

# COMMENT JE TRAITE...

## LES LOMBALGIES ET DOULEURS RADICULAIRES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN 2018 ?

JONCKHEER P (1), DEMOULIN C (2), DESOMER A (1), VAN WAMBEKE P (3) \*

**RÉSUMÉ :** A la fois motif de consultation et cause d'absence au travail très fréquents, les lombalgies sont un enjeu de santé publique notoire. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) s'est entouré de 31 cliniciens de différentes disciplines pour élaborer un guide de pratique clinique couvrant l'entièreté de la prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires. Ce guide se base sur le tout récent «guideline» britannique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dont chaque recommandation a été adaptée au contexte belge.

**MOTS-CLÉS :** *Lombalgie - Douleur radiculaire - Guide de pratique clinique - Traitement*

### LOW BACK AND RADICULAR PAIN : WHICH MANAGEMENT IN 2018 ?

**SUMMARY :** Both frequent reason for consultation and cause of absence at work, low back pain is a notorious public health concern. The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) has been surrounded by 31 clinicians from different disciplines to develop a guideline covering the entire management of low back and radicular pain. A recently published guideline of the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE) was largely used as a starting point and adapted to the Belgian context.

**KEYWORDS :** *Low back pain - Radicular pain - Guideline - Treatment*

### INTRODUCTION

Un Belge sur cinq rapporte avoir souffert d'un mal de dos persistant au cours des douze derniers mois (1) et nombreux sont ceux qui consultent un professionnel de la santé. Dans la majorité des cas, la douleur disparaît spontanément, mais il n'est pas rare qu'elle persiste plusieurs semaines. Eviter ce passage à la chronicité constitue un objectif essentiel de la prise en charge de la lombalgie. Il était donc grand temps d'actualiser les recommandations du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) qui dataient de 2006 et ne portaient que sur la lombalgie chronique (2).

### MÉTHODE

La méthode ADAPTE, qui permet de partir d'un guide existant de haute qualité pour l'adapter au contexte local, a été utilisée (3). Le guide sélectionné est «*Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and manage-*

*ment*» publié par NICE le 30 novembre 2016 (4). Chacune des recommandations cliniques publiées par NICE a été adaptée au contexte belge, grâce à l'implication active d'un groupe multidisciplinaire de 31 professionnels de la santé, appelé le Guideline Development Group (GDG). Le niveau de preuves et la force de chaque recommandation ont été définis suivant la méthodologie GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org/>). La force d'une recommandation dépend de 4 facteurs : l'équilibre entre les effets désirables et indésirables de l'intervention (c'est-à-dire le bénéfice clinique net), la qualité des preuves disponibles, les valeurs et préférences des patients et une estimation des coûts.

De nombreux détails sur la méthodologie suivie et les données probantes analysées sont disponibles dans le rapport scientifique (5). Un résumé sous forme d'algorithme a également été élaboré (disponible en page 4 dans la synthèse [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_287B\\_Douleurs\\_lombaires\\_et\\_radiculaires\\_Resume.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume.pdf)).

### RÉSULTATS

La liste de recommandations est présentée dans le **Tableau I**, disponible sur le site <https://goo.gl/5hrhQE>. Elle est subdivisée en quatre parties : l'évaluation du patient, la prise en charge non invasive, le traitement pharmacologique et les interventions invasives. Pour chacune de ces parties, quelques explications sont présentées dans le texte.

(1) Chercheur, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Bruxelles, Belgique.

(2) Kinésithérapeute, Département des Sciences de la Motricité, Université de Liège, Belgique.

(3) Médecin spécialiste en Médecine physique et Réadaptation, Dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie, UZ Leuven, Belgique.

\* Les auteurs de cet article n'ont mentionné aucun conflit d'intérêt. Le colophon du rapport présente les conflits d'intérêt éventuels tels que déclarés par les membres du GDG, les experts et les stakeholders (5).

**Figure 1. Liste de drapeaux rouges groupés par clusters (opinion d'experts) et de l'action recommandée**

URGENT (IMMÉDIAT)	
Drapeau rouge	Action
<p><b>Urgences neurologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes neurologiques (signes pyramidaux, troubles de la coordination, déficit moteur ou sensitif étendus (p.ex. membres supérieurs, nerfs crâniens ou atteinte bilatérale)</li> <li>- Symptômes neurologiques progressifs</li> <li>- Hypoesthésie/Anesthésie périnéale ou « en selle », rétention urinaire, incontinence fécale ou urinaire, trouble de l'érection (syndrome de la queue de cheval)</li> <li>- Déficience motrice grave (Score MRC <math>\leq</math> 3/5) &lt; 48 h</li> </ul>	 <p>Envoyer le patient au service d'urgence</p>
<p><b>Fracture traumatique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs lombaires importantes après traumatisme à haute énergie</li> <li>- Douleurs lombaires consécutives à tout traumatisme en présence d'une spondylarthrite ankylosante</li> </ul>	 <p>Envoyer le patient au service d'urgence</p>
<p><b>Problème vasculaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes vasculaires (pieds froids, diminution du pouls artériel périphérique) pouvant évoquer une rupture d'anévrisme aortique s'ils sont combinés à une lombalgie, voire à un état de choc.</li> </ul>	 <p>Ultrasons et consulter un chirurgien vasculaire</p>
SEMI-URGENT (DANS LES 48H)	
Drapeau rouge	Action
<p><b>Fracture pathologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur lombaire consécutive à un traumatisme mineur ou sans notion de traumatisme</li> <li>- Antécédents/risque d'ostéoporose</li> <li>- Prise chronique de corticoïdes</li> <li>- Douleur thoracique</li> <li>- Âge avancé</li> <li>- Perte de poids inexplicable, fatigue</li> <li>- Antécédents de cancer</li> </ul>	 <p>1/ Rayons X (ou CT) 2/ Consulter un chirurgien du rachis</p>
<p><b>Infection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes objectifs (transpiration nocturne, fièvre, frissons)</li> <li>- Abus de drogues intraveineuses</li> <li>- Patient immunodéficient</li> <li>- Perte de poids inexplicable</li> <li>- Antécédents connus ou concomitance d'une infection systémique ou risque d'infection</li> <li>- Intervention chirurgicale récente</li> <li>- Infection urinaire ou cutanée</li> </ul>	 <p>1/ IRM et Analyses sanguines (p.ex. numération des leucocytes, CRP, VS) 2/ Consulter un chirurgien du rachis et/ou un interniste/infectologue</p>
MOINS URGENT	
Drapeau rouge	Action
<p><b>Tumeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur d'apparition récente avant 18 ans ou après 55 ans</li> <li>- Antécédents de cancer</li> <li>- Perte de poids inexplicable, fatigue</li> <li>- Douleurs nocturnes sévères</li> </ul>	 <p>1/ IRM 2/ Consulter un oncologue et un chirurgien du rachis</p>
<p><b>Maladie inflammatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur non mécanique constante et progressive</li> <li>- Douleur lombaire qui s'améliore à l'exercice mais pas au repos</li> <li>- Douleur nocturne sévère</li> </ul>	 <p>Consulter un rhumatologue</p>
<p><b>Divers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur postopératoire croissante</li> <li>- Douleur lombaire insupportable et résistante au traitement &gt; 6 semaines</li> <li>- Signes pyramidaux unilatéraux</li> </ul>	 <p>1/ IRM 2/ Consulter un spécialiste du rachis (spécialiste en médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédiste ou neurochirurgien) ou un anesthésiste/algologue</p>
<p>La spécificité des drapeaux rouges pris isolément est limitée; c'est leur combinaison (cluster) qui doit attirer l'attention et faire suspecter une pathologie grave sous-jacente à la douleur</p>	

## L'ÉVALUATION DU PATIENT

L'anamnèse et l'examen clinique doivent permettre d'identifier les signes et symptômes d'une pathologie grave sous-jacente à la douleur lombaire ou radiculaire, même si ces pathologies sont rares. Une liste de ces signes et symptômes - communément appelés drapeaux rouges - a été élaborée par le GDG sur base de la littérature (Figure 1). Comme un drapeau rouge isolé ne présente qu'une spécificité limitée, il est suggéré de se baser sur une combinaison de plusieurs d'entre eux, couplée bien entendu à l'expertise clinique du praticien, avant d'envoyer le patient vers une intervention spécifique.

L'anamnèse permet également de repérer la présence de facteurs de risque de passage à la chronicité. Certaines données probantes montrent, en effet, un bénéfice clinique de l'évaluation de ces risques si elle est suivie d'une prise en charge stratifiée, c'est-à-dire une prise en charge d'autant plus intense et complexe que le risque est élevé. Ces facteurs sont d'ordre psychosocial (6). Ils sont décrits en détail dans le rapport scientifique (5) et sont résumés dans le Tableau II. On les dénomme drapeaux jaunes, noirs, bleus et orange.

En l'absence de drapeaux rouges, les preuves de l'intérêt clinique des examens d'imagerie (RX, IRM ou CT-scan) sont peu nombreuses et contradictoires. Ces examens concluent, très souvent, en la présence d'anomalies dégénératives telles que l'arthrose ou une protrusion discale auxquelles certains pourraient attribuer la cause des douleurs lombaires alors qu'elles se retrouvent aussi très fréquemment chez des individus asymptomatiques (7). Dans ce cas, l'imagerie peut même avoir un effet iatrogène en persuadant le patient que sa colonne est sérieusement endommagée (8). Vu, en plus, le risque lié à l'exposition cumulée aux radiations ionisantes et le coût de ces examens pour la collectivité, l'imagerie ne devrait être utilisée que lorsqu'elle est requise avant une intervention (par exemple, une infiltration épidurale ou une chirurgie rachidienne) et non pour remédier à une incertitude diagnostique.

### PRISE EN CHARGE NON INVASIVE

Peu de données probantes démontrent l'efficacité d'interventions non invasives prises isolément dans la lombalgie et la douleur radiculaire. Rassurer le patient et l'encourager à rester actif constituent une bonne pratique (4) dans la mesure où cela favorise l'« autogestion » c'est-à-dire la capacité du patient à mettre en place des

**Tableau II. Liste de drapeaux jaunes, noirs, bleus et orange d'après Nicholas et coll. (6)**

<b>DRAPEAUX JAUNES : CROYANCES ET PERCEPTIONS, RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES, COMPORTEMENT FACE À LA DOULEUR</b>
Prévision de mauvais résultats thérapeutiques ou évitement de certaines activités par crainte de la douleur ou dépendance excessive aux traitements passifs (hot/cold packs, analgésiques)
<b>DRAPEAUX NOIRS : OBSTACLES CONTEXTUELS OU LIÉS AU SYSTÈME</b>
Sollicitude excessive de la famille ou conflit avec une compagnie d'assurance
<b>DRAPEAUX BLEUS : PERCEPTION DU RAPPORT ENTRE TRAVAIL ET SANTÉ</b>
Conviction que le travail est trop pénible et risque de provoquer des lésions supplémentaires ou conviction de ne pas être soutenu par le supérieur et les collègues
<b>DRAPEAUX ORANGE : SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES</b>
Dépression clinique ou trouble de la personnalité

stratégies d'adaptation positives et à éviter le cercle vicieux du déconditionnement physique, de la déprime, de l'abandon des activités ordinaires et de l'anxiété. La littérature scientifique met en évidence une certaine efficacité des programmes d'exercices sur la douleur, mais sans pouvoir distinguer une quelconque supériorité d'un type d'exercice par rapport à un autre (4). Lorsque le risque de passage à la chronicité est moyen ou élevé, l'addition de techniques manuelles et/ou d'une approche psychologique cognitivo-comportementale montre un bénéfice relatif (4).

Enfin, les programmes de réadaptation multidisciplinaire qui associent une composante physique (par exemple, exercices spécifiques, techniques manuelles) et au moins un autre élément de prise en charge, psychologique, social, éducatif ou ergonomique sont tellement hétérogènes que la seule conclusion tirée est qu'ils devraient être réservés aux patients qui n'ont pas été soulagés par les traitements antérieurs ou chez qui des obstacles psychosociaux significatifs au rétablissement ont été décelés.

Quel que soit le plan de traitement, celui-ci doit être discuté avec le patient de manière à pouvoir prendre en compte ses besoins spécifiques, préférences et capacités.

### TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Des données récentes concernant l'utilisation isolée du paracétamol n'ont pas montré de bénéfice en comparaison avec un placebo chez

les patients souffrant de lombalgies aiguës d'intensité modérée (9). Dès lors, il est délicat de recommander son utilisation dans cette population. Lorsqu'un traitement médicamenteux est requis, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont à envisager pour autant que la personne les tolère et qu'il n'y ait pas de contre-indication; les analgésiques morphiniques légers, avec ou sans paracétamol, sont une alternative. Dans ces deux cas, on privilégiera une dose minimale efficace et la plus courte durée de traitement possible. Certains antidépresseurs ont montré qu'ils pouvaient améliorer une douleur chronique avec sensibilisation centrale (c'est-à-dire avec une augmentation d'activité du système nociceptif). En ce qui concerne les antiépileptiques, la seule étude probante identifiée par NICE ne portait que sur des patients présentant des douleurs radiculaires; elle montrait un bénéfice potentiel au niveau de la douleur, par rapport au placebo, mais aussi des effets secondaires plus fréquents (10). Enfin, les données disponibles n'apportent pas d'arguments en faveur de l'usage des décontractants musculaires dans les lombalgies (4). Étant donné leurs effets secondaires, ils ne devraient pas être utilisés dans cette indication.

### INTERVENTIONS INVASIVES

Quatre techniques invasives seulement peuvent être envisagées selon l'analyse de la littérature, chacune dans des conditions spécifiques : les injections épidurales transforaminales/radiculaires, la dénervation par radiofréquences, la décompression lombaire et, enfin, l'arthrodèse (4). Leurs indications sont reprises dans le **Tableau I**, disponible sur le site <https://goo.gl/5hrhQE>.

Plusieurs interventions ne sont pas recommandées, soit parce que les données disponibles concluent à une absence de bénéfices cliniques, soit parce que le rapport risques-bénéfices ne leur est pas favorable. Il s'agit des ceintures ou corsets, des semelles orthopédiques, de la traction manuelle, des ultrasons, des neurostimulations électriques, des courants interférentiels, des injections rachidiennes non épidurales et des prothèses discales.

### CONCLUSIONS

Cet article synthétise les interventions recommandées (et celles à éviter) pour prendre en charge les patients présentant une lombalgie ou

une douleur radiculaire non liée à une pathologie sévère. Chaque recommandation est basée sur une revue systématique de la littérature effectuée par NICE et sur une discussion approfondie entre 31 cliniciens belges. Le résultat promeut l'anamnèse et l'examen clinique afin d'exclure, notamment, les signes de pathologies sévères sous-jacentes (drapeaux rouges) et d'identifier la présence de facteurs de risque de chronicité. Une prise en charge stratifiée en fonction de ce risque est recommandée en commençant par l'autogestion et la promotion de l'activité physique. Le recours à l'imagerie n'est pas recommandé et les médicaments ne sont à prescrire que si nécessaire.

Ce guide de pratique clinique est traduit en un itinéraire de soin disponible sur le site du KCE : <http://lombalgie.kce.be/>

### REMERCIEMENTS

Ce guide de pratique clinique n'aurait pu voir le jour sans l'implication du groupe multidisciplinaire (GDG): Peter Van Wambeke (GDG président), Luc Ailliet, Anne Berquin, Christophe Demoulin, Bart Depreitere, Johan Dewachter, Mieke Dolphens, Patrice Forget, Virginie Fraselle, Guy Hans, Davy Hoste, Geneviève Mahieu, Jef Michielsen, Henri Niens, Thomas Orban, Thierry Parlevliet, Emmanuel Simons, Yannick Tobbackx, Patrick Van Schaebroeck, Jan Van Zundert, Jacques Vanderstraeten, Johan Vlaeyen.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Van der Heyden J.— Maladies chroniques. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (éd). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
2. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, et al. (2017).— *Chronic low back pain*. Good Clinical practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006 17/01/2007. KCE Reports 48C (D/2006/10.273/71). En ligne: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20061027371.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027371.pdf)
3. The ADAPTE collaboration. (2009).— *The ADAPTE process: resource toolkit for guideline adaptation*. Version 2.0. En ligne: <http://www.g-i-n.net>.
4. NICE. (2016).— *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management* (NG 59). National Institute for Health and Care Excellence, 2016. En ligne: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59>

5. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. (2017).— *Low back pain and radicular pain: evaluation and management*. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). En ligne: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_287\\_Low\\_back\\_pain\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_287_Low_back_pain_Report_0.pdf)
6. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, et al.— Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in patients with low back pains : A reappraisal. *Phys Ther*, 2011, **91**, 737-753.
7. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al.— Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *Am J Neuroradiol*, 2015, **36**, 811-816.
8. Webster BS, Bauer AZ, Choi Y, et al.— Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. *Spine*, 2013, **38**, 1939-1946.
9. Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al.— Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*, 2014, **384**, 1586-1596.
10. McCleane GJ.— Does gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain ? A randomised, double-blind, placebo controlled study. *Pain Clinic*, 2001, **13**, 103-107.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Pascale Jonckheer, Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), Centre administratif Botanique, Door Building, Boulevard du Jardin Botanique, 55, 1000 Bruxelles, Belgique.  
Email : [Pascale.jonckheer@kce.fgov.be](mailto:Pascale.jonckheer@kce.fgov.be)