

Traitement de la lombalgie

Point de vue du médecin

**Service de médecine physique et réadaptation
Cliniques universitaires St-Luc, UCL
Virginie Fraselle**

	Acute low back pain (<6 weeks)	Persistent low back pain (>12 weeks)
Education and self-care		
Advice to remain active	First-line treatment, consider for routine use	First-line treatment, consider for routine use
Education	First-line treatment, consider for routine use	First-line treatment, consider for routine use
Superficial heat	Second-line or adjunctive treatment option	Insufficient evidence
Non-pharmacological therapy		
Exercise therapy	Limited use in selected patients	First-line treatment, consider for routine use
Cognitive behavioural therapy	Limited use in selected patients	First-line treatment, consider for routine use
Spinal manipulation	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Massage	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Acupuncture	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Yoga	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option
Mindfulness-based stress reduction	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option
Interdisciplinary rehabilitation	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option

	Acute low back pain (<6 weeks)	Persistent low back pain (>12 weeks)
Pharmacological therapy		
Paracetamol	Not recommended	Not recommended
Non-steroidal anti-inflammatory drugs	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Skeletal muscle relaxants	Limited use in selected patients	Insufficient evidence
Selective norepinephrine reuptake inhibitors	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option
Antiseizure medications	Insufficient evidence	Role uncertain
Opioids	Limited use in selected patients, use with caution	Limited use in selected patients, use with caution
Systemic glucocorticoids	Not recommended	Not recommended

**Acute low back pain
(<6 weeks)**

**Persistent low back pain
(>12 weeks)**

Interventional therapies

Epidural glucocorticoid injection
(for herniated disc with
radiculopathy)

Not recommended

Limited use in selected patients

Surgery

Discectomy (for herniated disc
with radiculopathy)

Insufficient evidence

Second-line or adjunctive
treatment option

Laminectomy (for symptomatic
spinal stenosis)

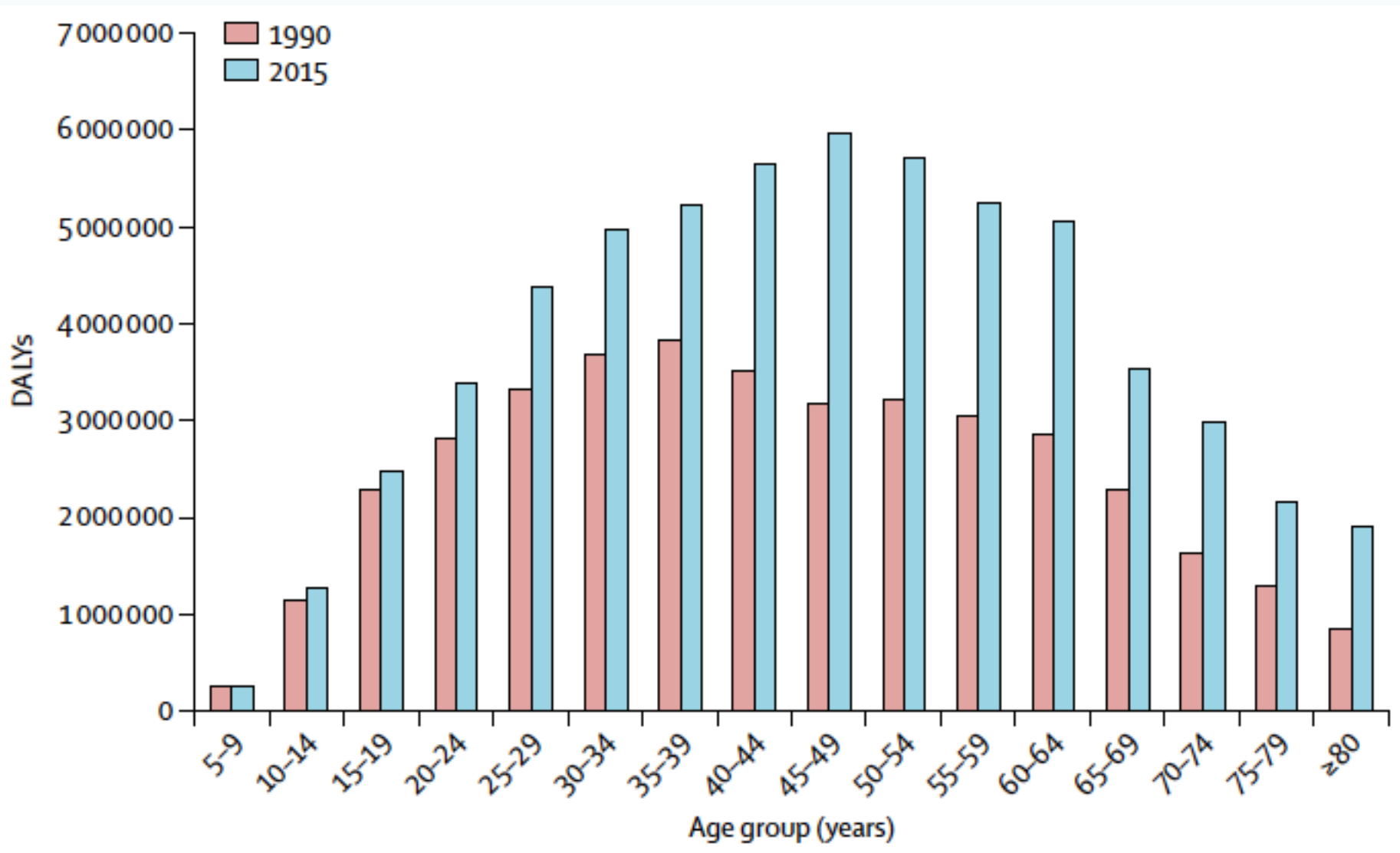
Insufficient evidence

Second-line or adjunctive
treatment option

Spinal fusion (for non-radicular
low back pain with degenerative
disc findings)

Insufficient evidence

Role uncertain



Hartvigsen and co
Lancet 2018

Modèle biomécanique de la lombalgie chronique

Hypothèses sous-jacentes:

- Douleur = lésion due à des contraintes mécaniques excessives sur les structures anatomiques;
- Pour protéger son dos, il faut pratiquer les « bons gestes » et éviter les « gestes dangereux »;
- Le repos et/l'immobilisation sont utiles.

Arguments en faveur:

- Bon sens clinique;
- Corrélation, quoique faible entre anomalies anatomiques et douleurs;
- Démonstration d'une augmentation de la pression discale dans certaines positions.

Modèle biomécanique de la lombalgie chronique

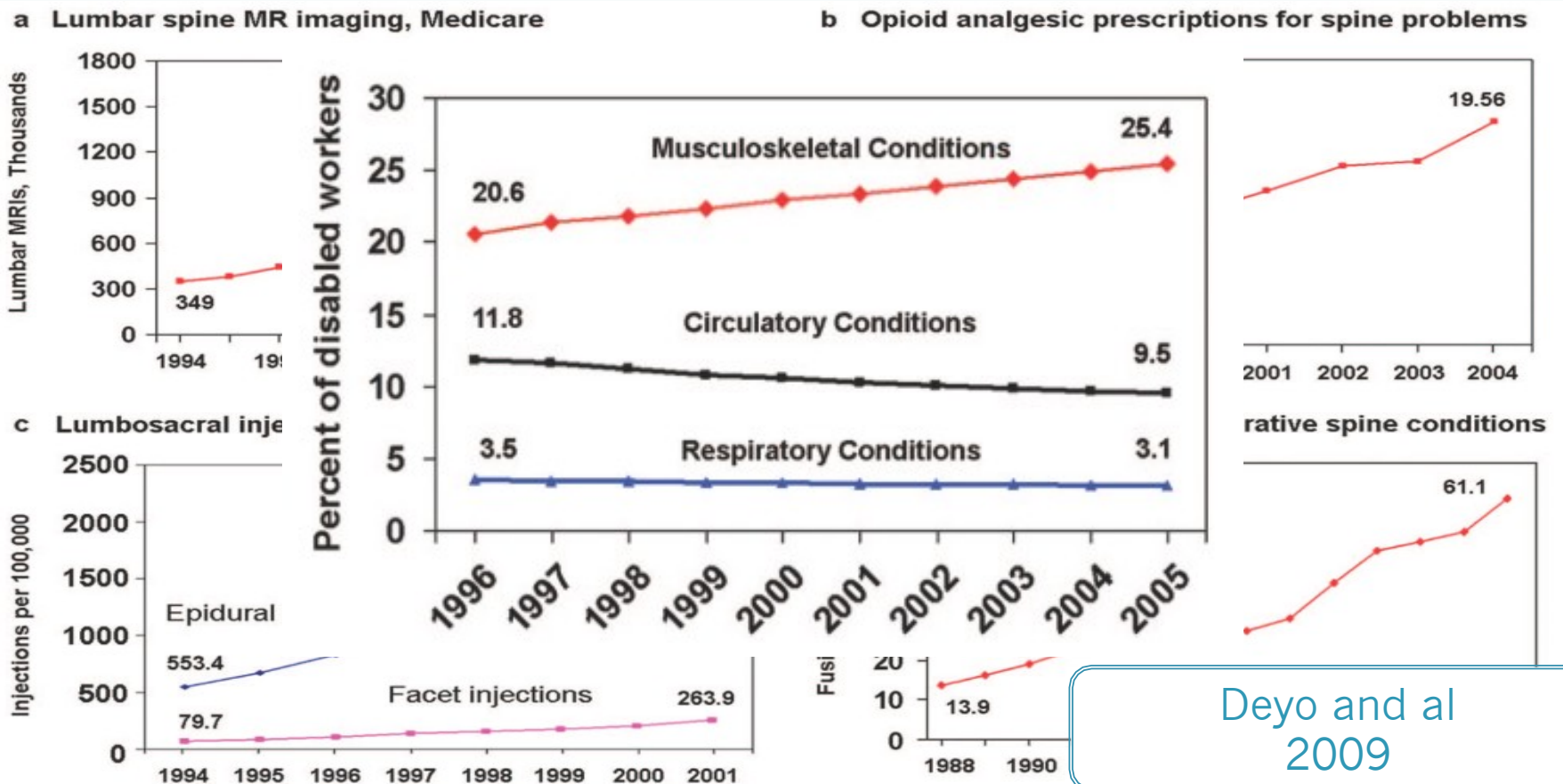
Arguments contre:

- Faible sensibilité et spécificité de l'examen clinique, de l'imagerie ou des blocs diagnostics pour l'identification des structures anatomiques dI;
- Mauvaise corrélation entre charge mécanique professionnelle et lombalgies;
- Aggravation de la symptomatologie par le repos prolongé;
- Mauvais résultat de la chirurgie;

Modèle biomécanique de la lombalgie chronique

Arguments contre:

- L'augmentation du recours à diverses procédures péjore le pronostic fonctionnel du patient.



Deyo and al
2009



Le modèle biomécanique ne suffit pas à expliquer la chronicisation de la lombalgie!

	Acute low back pain (<6 weeks)	Persistent low back pain (>12 weeks)
Education and self-care		
Advice to remain active	First-line treatment, consider for routine use	First-line treatment, consider for routine use
Education	First-line treatment, consider for routine use	First-line treatment, consider for routine use
Superficial heat	Second-line or adjunctive treatment option	Insufficient evidence
Non-pharmacological therapy		
Exercise therapy	Limited use in selected patients	First-line treatment, consider for routine use
Cognitive behavioural therapy	Limited use in selected patients	First-line treatment, consider for routine use
Spinal manipulation	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Massage	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Acupuncture	Second-line or adjunctive treatment option	Second-line or adjunctive treatment option
Yoga	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option
Mindfulness-based stress reduction	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option
Interdisciplinary rehabilitation	Insufficient evidence	Second-line or adjunctive treatment option

Facteurs de risque de chronicité

Drapeaux jaunes

Croyances et perceptions

- Croyances délétères concernant la douleur : lésion présentée comme grave, incontrôlable ou susceptible de s'aggraver
- Prévision de mauvais résultats thérapeutiques, retour au travail retardé

Réactions émotionnelles

- Détresse ne répondant pas aux critères diagnostiques d'une maladie mentale
- Inquiétude, peurs, anxiété*

Comportement face à la douleur (en ce compris stratégies d'adaptation)

- Évitement de certaines activités par crainte de la douleur ou d'une nouvelle lésion
- Dépendance excessive aux traitements passifs (hot packs, cold packs, analgésiques)

Drapeaux noirs

Obstacles contextuels ou liés au système

- Législation limitant les possibilités en termes de reprise du travail
- Conflit avec la compagnie de l'assurance autour de la demande d'indemnisation pour dommage
- Sollicitude excessive de la famille et des prestataires de soins
- Activité professionnelle lourde avec possibilités limitées de modifier les tâches

Drapeaux bleus

Perception du rapport entre travail et santé

- Conviction que le travail est trop pénible et risque de provoquer des lésions supplémentaires
- Conviction de ne pas être soutenu par le supérieur et les collègues

Drapeaux orange

Symptômes psychiatriques

- Dépression clinique
- Trouble de la personnalité



AIE!
MAL AU DOS
CONSULTEZ AU PLUS TÔT

LA SEMAINE DE LA DOULEUR : 17-24 OCTOBRE 2009
WWW.SEMAINEDELADOULEUR.BE



StarT Back Tool

Pour ce premier ensemble de questions, veuillez penser à votre mal de dos pendant ces deux dernières semaines.

Pas d'accord **D'accord**
0 1

1 Mon mal de dos **a irradié dans la/les jambe(s)** à un certain moment ces 2 dernières semaines

2 J'ai ressenti des douleurs dans **l'épaule ou dans le cou** à un certain moment ces 2 dernières semaines.

Douleur

3 Ces 2 dernières semaines, je n'ai **marché que sur de courtes distances** à cause de mon mal de dos.

4 Ces 2 dernières semaines, je me suis **habillé plus lentement** que d'habitude à cause de mon mal de dos.

Fonction

5 Il n'est vraiment pas prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être physiquement active.

6 **Des pensées préoccupantes m'ont souvent traversé l'esprit** ces 2 dernières semaines

7 J'estime que mon **mal de dos est épouvantable** et je pense que **cela n'ira jamais mieux**

8 En général, ces 2 dernières semaines, je n'ai **pas profité de toutes** les choses que j'avais l'habitude d'apprécier

Psycho-

social

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il **gêné** pendant ces **2 dernières semaines**?

Pas du tout

Légerement

Modérément

Beaucoup

Enormément

0

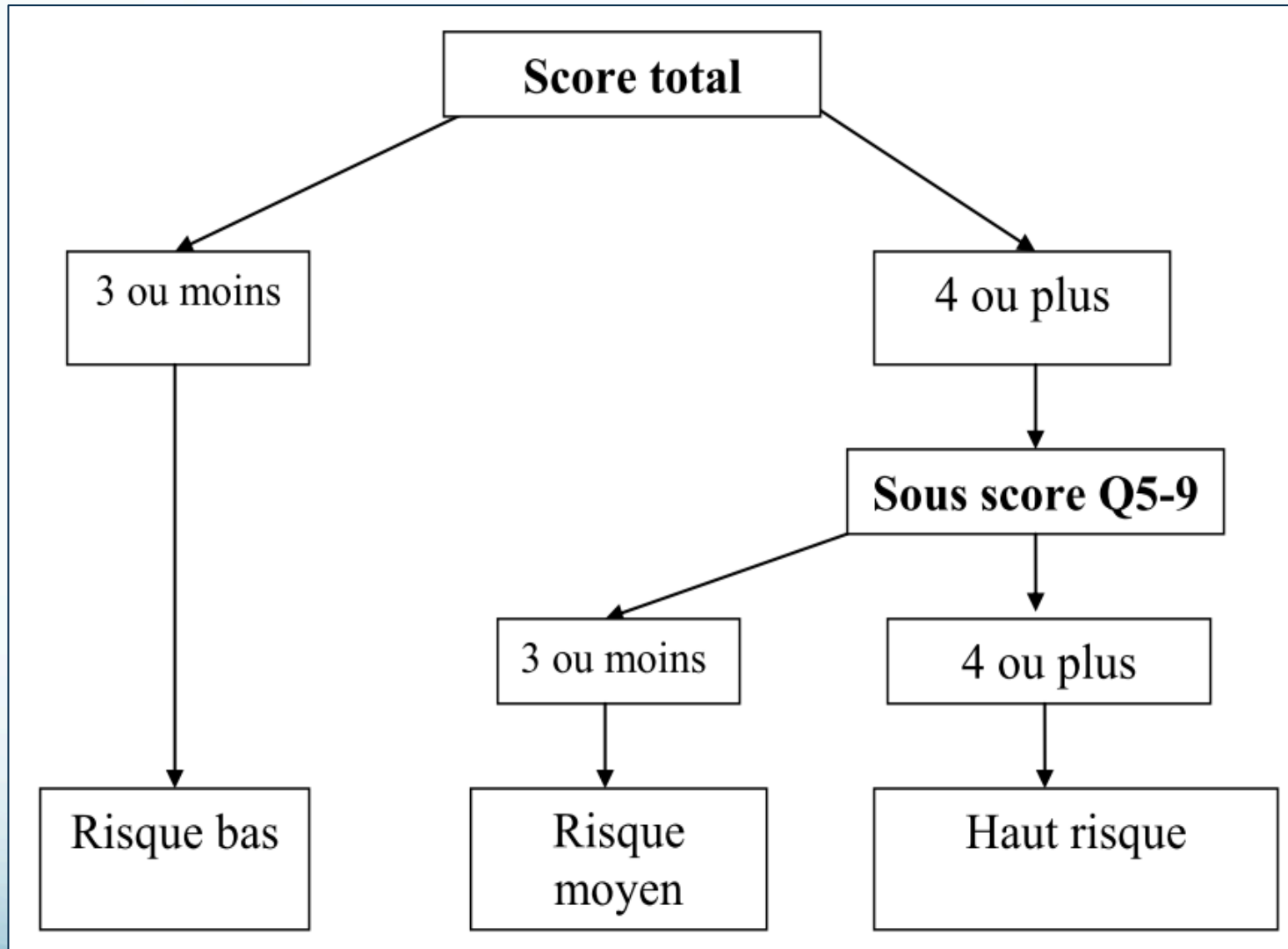
0

0

1

1

StarT Back Tool



« Physique »

« Psychosocial »

Approche stratifiée

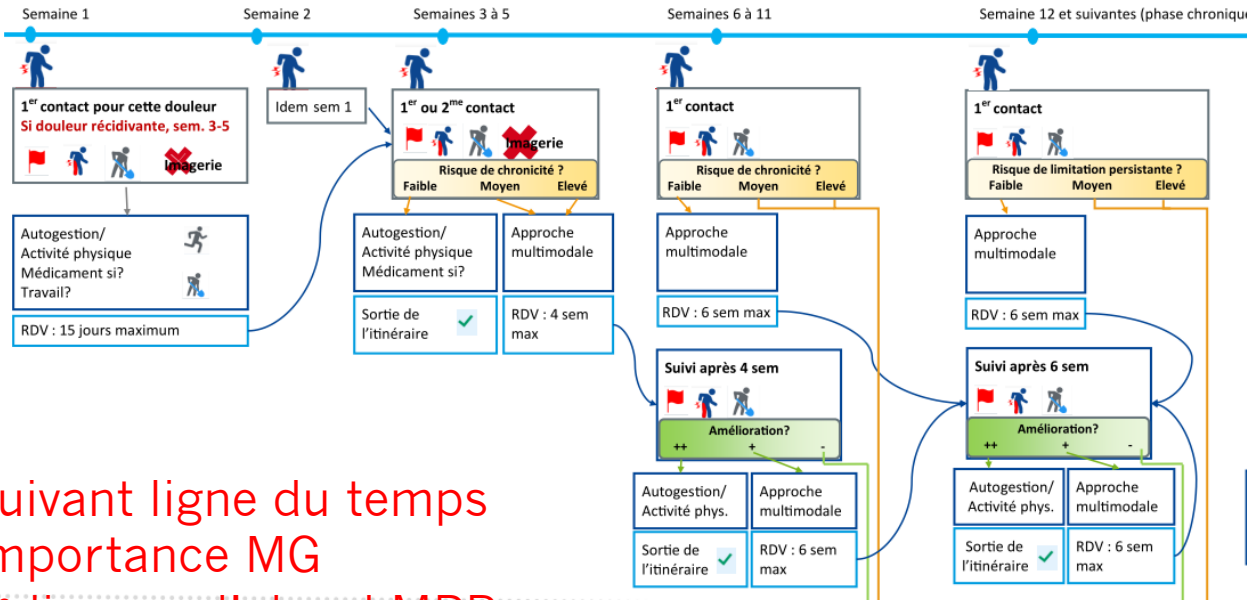
Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Information, éducation (le dos est solide et fait pour bouger), conseils de réactivation précoce		
	+ Kinésithérapie standardisée ciblant symptômes et fonction	
	Nécessite formation spécifique	+ Gestion des obstacles psychosociaux

LOMBALGIE ET DOULEUR RADICULAIRE : ÉLÉMENTS-CLÉS D'UN ITINÉRAIRE DE SOINS



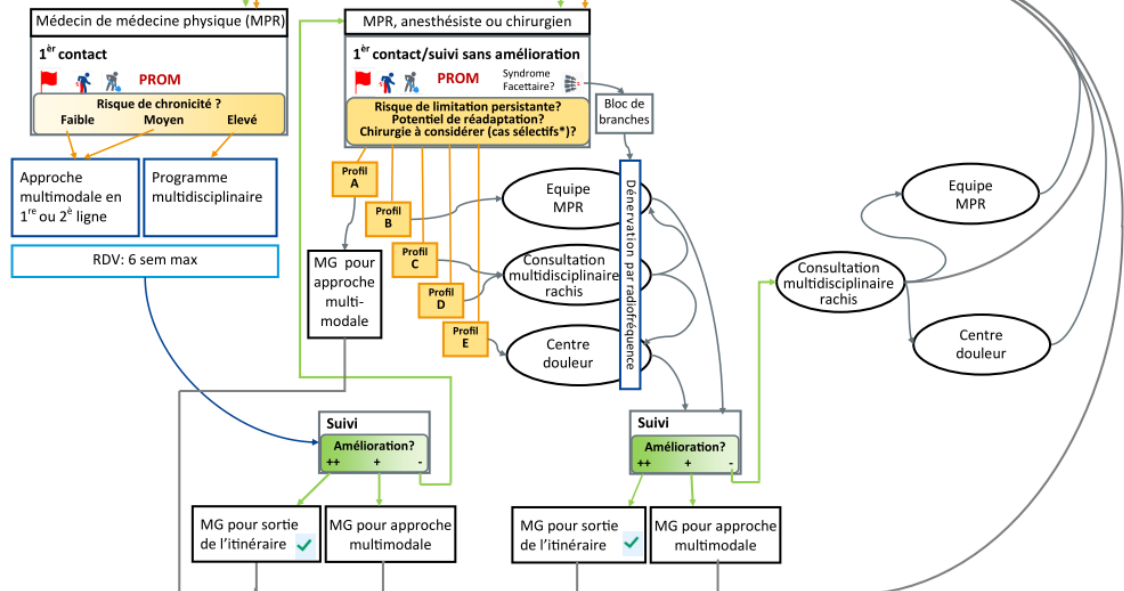
PASCALE JONCKHEER, ANJA DESOMER, BART DEPREITERE, ANNE BERQUIN, MICHAEL BRUNEAU, WENDY CHRISTIAENS, ELLEN COECKELBERGHS, CHRISTOPHE DEMOULIN, PIERRE DUQUENNE, PATRICE FORGET, VIRGINIE FRASSELLE, LODE GODDERIS, GUY HANS, DAVY HOSTE, LAURENCE KOHN, PHILIPPE MAIRIAUX, EVERARD MUNTING, HENRI NIELENS, THOMAS ORBAN, THIERRY PARLEVLIET, BENOÎT PIROTTE, KOEN VAN BOXEM, JOHAN VAN LERBEIRGHE, PATRICK VAN SCHAEYBROECK, PETER VAN WAMBEKE, JAN VAN ZUNDERT, JACQUES VANDERSTRAETEN, KRIS VANHAECHT, DOMINIQUE VERHULST.

1^{re} LIGNE



Suivant ligne du temps
Importance MG
2^e ligne = d'abord MPR

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



INAMI

Conseil technique médical

7° Les prestations de l'article 14n ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose d'une équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale, coordonnée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou neurochirurgie ou en médecine physique et réhabilitation. Le coordinateur travaille au moins 8/11 dans l'établissement hospitalier.

L'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale se charge de l'uniformisation et de la standardisation tant du diagnostic, que du traitement multidisciplinaire dont la réhabilitation et du suivi du patient porteur d'une pathologie de la colonne vertébrale, ainsi que de l'implémentation de l'itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale.

Itinéraire interactif



Lombalgie



Douleur radiculaire



Soins de 1re ligne



Soins de 2e ligne

Itinéraire



Drapeaux

