

Les douleurs lombaires



Rédigé par l'équipe algologique
du CHA-Vivalia

Qui n'a jamais eu mal au dos ?

On estime qu'environ 70% des personnes souffrent au moins une fois au cours de leur vie de lombalgie.

Ce trouble si fréquent peut facilement engendrer de l'anxiété quant au diagnostic.

Alors que dans la majorité des cas (+/-90%), l'évolution est favorable spontanément en quelques jours ou quelques semaines.

Nous nous contenterons ici d'aborder la lombalgie la plus fréquente dite commune, c'est-à-dire une douleur de la région lombaire qui peut irradier jusque derrière les genoux.

Dans la prise en charge, la première chose à faire est **d'exclure** du diagnostic la douleur dite sciatique qui descend le plus souvent en dessous des genoux (= **douleur radiculaire**) ainsi que la présence d'une pathologie sous-jacente grave (Red-flags), telle que une maladie inflammatoire, une infection, une tumeur, une fracture, un trouble neurologique, ...

A l'heure actuelle, on aborde le travail thérapeutique avec des stratégies différentes selon la durée des douleurs (aiguë, subaiguë, chronique).

Le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a travaillé dans ce sens, sur la création d'un guideline utile et pratique destiné tant aux soignants qu'aux patients.

<http://lombalgie.kce.be/>

Voici les lignes principales de la trajectoire de soins :

1

Phase aiguë (< 6 semaines)

Durant les 6 premières semaines, la prise en charge relève principalement du médecin traitant.

A ce stade, le patient est encouragé à **poursuivre ses activités** quotidiennes et à maintenir son activité professionnelle dans les limites du possible. On conseille également au patient d'entreprendre un programme d'activité physique (marche, piscine, vélo,...) en autogestion.

Accorder du temps afin **de dédramatiser** et rassurer, surtout les patients anxieux ou dépressifs (yellow flags). Certains craignent que la douleur ne s'installe et d'autres sont convaincus d'avoir une atteinte grave.

Par contre, à ce stade, en absence de drapeaux rouges, il reste précoce d'envisager des examens (radio, IRM, scanner). En effet, les intérêts cliniques de ces examens sont peu nombreux.

Cependant, si après 4-6 semaines, une infiltration est envisagée, une imagerie sera nécessaire.

En ce qui concerne la prescription pharmacologique, **un traitement n'est pas toujours nécessaire** mais lorsqu'il est requis, on envisage en premier lieu les anti-inflammatoires (en absence de contre-indications) avec ou sans paracétamol (Max 3g/j).

Les analgésiques morphiniques légers (tramadol) sont uniquement réservés aux lombalgies aiguës et prescrits sur le court terme.

On ne prescrira pas de morphiniques, d'antidépresseurs, d'antiépileptiques ni de myorelaxants.

Dès la 3ème semaine, s'il y a un risque de chronicité (=Yellow-flags), on peut diriger le patient vers un kiné, voire un psychologue. Le médecin traitant continuera à suivre l'évolution par des consultations régulières avec le patient.

Les grands principes de base :

- > Encourager l'exercice physique
- > Dédramatiser
- > Dans un premier temps, éviter la médicalisation autant que possible (radio, scanner, médication, chirurgie,...)
- > Imageries non nécessaires.

2 Phase subaiguë (entre 6 et 12 semaines)

Les conseils et la prise en charge de la phase aiguë restent d'application.

Toutefois les risques de chronicité augmentent. En cas de risque de chronicité moyen ou élevé, un rendez-vous chez un spécialiste est conseillé (médecine physique). Une mise au point par examens complémentaires (scanner, ...) pourra être envisagée, ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire (cfr la phase chronique).

3 Phase chronique (> 12 semaines)

Au-delà de 12 semaines, en cas de persistance de la douleur, le médecin spécialiste et le médecin traitant pourront envoyer le patient pour une évaluation et une prise en charge multidisciplinaire vers un programme de réadaptation multidisciplinaire (ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin, psychologue). C'est dans ce sens que travaille l'école du dos, la Spine Unit et les centres de la douleur.

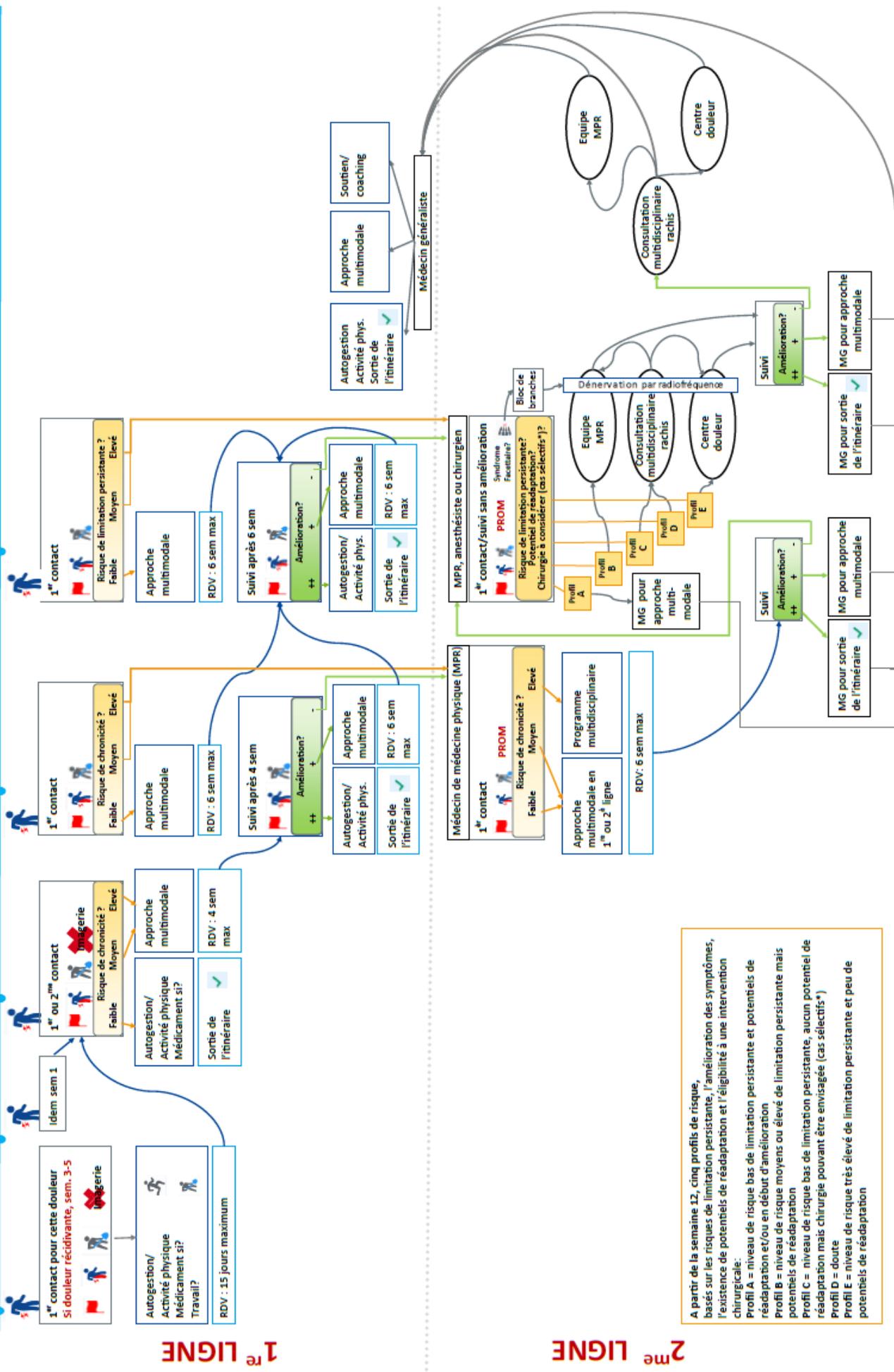
En conclusion

Soyons attentif à notre discours en tant que soignant. Il peut soit mener à la peur/arrêt du mouvement, au catastrophisme, à l'hyper vigilance ou au contraire avoir un effet positif.

→ « *Une lombalgie ne signifie pas que votre dos est abîmé, mais plutôt qu'il est sensibilisé* »

→ « *Le dos est l'une des structures les plus solides de votre corps* »

→ « *Les modifications observées sur votre scanner sont le plus souvent normales comme le sont les cheveux gris* »



1^{re} LIGNE

2^{me} LIGNE

A partir de la semaine 12, cinq profils de risque, basés sur les risques de limitation persistante, l'amélioration des symptômes, l'existence de potentiels de réadaptation et l'éligibilité à une intervention chirurgicale:

- Profil A = niveau de risque bas de limitation persistante et potentiels de réadaptation et/ou en début d'amélioration
- Profil B = niveau de risque moyens ou élevé de limitation persistante mais potentiels de réadaptation
- Profil C = niveau de risque bas de limitation persistante, aucun potentiel de réadaptation mais chirurgie pouvant être envisagée (cas sélectifs*)
- Profil D = doute
- Profil E = niveau de risque très élevé de limitation persistante et peu de potentiels de réadaptation

RDV = rendez-vous; MG= médecin généraliste; MPR = médecine physique et réadaptation; PROM = patient reported outcome measurement; = exclut les pathologies sous-jacentes graves; = exclut une douleur radiculaire; = abordez les aspects liés au travail; * cas sélectif pour chirurgie = Ne proposez pas d'arthrodèse lombaire aux personnes présentant une lombalgie, excepté après échec d'une prise en charge non chirurgicale multimodale evidence-based et après une évaluation lors d'une consultation multidisciplinaire (avec enregistrement dans un registre)