Les lombalgies chroniques : quel traitement ?

Dr LABOURDETTE Marc Celdric

Définition - HAS

- La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes.

- La lombalgie commune désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges »). Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante.

- La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois.

TERMINOLOGIE - HAS

- Il est proposé (AE) d'utiliser les termes de :

- **« poussée aiguë de lombalgie »** plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;

- **« lombalgie à risque de chronicité »** pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ;

- **« lombalgie récidivante »** en cas de récidive de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

RED FLAGS

- La **recherche des signes d'alerte** orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente doit être réalisée pour toute douleur lombaire récente, ou aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes (AE).

- **À tous les stades de la lombalgie !** (poussée aiguë de lombalgie survenant dans le cadre d'une douleur chronique, ou en cas de modification des symptômes cliniques).

- Il est recommandé de réévaluer le patient 2 à 4 semaines après une poussée aiguë de lombalgie.

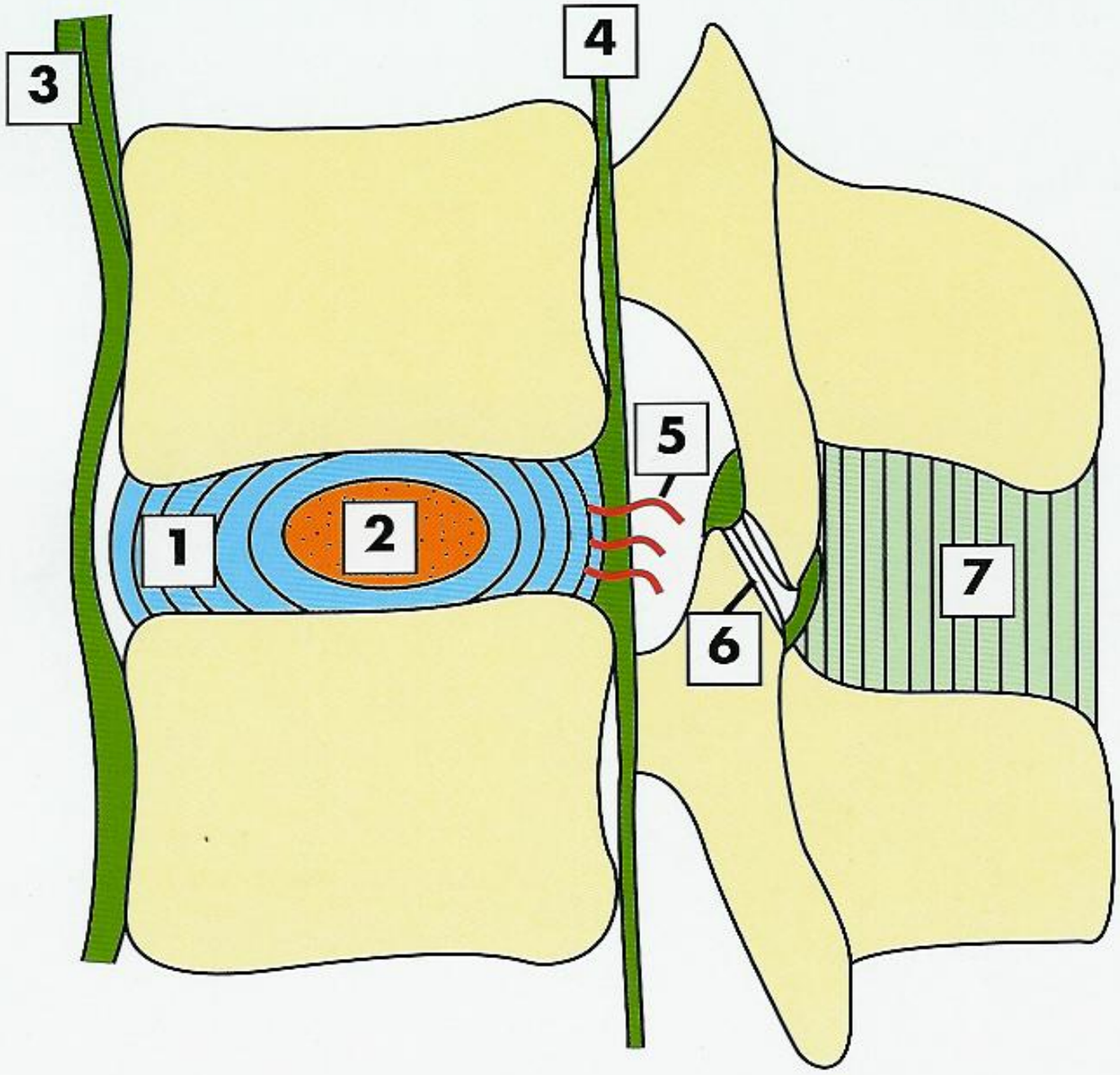
Un peu de physiopathologie…

(si, il en faut un peu !)

Pourquoi la lombalgie chronique ?

- **discogénique** (40% - le sujet jeune)
- **facettaire** (= zygapophysaire : 15% à 30% - plutôt dégénératif)
- Ou **mixte**
- **Douleur sacro-iliaque** : 15% à 30% ?

- Parfois lombalgies dites spécifiques :
  - **canal lombaire étroit** ou **spondylolisthésis**



1 - anneau fibreux
2 - nucleus pulposus
3 - ligament intervertébral antérieur
4 - ligament intervertébral postérieur
5 - innervation de la partie postérieur de l'anneau fibreux et du ligament intervertébral postérieur
6 - articulation interapophysaire
7 - ligament interépineux

Un peu d’épidémiologie (il en faut aussi…)

Santé publique

- 50 à 85% de la population générale : au moins une fois dans leur vie,
- Taux de guérison : 90% dans les 6 à 12 semaines - 10% évoluent vers la lombalgie chronique,
- Parmi les patients en arrêt de travail, 50% ne retourneront jamais à leur exercice professionnel et 90% au delà deux ans.

- H. Wolff, H. Stalder, A. Guerne, Stratégie en médecine ambulatoire - Lombalgie aiguë. Primary Care. 2005, Vol. 5, pp. 52-56, 3.
- ANAES, Diagnostic, prise en charge et suivi des maladies atteints de lombalgie chronique. 2000

Santé Publique

Rapport du Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) de santé publique de 2003

- 6 millions de consultations (chez le médecin généraliste dans 90 % des cas) ;
- troisième cause de consultation en médecine générale pour les hommes (7 % des consultations) et la sixième pour les femmes (6 % des consultations) ;
- près du tiers des actes de kinésithérapie ;
- 2,5 % de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses ;
- 5 à 10 % des actes de radiologie ;
- 13 % des accidents de travail ;
- première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans
- première cause d'arrêt de travail (dont la durée moyenne est de 33 jours, représentant une perte annuelle de 3 600 000 journées de travail) ;
- première cause de maladies d'origine professionnelle ;
- Coût financier médical direct évalué à 1,4 milliard d'Euros - représente 1,6 % des dépenses de santé.
- Coûts indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de production) représenteraient 5 à 10 fois plus.
- La lombalgie : motif de 13,4 % des cas d'obtention d'indemnités journalières chez les artisans ou commerçants indépendants, et 12,6 % des jours indemnisés
- 70 % à 80 % des coûts sont associés aux 5 % à 10 % de patients lombalgiques chroniques.

Aspects socio-économiques : l'impact sur l'activité professionnelle

- Arrêts travail, accidents travail, maladies professionnelles invalidité: fréquents chez patient douloureux lombalgiques
- Altération de la qualité vie
- Enjeux financiers et sociétaux majeurs
- Eviter au maximum la désinsertion socioprofessionnelle
- Privilégier le retour au travail progressif et sur poste adapté

Que peut-on proposer au patient ?

Que peut-on proposer ?

- Traitement médicamenteux
- Traitement non médicamenteux

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Tableau 2. Traitements médicamenteux indiqués en cas de lombalgie commune.

		Modalités	Grade
Première intention	Paracétamol	Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur.	AE
	AINS	Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfice/risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible.	A
Seconde intention	Opioïdes (a)	Le risque de mésusage doit être pris en compte (**b**). Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible. Les opioïdes forts sont réservées aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible.	B B B
	Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (**d**), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	A B
	Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (**d**), en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	A B

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

- En l'absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par Néfopam, ni par corticoïdes.

- Les myorelaxants ont une balance bénéfice/risque défavorable dans la lombalgie commune.

- Il n'y a pas d'indication à un traitement par antibiotiques, ni par vitamine D, ni par patch de lidocaïne, ni par anti-TNF alpha.

- Souvent, lorsque les patients vont jusqu'à un médecin douleur, l'approche médicamenteuse est dépassée, mal tolérée ou carrément non souhaitée…

- Nécessité de bien connaitre l'arsenal des thérapeutiques non médicamenteuses.

Les prises en charge non médicamenteuses

- Repos au lit
- Contention - ceintures
- Semelles
- Les ultrasons
- La mésothérapie - dry needling - acupression
- **kinésithérapie** et Ostéopathie - les thérapies manuelles
- **La rééducation - l'école du dos - ergothérapie**
- **La TENS**
- **Les TCC**
- sophrologie , hypnose, méditation pleine conscience

Les prises en charge non médicamenteuses

- **Activité physique adaptée !!**

- L’activité physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie et d’éviter une récidive.

Les prises en charge non médicamenteuses

- Importance d'une prise en charge globale et multi-disciplinaire.
- La plupart des recommandations proposent :
  - Education
  - Exercices
  - Renforcement

Les prises en charge non médicamenteuses

- **LES INFITRATIONS RACHIDIENNES**

  - Il n'y a généralement pas d'indication à réaliser des infiltrations épidurales dans les lombalgies sans radiculalgie (grade C).

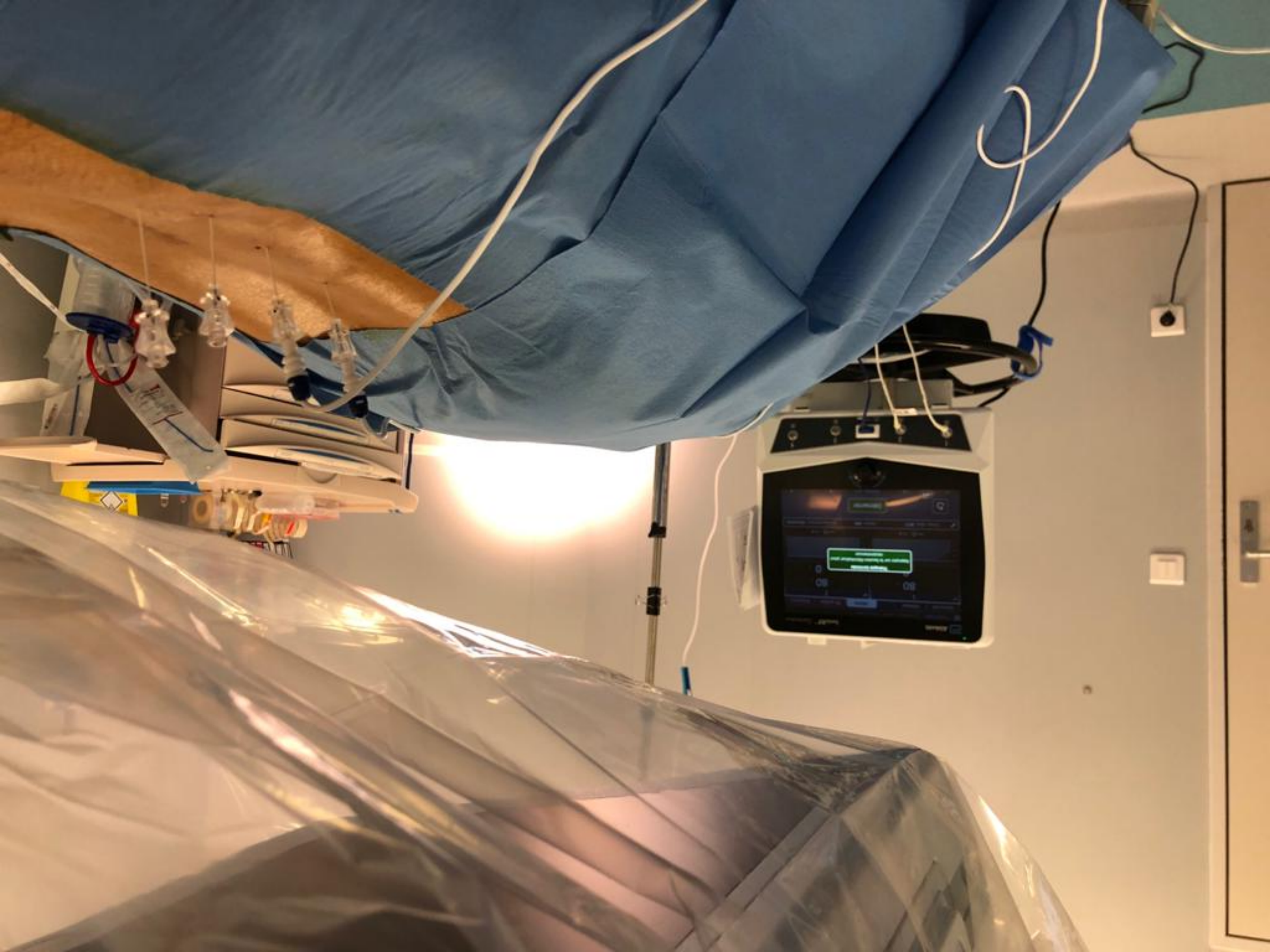
  - Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit (grade C), si possible après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations.

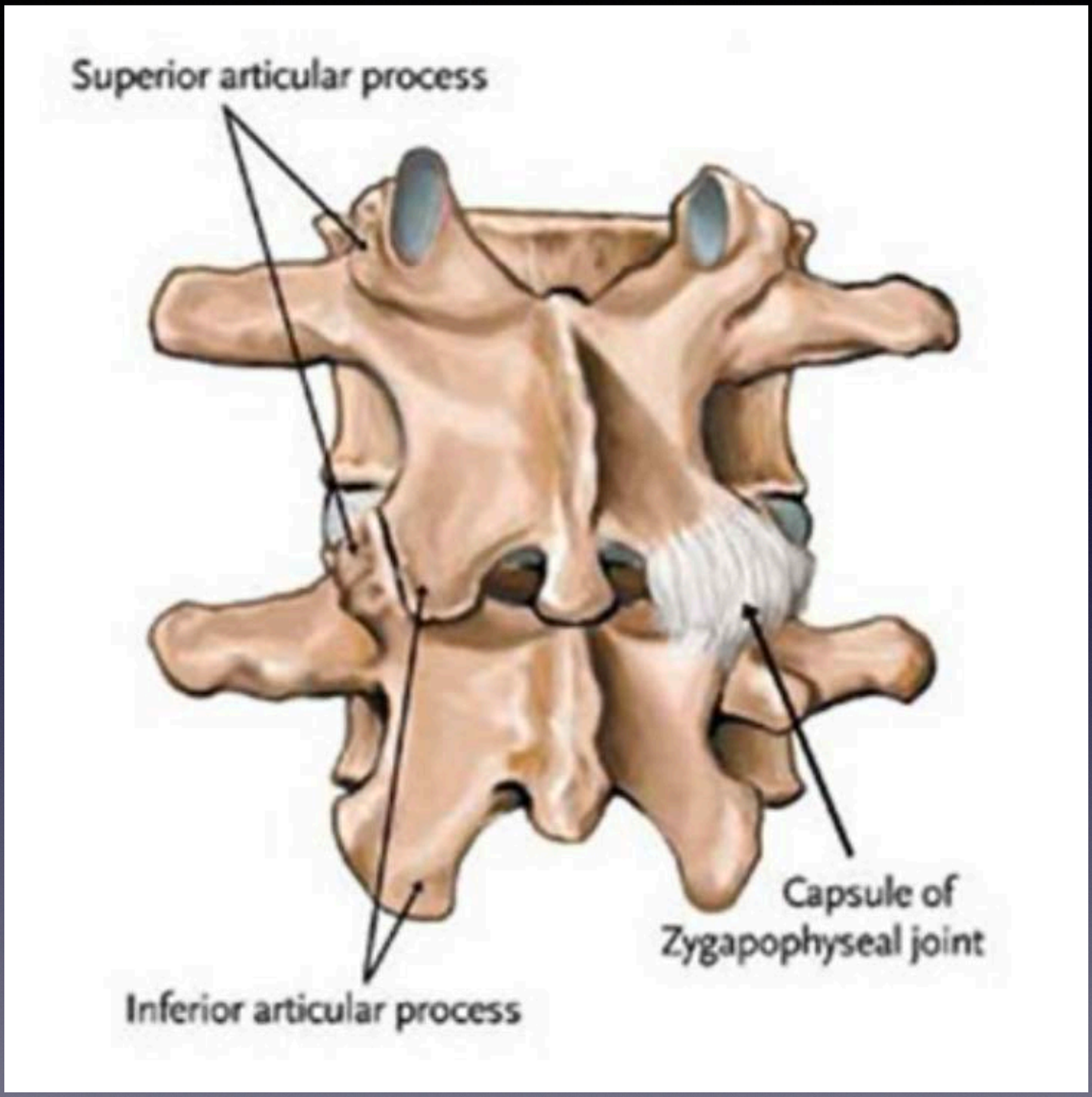
  - En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE).

  - En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée (AE). Il n'est pas possible de formuler de recommandation claire sur l'usage des infiltrations facettaires intra-articulaires.

Les prises en charge non médicamenteuses

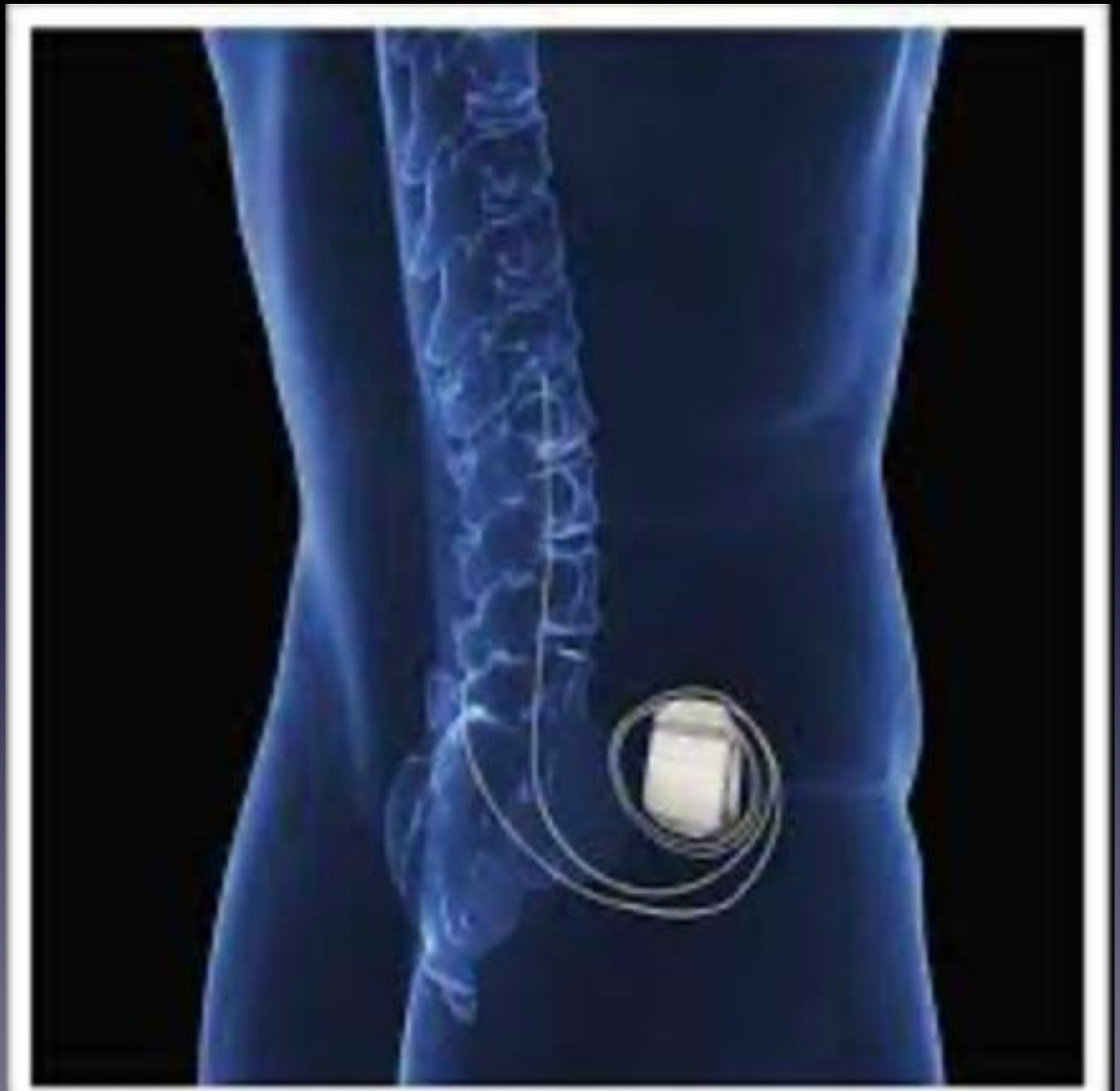
- La facette ou la brache médiale du nerfs spinal ?
- Avec ou sans bloc test ?
- Quel produit ? - quel volume ? - faut-il bannir les corticoïdes ?

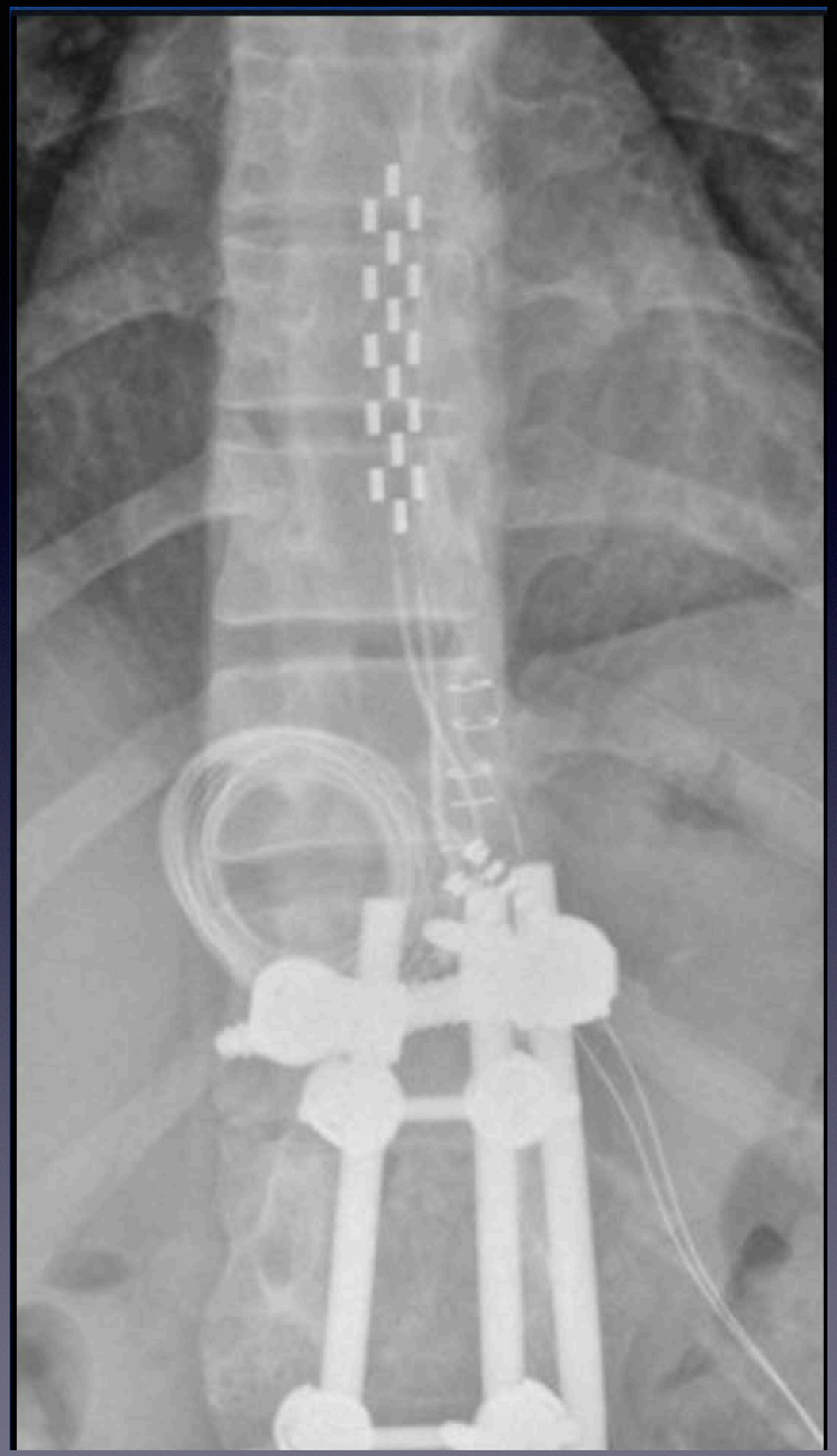



Superior articular process
Capsule of
Zygapophyseal joint
Inferior articular process

Les prises en charge non médicamenteuses

- La stimulation médullaire (SCS)
  - Quand ?
  - Par qui ?
  - Quel type de sonde ?
  - Quel programme de stimulation ?

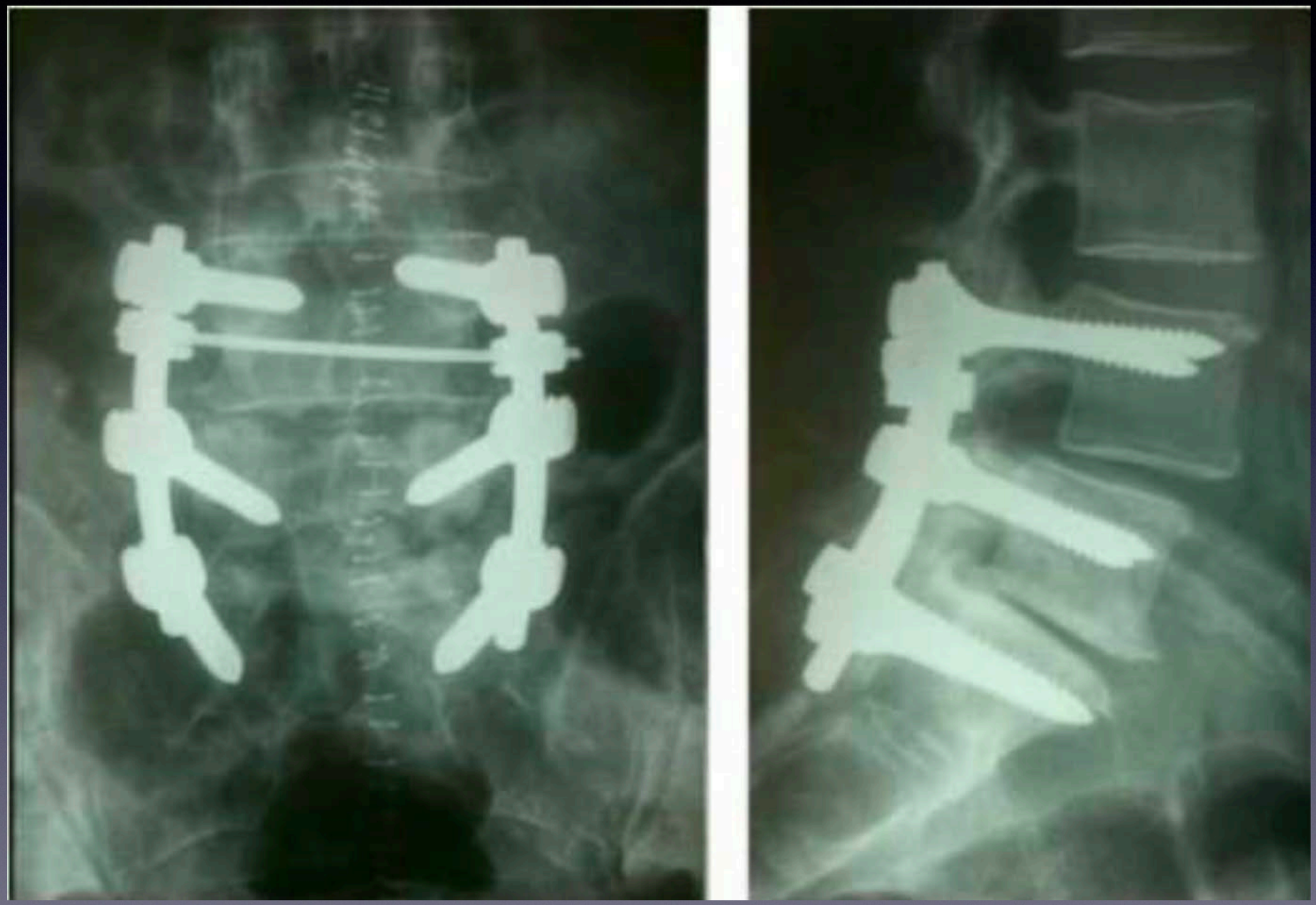


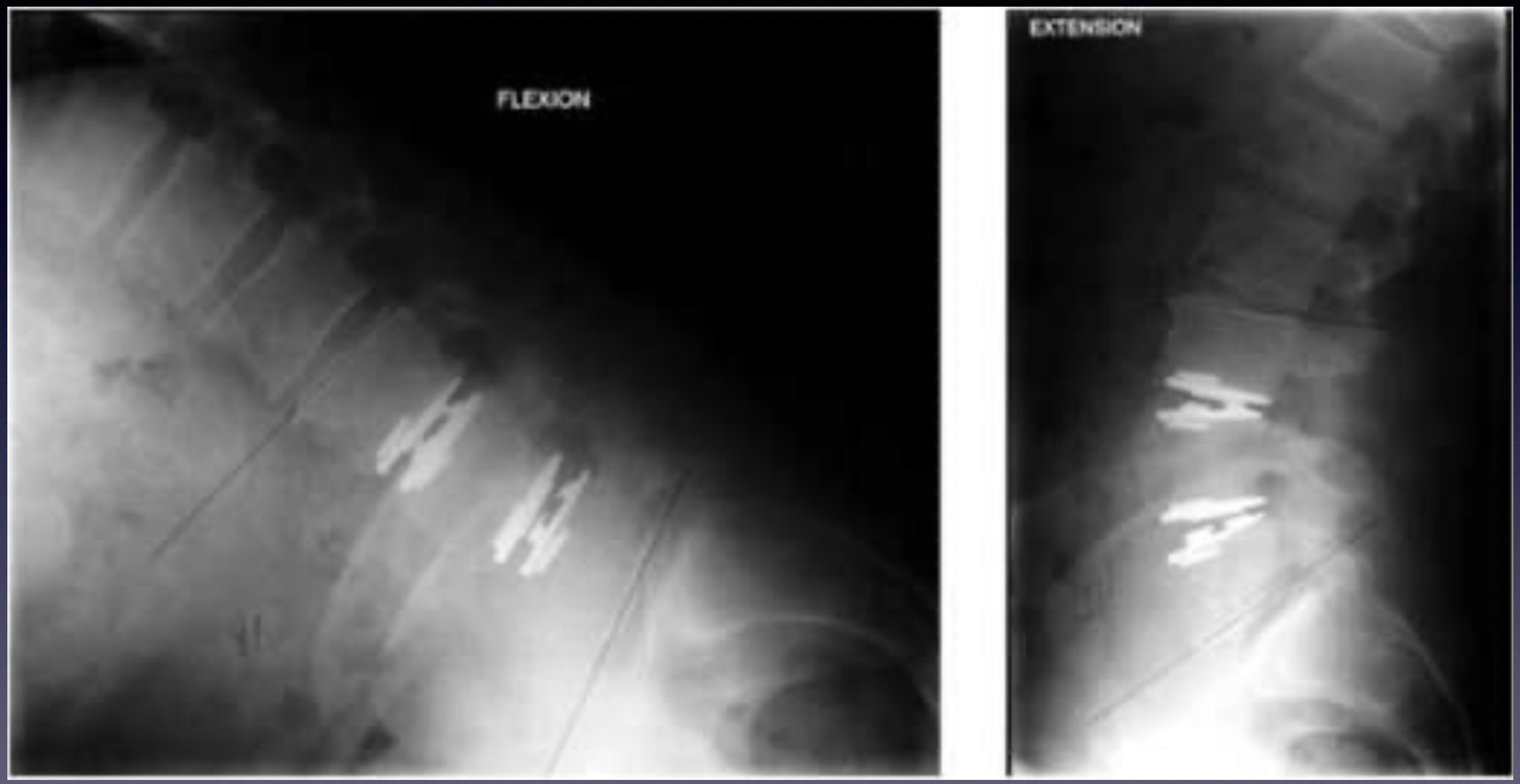


Les prises en charge non médicamenteuses

- **La CHIRURGIE ??**

- En cas d’échec de la prise en charge multidisciplinaire, un avis chirurgical peut être envisagé au cas par cas (AE).




FLEXION
EXTENSION

Recommandations HAS 2015 - lombalgie chronique et chirurgie

Au total, avant d'envisager un geste chirurgical, il convient de s'assurer que le patient a eu une éducation thérapeutique, une rééducation physique avec idéalement prise en charge cognitive axée sur les peurs et croyances liées à la douleur, la prescription d'antalgiques et éventuellement d'opioïde sur de courtes périodes.

La conclusion

- La prise en charge globale du patient,
- « bio-psycho-sociale » : centrée sur le patient
- Prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle).
- S’appuie sur une décision médicale partagée.