fondée sur des preuves (EBM) sont admis dans nos directives. Il en résulte une directive sous forme de dépliant laminé pratique, parallèlement à une version électronique accessible globalement et gratuitement.

Bénéfices, résultats

La méthode développée par le réseau de médecins *mednetbern* pour l'élaboration de directives aboutit au résultat que les médecins de premier recours maîtrisent le mieux possible les aspects essentiels des tableaux cliniques complexes dans leur domaine. Des outils utiles pour une utilisation dans la pratique quotidienne (téléchargement ou modèle de copie) ont été spécialement développés pour ces directives (outil CDS *mednetbern*, exemples d'exercices de gymnastique) ou joints en fonction de la situation (graphiques, questionnaires STarT-G). Grâce aux conclusions souvent surprenantes, les exigences relatives aux réseaux de soins intégrés sont satisfaites:

Amélioration de la qualité du traitement tout en réduisant les coûts.

Des résultats pratiques essentiels sont traités par la suite:

Définition

«Les lombalgies constituent un complexe symptomatique avec de nombreux facteurs de risque et causes souvent difficiles à déterminer, susceptibles de favoriser la survenue et d'influencer l'évolution généralement auto-limitante. Symptôme principal: douleurs en dessous de l'arc costal jusqu'au-dessus du sillon interfessier, avec ou sans irradiation. Evolution: généralement auto-limitante, les récurrences sont fréquentes. Il existe un risque de chronicisation avec transition vers un trouble somatoforme douloureux (douleur centralisée, F45.40).» De façon générale, nous recherchons en vain une définition dans la littérature de base.

Anamnèse

Une anamnèse précise facilite la distinction entre les causes graves et/ou nécessitant un traitement spécifique des lombalgies de type auto-limitant. Les facteurs de risque de chronicisation, par exemple le



manque d'activité physique, le tabagisme, l'alcool ou des facteurs psychiques, sont la plupart du temps déjà incidemment connus par le médecin de famille du fait de l'accompagnement, souvent de longue date, mais doivent être clairement mentionnés et explicitement pris en considération pour un traitement optimal.

Outil CDS (Clinical Decision Support) *mednetbern*

Nous avons spécialement développé l'outil CDS *mednetbern* pour les médecins de premier recours comme aide lors de la consultation initiale. Des questions ciblées portant sur une sélection de symptômes supplémentaires (par ex. fièvre, exanthème) nous fournissent des indications sur les tableaux cliniques graves et/ou nécessitant un traitement spécifique. Les réponses des patients à nos questions types clairement formulées nous permettent d'établir un diagnostic de suspicion. Des propositions relatives à la procédure recommandée viennent compléter l'outil. Une fois que les maladies graves et/ou nécessitant un traitement spécifique sont exclues ou très improbables, le diagnostic de travail «lombalgie auto-limitante» peut être supposé. Tout signe de cause grave doit être immédiatement examiné. *mednetbern* considère les directives et les outils CDS comme une base fondamentale pour l'intégration de l'apprentissage automatique et du *data training* dans les systèmes intelligents d'e-santé [19].

Diagnostic approfondi

Tous les patients doivent être soumis à un examen clinique adapté aux problèmes spécifiques. Tant que le diagnostic de travail «lombalgie auto-limitante» est supposé et que les mesures thérapeutiques conservatrices ne sont pas épuisées, il convient de renoncer à des examens d'imagerie et analyses biochimiques précoces. La multitude des résultats ainsi obtenus ne présentant aucune pertinence clinique et une faible corrélation avec les symptômes est connue et incontestée. Les examens spéciaux que nous avons mentionnés ne doivent être prescrits par le médecin de famille qu'en cas de suspicion de douleurs dorsales graves ou spécifiques.

Diagnostic

Il est question de lombalgie auto-limitante lorsque, pour une durée de la douleur de moins de douze semaines, aucune autre cause grave et/ou pouvant être traitée spécifiquement n'est mise en évidence.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic réalisé avec précision à l'aide de l'outil CDS *mednetbern* et les indications qui en résultent permettent de faire la distinction avec les lombalgies non auto-limitantes qui sont graves et/ou doivent être traitées spécifiquement.

Evaluation

L'évaluation combinée des lombalgies auto-limitantes constitue le fondement de nos décisions thérapeutiques et du recensement du risque de chronicisation. Elle doit permettre un traitement structuré spécifique au patient et se déroule en cinq étapes:

- 1 **Durée de la douleur:** Trois phases de la lombalgie. Aiguë: <4 semaines. Subaiguë/phase de transition: 4–12 semaines. Chronique: >12 semaines.
- 2 **Intensité de la douleur:** Echelle visuelle analogique (EVA) (cf. graphique ci-joint à imprimer ou copier) par exemple pour évaluer l'évolution.
- 3 **Localisation et étendue de la douleur:** Croquis de la douleur (cf. schéma/graphique corporel ci-joint à imprimer ou copier): par exemple localisée (pathologie limitée) vs symétrique, étendue (*widespread pain*).
- 4 **Handicap fonctionnel:** Les restrictions dans le travail, les tâches domestiques, les loisirs doivent être recensées et servent à évaluer l'évolution afin de contrôler l'efficacité du traitement.
- 5 (Uniquement pour une durée de la douleur >4 semaines) **stratification du risque de chronicisation** selon le questionnaire StarT-G [20] en degrés de sévérité faible, modéré et élevé: (cf. tableau ci-joint à imprimer ou copier).

Objectif thérapeutique, stratégie thérapeutique, évolution, mesures thérapeutiques

Le traitement résultant des conclusions de l'évaluation a pour objectif d'obtenir la disparition de la douleur ou du moins une réduction de la douleur et/ou amélioration de la fonction. La chronicisation, l'invalidité et les récurrences doivent être prévenues.

Tous les patients doivent profiter des mesures générales. Le message indiquant que la maladie est bénigne et que l'inactivité et le repos augmentent le risque de chronicisation est crucial. Les décisions participatives déterminent la procédure en coopération avec le patient. Les mesures relatives au mode de vie recommandées sont l'entraînement musculaire, l'incitation à une normalisation du poids, des instructions concernant

l'ergonomie du dos, la posture, l'action de soulever, se pencher etc. En cas de travail physique intense, l'incapacité de travail jusqu'à la prochaine consultation est requise.

Lors de chaque consultation, il convient de rechercher des indices d'évolution grave ou non auto-limitante (outils CDS *mednetbern*, statut) ainsi que de vérifier l'arrêt maladie. Tant que le diagnostic de travail «lombalgie auto-limitante» peut être maintenu, le traitement par des spécialistes en chirurgie doit être évité, car aucun avantage ne peut être attendu d'une opération qui comporte toutefois des inconvénients potentiels et des coûts élevés [21].

Trois phases de la maladie

Les mesures thérapeutiques et la poursuite de l'accompagnement s'articulent autour de trois phases de la maladie:

Durant la phase aiguë (durée de la douleur <4 semaines), le traitement orienté en fonction des symptômes (mesures générales, pharmacothérapie, éventuellement traitement non médicamenteux supplémentaire, par ex. chiropratique) se trouve au premier plan.

Durant la phase subaiguë ou phase décisive (durée de la douleur 4–12 semaines), le diagnostic doit être réévalué et un examen diagnostique d'imagerie envisagé.

Risque de chronicisation

Si malgré ces mesures, la lombalgie persiste pendant plus de douze semaines, la phase de chronicisation est atteinte.

Le risque de chronicisation peut être évalué à l'aide du questionnaire StarT-G:

- Lorsque le risque est faible (≤ 3 points), il suffit d'intensifier le traitement analgésique, associé à des mesures thérapeutiques non médicamenteuses, éventuellement consultation de spécialistes (par ex. rhumatologue, spécialiste de la douleur).
- En cas de risque modéré de chronicisation (≥ 4 points aux questions 1–9 et < 3 points aux questions 5–9), en complément physiothérapie et relaxation musculaire progressive (RMP) ou *mindfulness based stress reduction* (MBSR).
- En cas de risque élevé de chronicisation (≥ 4 points aux questions 1–9 et > 4 points aux questions 5–9), une intervention psychothérapeutique/psychiatrique est nécessaire. Les problèmes sur le lieu de travail doivent être traités avec le médecin du travail. Toute incapacité de travail persistante doit être signalée à l'assurance invalidité pour un recensement et une intervention précoces.

Mesures thérapeutiques non médicamenteuses

Les mesures thérapeutiques non médicamenteuses courantes sont mentionnées dans la plupart des directives et il existe des preuves solides quant à celles qui sont efficaces (tab. 1). Selon la phase de la maladie, seules les mesures recommandées doivent être employées. Les mesures non préconisées doivent être évitées. Les nombreuses mesures thérapeutiques portant notre mention «peut être utilisé en fonction de la situation» sont soit contestées soit non remboursées par la caisse-maladie et peuvent être tentées lorsque le patient le souhaite expressément. Les photos présentant les exemples d'exercices du programme de gymnastique à domicile conviennent parfaitement à une instruction au cabinet médical et doivent être montrées à tous les patients lors de la consultation et emportées à la maison.

Pharmacothérapie

mednetbern privilégie les médicaments de la *Model List of Essential Medicines* de l'OMS [22].

1. Les AINS ibuprofène (3–4 × 600 mg/jr), diclofénac (3 × 50 mg/jr), nimésulide (2 × 100 mg/jr) sont des médicaments de première intention destinés au traitement de lombalgies auto-limitantes. Ils sont prescrits en association avec une réserve de paracétamol (4 × 1 g/jr) et métamizole (4 × 1 g/jr). Débuter avec la dose journalière maximale et diminuer progressivement jusqu'à la dose efficace la plus faible.

Tableau 1: Mesures thérapeutiques non médicamenteuses et leur efficacité.

Mesures individuelles en termes d'efficacité	aiguë	subaiguë chronique
Thérapie comportementale cognitive (TCC)	↑↑	↑↑
Thérapie par le mouvement avec mesures éducatives selon les principes de thérapie comportementale	↔	↑↑
Thérapie manuelle	↑	↑↑
MBSR (<i>mindfulness based stress reduction</i>)	↔	↑
Pilates, tai chi, yoga	↔	↑
Acupuncture	↔	↔
Détente musculaire (par ex. massage)	↔	↔
Ecole du dos (biopsychosocial)	↔	↔
Applications de chaleur ou de froid	↔	↔
Ultrasons ou laser thérapeutiques	↔	↔
Ergothérapie	↓↓	↔
Repos au lit	↓↓	↓↓
Taping, thérapies à ondes courtes ou champ électromagnétique	↓↓	↓↓
Dispositifs auxiliaires (par ex. orthèses, semelles orthopédiques)	↓↓	↓↓

↑↑ recommandé; ↔ peut être utilisé selon la situation; ↓↓ non recommandé

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en présence de facteurs de risque d'hémorragie du tractus gastro-intestinal.

2. Les opioïdes (tramadol, oxycodone) doivent uniquement être prescrits dans des cas individuels (par ex. effet insuffisant du traitement de première intention). Leurs avantages sont faibles, les inconvénients potentiels (par ex. addiction) importants. En principe: galénique uniquement à libération lente, mais pas d'opioïde transdermique. Augmenter progressivement jusqu'à la dose efficace la plus faible. Dose maximale (en cas de douleurs non tumorales): 40 mg d'oxycodone/jour. Les médicaments de secours à base d'opioïdes à action immédiate doivent être évités.
3. Les antidépresseurs (amitriptyline, duloxétine) sont utilisés en cas de douleurs dorsales chroniques et de dépression comorbide.

Les myorelaxants à action centrale [23] et les antiépileptiques n'apportent aucune aide en cas de lombalgie auto-limitante.

Important: les injections parentérales d'AINS et d'autres substances ne sont pas recommandées. La même chose vaut pour d'autres traitements invasifs en l'absence de cause spécifique claire des douleurs dorsales.

L'efficacité des médicaments doit être contrôlée toutes les deux semaines durant le traitement aigu et toutes les douze semaines durant le traitement à long terme. Si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint, le traitement doit être interrompu.

Traitement en cas de suspicion de chronicisation et/ou de douleur centralisée

Si malgré ces mesures, la phase de chronicisation (durée de la douleur >12 semaines) a été atteinte, des programmes diagnostiques et thérapeutiques multimodaux (par des spécialistes) doivent être envisagés, tels que recommandés pour le traitement d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.40) ou d'une douleur centralisée.

Traumatisme, fuite, migration

Les douleurs dorsales en rapport avec des traumatismes, une fuite et une migration présentent un risque accru de chronicisation et nécessitent souvent un traitement psychothérapeutique en plus.

Capacité de travail, aptitude à la conduite

Lorsque les douleurs dorsales entraînent un handicap fonctionnel, un arrêt maladie est surtout nécessaire en cas de travail physique intense. La reprise du travail doit être visée le plus rapidement possible. En Suisse, 25% des patients en arrêt maladie du fait de douleurs dorsales sont à nouveau aptes à travailler au bout de 60 jours maximum, et 50% le sont au bout de 100 jours maximum. Il est inquiétant de constater que 25% des patients en arrêt maladie du fait de douleurs dorsales sont inaptes à travailler pendant plus de 200 jours. Parmi ceux se trouvant en incapacité de travail pendant plus de 300 jours, seule la moitié retourne à la vie active [24].

En cas d'incapacité de travail ou de handicap fonctionnel sévère, la conduite d'un véhicule est déconseillée. Elle est interdite lors du paramétrage ou de l'adaptation de la dose d'opioïdes et nécessite ensuite une évaluation individuelle critique. Il existe également des mises en garde de Swissmedic concernant l'aptitude à la conduite pour tous les AINS, les antidépresseurs et le métamizole.

Crédit photo

© Bignai | Dreamstime.com

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de www.primary-hospital-care.ch.

L'annexe «Guideline Lumbale Rückenschmerzen» de *mednet-bern* est disponible en ligne avec l'outil CDS *mednetbern* et les exemples d'exercices de gymnastique dans la version en ligne de cet article: <https://doi.org/10.4414/phc-f.2020.10152>.

Correspondance:
Dr méd. Amato Giani
Facharzt FMH für
Allgemeine Innere Medizin
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)