Lombalgie chez les adultes : une approche pour les cas aigus et chroniques

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Volume 25 (12), novembre 2017

INTRODUCTION

Presque tous les adultes présenteront au moins un épisode de lombalgie durant leur vie, ce qui en fait l'un des tableaux cliniques les plus courants en médecine familiale. Bien que la lombalgie aiguë soit presque toujours bénigne et qu'elle se résolve en quelques semaines, il est essentiel d'écarter les affections sous-jacentes graves possiblement associées à une lombalgie. Chez de nombreux patients, le traitement optimal d'une lombalgie aiguë peut prévenir l'apparition d'une lombalgie chronique.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer la lombalgie aiguë et chronique et commander les examens appropriés;
- de prescrire des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques pour la lombalgie aiguë et chronique ou récurrente;
- de réduire le risque d'apparition d'une lombalgie chronique.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 10
Collaborateurs et déclarations 12
Références bibliographiques 14
Annexes 16

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Patrick, âgé de 23 ans

Patrick est un étudiant actif au cycle supérieur à l'université. Il fait régulièrement du sport dans une salle, il soulève des poids et joue parfois au touch-football avec ses amis les fins de semaine. Il ne se souvient pas d'avoir subi un traumatisme précis, mais il souffre de douleurs aiguës au bas du dos depuis deux semaines; il évalue la douleur à 6/10, et elle irradie vers la jambe droite. Il a essayé l'ibuprofène (400 mg 3 f.p.j.), mais il n'a pas été soulagé; il est sédentaire depuis l'apparition de sa douleur.

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir?

Deuxième partie

Il s'agit du premier épisode lombalgique de Patrick. Il ne présente aucun symptôme intestinal ou vésical; il ne se plaint d'aucune faiblesse ni d'engourdissement à la jambe. Sa douleur siège principalement au dos; elle s'aggrave en cas d'activité et s'atténue légèrement au repos. La douleur ne le réveille pas la nuit, mais il a souvent des difficultés à trouver une position confortable avant de s'endormir. Sa douleur est un peu moins intense le matin, au lever du lit, mais elle s'accentue lorsqu'il commence à marcher. Il ne présente pas de raideur matinale. Sinon, il se sent bien et n'a pas perdu de poids. Il n'a aucune autre plainte articulaire. Il n'a jamais pris de drogues illicites. Dans l'ensemble, il n'a pas d'antécédent de dépression ou d'anxiété, et ne prend aucun médicament sur une base régulière. Il est inquiet, car son oncle a souffert de dorsalgie et a par la suite reçu un diagnostic de cancer. Après avoir fait quelques recherches en ligne, il souhaite passer une IRM et recevoir un médicament plus fort contre la douleur. Il est également inquiet, car la douleur s'intensifie lors de l'activité physique, et n'a donc pas pu aller faire du sport depuis qu'elle est apparue.

À l'examen, vous ne constatez aucune sensibilité à la palpation le long de la ligne médiane de sa colonne lombaire. Il présente un spasme palpable significatif au-

dessus des muscles paravertébraux bilatéraux. Sa douleur semble pire à la flexion, qui est limitée à environ 60 degrés. Le résultat du test de la force aux membres inférieurs est normal. Les réflexes patellaire et achilléen sont présents et égaux des deux côtés; le réflexe plantaire est normal (flexion des orteils). L'élévation de la jambe tendue ne permet pas de reproduire sa douleur au dos, mais il ressent une douleur aux muscles ischiojambiers. La sensation, y compris la sensation en selle, est normale. L'examen ne révèle autrement rien de particulier.

Quelle serait votre stratégie de prise en charge à ce stade, et que répondriez-vous aux demandes de Patrick?

Troisième partie

Patrick revient environ huit semaines après votre évaluation initiale. Il a fait de la physiothérapie deux fois par semaine et a suivi vos recommandations en matière d'activité. Bien que sa douleur soit moins intense, elle persiste et semble s'aggraver au niveau de la jambe. Il ne se plaint de rien d'autre. Il est anxieux à l'idée que la douleur devienne chronique, et se demande quelles sont les prochaines étapes à suivre.

Quelle serait votre approche avec Patrick?

Cas numéro 2 : Daniel, âgé de 65 ans

Daniel, un enseignant à la retraite, vient vous consulter en clinique aujourd'hui à cause d'une lombalgie présente depuis environ quatre à six semaines. La douleur s'est progressivement aggravée et il ne se souvient pas de sa cause initiale. Sa douleur irradie parfois vers la jambe droite, elle tend à augmenter après une marche de quelques pâtés de maisons, et disparaît lorsqu'il s'allonge pendant quelques minutes. La douleur ne le réveille pas la nuit. Il ne présente pas de fièvre ni d'autres symptômes généraux. Il ne présente pas de symptômes gastro-intestinaux ou urogénitaux. Il ne présente pas de symptômes neurologiques distaux à l'exception de picotements occasionnels aux deux jambes. Son hypertension est bien maîtrisée avec la chlorthalidone à 25 mg. D'après ses analyses de sang récentes, les résultats de la FSC, de la créatinine, des électrolytes, du profil lipémique et de la densité osseuse étaient normaux. À l'examen physique, son IMC est de 31. Il présente une légère sensibilité au-dessus des vertèbres L3-L4 et L4-L5. La douleur semble s'intensifier à l'extension. Les résultats de ses examens neurologiques et abdominaux sont normaux. Les pouls fémoraux et périphériques sont égaux, et aucun souffle n'est présent.

Comment procéderiez-vous?

Deuxième partie – cinq mois plus tard

La radiographie de Daniel ne révèle qu'une arthrose modérée; une IRM subséquente ne révèle aucun signe de sténose rachidienne significative. Sa dorsalgie persiste maintenant depuis six mois. À ce stade, il a essayé l'ibuprofène et le méthocarbamol, ainsi qu'un traitement chiropratique, ce qui ne l'a pas vraiment soulagé. Le résultat au questionnaire concis sur les douleurs indique que sa douleur est habituellement de 5 à 6 sur 10. De même, il évalue à cinq le niveau de perturbation de ses activités. Il ne bénéficie pas d'une assurance-maladie additionnelle.

De quelles stratégies de prise en charge discuteriez-vous avec Daniel?

Cas numéro 3 : Julie, âgée de 35 ans

Julie souffre d'une lombalgie intermittente depuis cinq ans et présente des exacerbations qui durent en moyenne six à huit semaines chaque fois. Aucun déclencheur de sa douleur n'a pu être établi. Elle consulte aujourd'hui vers la fin d'une exacerbation aiguë; elle ne sait plus quoi faire pour prévenir ces épisodes. Elle prend généralement de l'ibuprofène en vente libre et des relaxants musculaires, et se repose autant que possible durant ses exacerbations aiguës. En général, celles-ci disparaissent d'elles-mêmes. Elle travaille comme infirmière dans un service d'urgence et doit s'absenter du travail plusieurs fois à cause de sa douleur localisée au dos. Dans l'ensemble, ses symptômes n'ont pas significativement changé au fil du temps, et elle n'a pas présenté de symptômes neurologiques ni de plaintes urogénitales. Ses antécédents médicaux ne révèlent rien de particulier et elle ne prend pas de médicaments sur une base régulière.

Aujourd'hui, son examen physique révèle un léger inconfort à l'extension vertébrale et une légère sensibilité des muscles paravertébraux de la région lombaire; elle ne ressent toutefois aucune douleur osseuse, et l'examen neurologique est normal. Son IMC est de 28.

Comment évalueriez-vous la situation afin d'éviter d'autres crises?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

LES CHIFFRES

1. La lombalgie non spécifique représente environ 90 % des cas de douleur au bas du dos en soins primaires. Moins de 2 % des patients souffrant d'une lombalgie présentent une maladie sous-jacente grave ou des affections vertébrales exigeant qu'ils soient orientés en vue d'une évaluation plus approfondie et de la mise en route d'un traitement[1-6].

2. Habituellement, la lombalgie aiguë et subaiguë (sur une période de 12 semaines après l'apparition de la douleur) disparaît en une à six semaines, mais elle peut persister jusqu'à deux mois. Seuls 2 à 7 % des patients finissent par présenter une lombalgie chronique (douleur essentiellement constante > 12 semaines depuis l'apparition)[5,7].

ÉVALUATION

Se reporter à l'annexe 1 décrivant une méthode algorithmique de l'évaluation et de la prise en charge.

3. L'anamnèse doit inclure :
   - Temps écoulé depuis l'apparition et durée
   - Facteurs précipitants (p. ex. traumatisme)
   - Douleur : douleur dominante au dos ou à la jambe (laquelle est plus intense?), gravité, irradiation (suit-elle un profil métamérique), facteurs qui l'exacerbent et la soulagent, répercussions sur le fonctionnement
   - Symptômes neurologiques et généraux
   - Épisodes antérieurs de lombalgie et efficacité du traitement[8]

4. L'anamnèse à elle seule peut permettre d'écarter la plupart des signes d'alarme (tableau 1) pouvant évoquer une maladie plus grave (voir annexe 1).

Tableau 1. Signes d'alarme[9]

• Syndrome de la queue de cheval : perte soudaine ou évolutive du contrôle de la vessie/des intestins, anesthésie en selle
• Douleur intense qui s'aggrave, surtout la nuit ou en position allongée
• Traumatisme grave
• Perte pondérale, antécédent de cancer, fièvre, suppression immunitaire ou utilisation de drogue i.v.
• Patient de > 50 ans (notamment > 65 ans) présentant un premier épisode de dorsalgie grave
• Raideur matinale pendant > 30 min

5. Un examen systématique (14 études [8 en soins primaires; 6 en soins secondaires/tertiaires], n = 14 056)10 a permis d'examiner la précision diagnostique des signes d'alarme et des symptômes permettant de déceler une fracture ou une tumeur maligne de la colonne vertébrale chez des patients souffrant d'une lombalgie.
   a) Le signe d'alarme associé à la plus forte probabilité de fracture après le test était l'utilisation prolongée de corticostéroïdes (études en soins primaires) et la présence d'une contusion ou d'une abrasion (études en soins secondaires/tertiaires).
   b) Le signe d'alarme associé à la plus forte probabilité de tumeur maligne après le test était un antécédent de cancer (études primaires et études secondaires/tertiaires).

Tableau 2. Signes d'alarme : probabilité après le test[10]

	Signe d'alarme	Probabilité après le test	
		Soins primaires	Soins secondaires/ tertiaires
Détection d'une fracture de la colonne vertébrale	Présence d'une contusion ou d'une abrasion	-	62 % (IC à 95 % : 49 %-72 %)
	Utilisation prolongée de corticostéroïdes	33 % (IC à 95 % : 10 %-67 %)	-
	Traumatisme grave (p. ex. chute d'une hauteur élevée ou accident de voiture)	2 %-10 % (IC à 95 % : 1 %-28 %)*	11 % (IC à 95 % : 8 %-16 %)
	Âge avancé (> 64 ans)	2 %-7 % (IC à 95 % : 2 %-13 %)	9 % (IC à 95 % : 3 %-25 %)
	La probabilité de fracture est plus élevée lorsque plusieurs signes d'alarme sont présents : 33 % (IC à 95 % : 22 %-46 %)		
Détection d'un cancer à la colonne vertébrale	Antécédents de cancer	7 % (IC à 95 % : 3 %-16 %)	33 % (IC à 95 % : 22 %-46 %)
	Âge avancé, perte pondérale inexpliquée, absence d'amélioration après un mois	Tous < 3 %	

***** D'après deux études en soins primaires menées auprès de populations similaires de patients[6,11]

6. Évaluation de la douleur : le questionnaire concis sur les douleurs (Brief Pain Inventory – Short Form ou BPI-sf) est une méthode simple et rapide permettant de mesurer l'intensité de la douleur et la mesure dans laquelle la douleur nuit au fonctionnement quotidien. D'après une étude de validation (n = 271 patients souffrant de lombalgie), le BPI-sf est un questionnaire valide permettant d'évaluer l'intensité de la douleur et ses répercussions chez les patients qui en souffrent[12]. **Remarque :** Pour consulter le questionnaire BPI-sf, veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Douleur chronique non cancéreuse : traitement optimal et objectifs réalistes » (2013) à l'adresse suivante : https://members.fmpe.org/.

7. L'examen physique doit inclure :
   - Inspection et palpation : colonne vertébrale, structures paravertébrales, posture du patient, amplitude du mouvement pendant la flexion, l'extension et la flexion latérale. Évaluer la lordose lombaire, la scoliose et la présence de cicatrices chirurgicales. Évaluer la peau pour écarter tout trouble cutané, y compris le zona. S'assurer d'évaluer « l'articulation du dessous » (c.-à-d., dépistage au niveau de la hanche).
   - Examen neurologique du membre inférieur :
     - L3-L4 : force du quadriceps; réflexe : patellaire
     - L4-L5 : marche sur les talons, dorsiflexion de la cheville et force de l'extension du gros orteil (dorsiflexion) (L5)
     - S1 : force de flexion plantaire du gros orteil, marche sur les orteils, élévation des orteils, réflexe : achilléen
     - S2-S4 : test de la sensation en selle
     - Autre : réaction plantaire, élévation passive de la jambe tendue
   - Envisager un examen abdominal (compte tenu de la possibilité qu'une douleur à un organe viscéral irradie vers la colonne vertébrale) et une évaluation vasculaire (claudication).
   - Si une maladie générale est soupçonnée, examiner les foyers possibles de tumeur maligne (sein, prostate, ganglions lymphatiques) ou les sources infectieuses (douleur au flanc ou sus-pubienne, infection de la peau ou des tissus mous, traces d'injection, souffle cardiaque)[8].

8. Une évaluation devrait également permettre d'établir la présence de facteurs de risque de chronicité (tableau 3) – indicateurs psychosociaux pouvant indiquer la possibilité d'apparition d'une lombalgie chronique, et risques associés de souffrance à long terme, d'incapacité ou de mésusage possible des médicaments.
   a) La présence de signes non organiques (psychologiques), le nombre important de comportements d'ajustement inadaptés, des niveaux élevés d'atteinte fonctionnelle, des comorbidités psychiatriques et un mauvais état de santé général sont de puissants facteurs prédictifs d'issues défavorables d'une lombalgie à un an. Les facteurs de risque de chronicité associés à l'environnement professionnel du patient sont également importants, mais moins utiles pour la prévision d'issues médiocres[13].
   b) Il est crucial de déterminer et de prendre en charge rapidement les facteurs de risque de chronicité pour prévenir les incapacités à long terme et la perte d'emploi[9].

Tableau 3. Facteurs de risque de chronicité[9]

- Croyance selon laquelle la douleur et l'activité sont nuisibles
- Comportements propres à un « état de malade » (p. ex., longue période de repos)
- Humeur maussade/négative, retrait social
- Attentes à l'égard du traitement ne s'inscrivant pas dans les meilleures pratiques
- Problèmes liés aux réclamations/indemnisations
- Antécédents de dorsalgies, de congés, d'autres réclamations
- Problèmes professionnels, insatisfaction professionnelle
- Antécédents de travaux manuels, de travaux par quart
- Famille surprotectrice ou manque de soutien

9. Certaines stratégies générales de prise en charge des facteurs de risque de chronicité comprennent :
   - Faire savoir aux patients qu'on s'attend à ce qu'ils reprennent leurs activités habituelles, y compris le travail.
   - Offrir des examens réguliers axés sur les capacités fonctionnelles.
   - Maintenir les patients actifs sur les plans physique et professionnel si possible, même s'il faut modifier leurs tâches.
   - Encourager la collaboration au sein du milieu professionnel.
   - Favoriser la prise en charge et la responsabilité individuelles.
   - Reconnaître et prendre en charge la souffrance émotionnelle pouvant augmenter les comportements de dépendance.
   - Être prêt à offrir un second avis.
   - Encourager les patients à reconnaître que la douleur peut être maîtrisée et prise en charge de manière à ce qu'ils puissent maintenir leur niveau d'activité habituel.

   Pour de plus amples renseignements, y compris pour une discussion plus approfondie sur ces stratégies, veuillez visiter le site Web (en anglais) :
   http://topalbertadoctors.org/download/1880/Management of Psychosocial Yellow Flags.pdf

Diagnostic différentiel

10. Bien qu'une cause définitive ne puisse pas être établie dans la plupart des cas de lombalgie, les causes possibles doivent être envisagées en fonction des observations de l'anamnèse et de l'examen physique. Le diagnostic différentiel de la lombalgie aiguë est décrit au tableau 4[14].

Tableau 4. Diagnostic différentiel de la lombalgie aiguë[15,16]

Anomalie intrinsèque de la colonne vertébrale	Affection générale	Irradiation douloureuse (~2 % des cas de lombalgie)[14]
Foulure/entorse (musculaire) lombaire	Néoplasie	Affections pelviennes
Discopathie dégénérative	Infection	Maladie rénale
Spondylolisthésis	Arthrite inflammatoire	Maladie GI
Hernie discale	Spondylarthropathie séronégative	Anévrisme de l'aorte abdominale
Sténose vertébrale	Maladie de Paget	Zona
Fracture par tassement	Drépanocytose	
Maladie congénitale		
Spondylolyse		
Asymétrie des articulations facettaires		

Imagerie

11. Chez les patients présentant une lombalgie aiguë ou chronique sans signes d'alarme, les examens d'imagerie sont généralement inutiles, car leur avantage n'a pas été montré et certaines données attestent leur effet nuisible[17].
    a) Un examen systématique/une méta-analyse (six études, n = 1 804) n'a révélé aucune différence significative quant à la douleur ou aux capacités fonctionnelles chez des patients ayant passé un examen d'imagerie lombaire d'emblée comparativement à ceux qui ont reçu des soins habituels – à court ou à long terme[18].
    b) Les effets nuisibles associés à l'imagerie comprennent :
       - Catalogage des patients – par exemple, une étude comparative randomisée (n = 246) a révélé que les patients auxquels on avait fait savoir que l'examen d'imagerie a révélé une discopathie dégénérative bénigne ressentaient un bien-être inférieur à celui des patients auxquels on n'avait pas fait part de tels résultats[19]. Une autre étude

comparative randomisée (n = 421) a montré que les patients ayant passé une radiographie lombaire à cause d'une lombalgie présente depuis au moins six semaines ont rapporté plus de douleur et un état de santé général inférieur, et ils étaient plus susceptibles de rechercher des soins de suivi par rapport à ceux qui n'avaient pas passé de radiographie[20].

- Une probabilité accrue de subir une intervention chirurgicale (en particulier chez ceux qui passent une IRM)[21,22].
- L'exposition inutile à des rayonnements[17].

12. Certains examens d'imagerie précis (tableau 5) doivent être effectués selon la pathologie recherchée et lorsque les résultats permettraient d'éclairer un plan thérapeutique (p. ex. une intervention chirurgicale) [preuves de niveau très faible – opinion d'experts][9,23].

Analyses de laboratoire

13. Des tests tels que la FSC avec formule leucocytaire, la VSG et le taux de protéine C-réactive, peuvent être utiles lorsqu'on soupçonne une infection ou un néoplasme[16].

Tableau 5. Imagerie diagnostique chez les patients souffrant de lombalgie[14,24-26]

Modalité	Indication
Radiographie	Patients souffrant d'une lombalgie aiguë et présentant des facteurs de risque importants de cancer : • Nouvelle apparition d'une lombalgie avec antécédents de cancer. • Facteurs de risque multiples de cancer ou fort soupçon clinique. Après quatre à six semaines de traitement conservateur contre la lombalgie chez des patients : • présentant des facteurs de risque mineurs de cancer : perte de poids inexpliquée, âge > 50 ans; • des facteurs de risque de spondylarthrite ankylosante : raideur matinale qui s'améliore avec l'activité physique, douleur alternant entre les deux fesses, réveil pendant la seconde partie de la nuit à cause de la dorsalgie; • des facteurs de risque de fracture par tassement vertébral : antécédent d'ostéoporose, utilisation de glucocorticoïdes, traumatisme important ou âge avancé (> 65 ans pour les hommes, > 75 ans pour les femmes). Dans la plupart des cas, les incidences antéropostérieures (AP) et latérales sont le premier choix, car les incidences obliques sont associées à une exposition accrue aux rayonnements.
IRM (Généralement préférée à la TDM dans la plupart des cas de lombalgie)	Patients présentant une lombalgie aiguë et : • des facteurs de risque d'infection spinale : apparition d'une nouvelle lombalgie avec fièvre et antécédents d'utilisation de drogue par voie intraveineuse ou infection récente (urinaire, cutanée); • des facteurs de risque du syndrome de la queue de cheval : nouvelle rétention urinaire, incontinence fécale ou anesthésie en selle; • des déficits neurologiques graves ou évolutifs. Après un essai de six semaines de physiothérapie +/- pharmacothérapie chez des patients présentant : • des signes/symptômes de radiculopathie : dorsalgie avec douleur à la jambe et atteinte de la racine nerveuse L4, L5 ou S1, ou résultat positif à l'élévation de la jambe tendue ou à l'élévation de la jambe tendue controlatérale; • des facteurs de risque ou des symptômes de sténose vertébrale symptomatique (douleur qui irradie vers la jambe, âge avancé ou pseudoclaudication) et qui sont candidats à une intervention chirurgicale.
Tomodensitométrie	Peut aider à visualiser les anomalies osseuses Indiquée pour les patients porteurs d'un implant magnétique/métallique ne se prêtant pas à l'IRM
Scintigraphie osseuse	Pour déceler les fractures, les infections ou les métastases osseuses, et les différencier des changements dégénératifs

PRISE EN CHARGE

Information et réassurance des patients

14. La plupart des patients souffrant d'une lombalgie non spécifique ont besoin (annexe 1) :
    - d'être rassurés au sujet du très faible risque de trouble sous-jacent grave;
    - d'être informés sur le cours naturel de la lombalgie – le délai de rétablissement (la plupart des patients constatent une amélioration en une à six semaines) et le risque de récurrences (25 % des patients présentent une récurrence dans l'année qui suit, et plus de 75 % des patients en présentent une durant leur vie);
    - de conseils sur l'auto-prise en charge (p. ex. compresses chaudes, activité physique selon les limites imposées par la douleur) et d'autres méthodes (p. ex. acupuncture, massage, manipulation vertébrale);
    - de recommandations les incitant à rester actifs et à poursuivre leurs activités habituelles, y compris le travail[9].

15. D'après un examen systématique/une méta-analyse (14 études, n = 4 872) en soins primaires, le fait de fournir aux patients de l'information précise permettait de les rassurer à court et à long terme et de réduire le nombre de visites en soins primaires motivées par une lombalgie, comparativement aux soins témoins habituels ou à l'information usuelle.
    Remarque : L'information des patients (sous formes verbale et imprimée) comprenait des discussions sur la nature bénigne de la lombalgie et le bon pronostic, des conseils les incitant à rester actifs, à participer à leur propre prise en charge et à reprendre graduellement leurs activités[27] (voir Renseignements généraux, points 8, 9; tableau 3 pour connaître les facteurs de risque de chronicité).

Traitement non pharmacologique (annexe 2)

16. Bien que les exercices et l'activité jouent un rôle important dans le traitement de la lombalgie (notamment la lombalgie chronique, voir l'annexe 2), nous ne disposons actuellement d'aucune recommandation quant à leur durée, à leur fréquence et au type précis d'exercices à effectuer. Toutefois, une approche raisonnable consiste à obtenir des conseils de la part d'un examinateur qualifié à propos d'exercices précis « adaptés aux besoins et aux intérêts des patients »[9].
    a) Les patients atteints d'une lombalgie chronique non spécifique préfèrent les exercices supervisés plutôt que de simples conseils à propos de la nécessité de faire de l'exercice; par ailleurs, ils sont plus susceptibles de faire des exercices si ces derniers sont adaptés à leurs préférences, à leur situation, à leur niveau de forme et à leur expérience antérieure en la matière[28].
    b) À cet égard, il pourrait être utile d'avoir des ressources prêtes pour les patients. Le tableau 6 présente des liens permettant de télécharger des dépliants et des ressources à l'intention des patients contenant de l'information sur la dorsalgie aiguë et chronique, ainsi que des exercices précis pouvant être passés en revue avec les patients.

Tableau 6. Exercices pour la lombalgie aiguë et chronique

Source	Détails
Towards Optimized Practice: http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/?sid=65&cpg_cats=90	Dépliants sur la lombalgie aiguë et chronique (en anglais).
Saskatchewan Spine Pathway Working Group: http://sasksurgery.ca/patient/spine.html	Vous trouverez à la section « Maintaining a Healthy Back: Recommendations » une série de dépliants sur les exercices adaptés au type de dorsalgie (p. ex., douleur dominante au dos ou aux jambes, douleur aggravée par la flexion ou l'extension) (en anglais).
HealthLink BC: https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/tr5948	Liste des exercices recommandés en fonction de la position qui soulage le plus la douleur, et liens vers une description détaillée de chaque exercice (en anglais).

17. Pour la lombalgie chronique, l'utilisation d'exercices du contrôle moteur (axés sur le rétablissement de la coordination, le contrôle et la force des muscles qui contrôlent et soutiennent la colonne vertébrale) est appuyée par des preuves de niveau faible à modéré (voir l'annexe 2). Les patients inscrits aux études sur cette modalité étaient généralement atteints de lombalgie depuis au moins trois mois[29].

18. Les recherches à l'appui de la manipulation vertébrale pour le traitement de la lombalgie aiguë ont donné des résultats mitigés et sont de faible qualité. Comparativement au traitement actif (exercices ou physiothérapie), on ne note aucune différence quant à la douleur ou au fonctionnement à une semaine et jusqu'à un an, mais il se peut que la douleur s'atténue à trois mois comparativement au traitement passif[23].

19. On peut envisager d'autres options pour le traitement de la lombalgie chronique, par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (voir ci-dessous), l'acupuncture, les massages, le tai-chi et le yoga[23]. Voir l'annexe 2 pour une liste détaillée des options et des niveaux de preuves à leur appui.

20. La TCC individuelle classique n'est pas réalisable dans de nombreuses provinces à cause du manque d'accès, de disponibilité et de moyens financiers. Les interventions en ligne pourraient donc être envisageables. Un examen systématique (9 études comparatives randomisées, n = 1 796 participants souffrant de lombalgie chronique) a révélé que :
    a) La TCC en ligne pourrait être efficace pour atténuer le catastrophisme (attitude irrationnelle qui consiste à percevoir une situation comme pire qu'elle ne l'est réellement) et améliorer les attitudes des patients à l'égard de la lombalgie, notamment si elle est assortie d'un suivi par téléphone ou courriel. Aucune étude n'a montré de différences significatives quant à l'intensité de la douleur.
    b) Les autres interventions en ligne avec fonctionnalités interactives (p. ex. courriel ou clavardage) peuvent réduire l'incapacité à court terme (à six mois) et améliorer l'autonomie/le sentiment de contrôle du patient[30].

    Remarque : Les auteurs ont noté de nombreuses lacunes méthodologiques telles que la petite taille des échantillons, l'absence d'insu dans certaines études et l'hétérogénéité importante dans les populations incluses, ainsi que des faiblesses quant à l'administration, au format et à la durée des interventions.

21. L'utilisation de produits à base de plantes pour le traitement de la lombalgie a fait l'objet d'un examen Cochrane (14 études comparatives randomisées, n = 2 050). Les traitements à base de plantes comprenaient *Capsicum frutescens* (cayenne), la griffe du diable, l'écorce de saule blanc, *Brazilian arnica*, l'huile essentielle de lavande et la consoude. La plupart des études ont comparé les produits à base de plantes avec un placebo. L'efficacité de la griffe du diable (50 à 100 mg) et du saule blanc (120 à 240 mg) s'est avérée semblable à celle d'une dose quotidienne de 12,5 mg de rofécoxib (qui n'est plus commercialisé) lors d'études de qualité faible à modérée[31]. En général, le cayenne topique semblait l'option la plus efficace pour le soulagement de la douleur (5 études comparatives randomisées, n = 956). Les autres agents se sont aussi avérés efficaces, mais les données à leur sujet étaient beaucoup plus limitées. Les auteurs n'ont pas pu regrouper les résultats en raison du manque de données et de l'hétérogénéité clinique, mais deux études sur le cayenne sont décrites en détail ci-dessous :
    a) Lors d'une étude (n = 154 participants souffrant de lombalgie chronique), l'utilisation d'un timbre adhésif de cayenne pendant trois semaines a diminué de 38,5 % les scores de la douleur totale par rapport à 28 % dans le groupe placebo (p = 0,002)[32].
    b) Lors d'une seconde étude (n = 281 participants souffrant de douleur chronique aux tissus mous, y compris la lombalgie), l'utilisation d'une crème de capsicum (8 %) pendant trois semaines a entraîné une diminution de 49 % des scores de la douleur totale dans le groupe appliquant le cayenne par rapport à 23 % dans le groupe placebo (p = 0,006)[33].

    Dans l'ensemble, l'application de cayenne topique peut être une option à court terme (3-4 semaines) pour les patients présentant des exacerbations aiguës de la lombalgie chronique. Aucun effet indésirable significatif n'a été rapporté[31].

Traitement pharmacologique (annexe 3)

22. Pour la lombalgie non liée au cancer, la plupart des douleurs sont nociceptives ou neuropathiques. L'annexe 3 décrit les recommandations concernant la sélection de traitements séquentiels pour ces deux types de douleur.

23. Bien que l'acétaminophène ait souvent été utilisé pour la lombalgie, les preuves à son appui sont de faible qualité pour la lombalgie chronique et aiguë et, notamment, chronique. Les AINS sont appuyés par de meilleures preuves, mais leurs effets secondaires sont importants (voir l'annexe 3).

24. Les traitements de la lombalgie aiguë doivent être envisagés sur une durée limitée (plusieurs jours à une semaine, rarement jusqu'à un mois) et doivent faire l'objet d'une étroite surveillance. Il faut faire savoir aux patients que les médicaments pourraient ne pas leur procurer un soulagement complet de la douleur – c'est particulièrement le cas de la lombalgie chronique pour laquelle une réduction de 30 à 40 % de la douleur est considérée comme un succès[9]. Lorsqu'un médicament n'améliore pas la douleur ou le fonctionnement, il faut graduellement diminuer sa dose et l'arrêter.

25. Les données à l'appui de l'utilisation de la marijuana/du cannabis séché pour le traitement de la lombalgie non spécifique aiguë, subaiguë et chronique sont insuffisantes; par ailleurs, les répercussions à long terme de l'utilisation de la marijuana pour la douleur chronique restent inconnues[9,34].

26. Les opioïdes peuvent être envisagés pour les patients souffrant d'une lombalgie chronique, mais ils sont envisagés en dernier recours (annexe 3). Leur utilisation suscite la controverse en raison du manque de données probantes montrant leur efficacité à long terme chez ces patients[9].
Remarque : Pour en savoir plus sur la prescription des opioïdes, veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Opioïdes : les défis de la prescription et de la prise en charge » (2011), offert en ligne à l'adresse : https://members.fmpe.org/.

27. Les données ne sont pas concluantes pour permettre de recommander ou de déconseiller les injections épidurales de stéroïdes guidées par imagerie pour les patients présentant une radiculopathie persistant depuis plus de six semaines, et n'ayant pas répondu à des traitements non interventionnels. Les patients ayant obtenu une amélioration du fonctionnement et un soulagement de la douleur par cette méthode pourraient bénéficier d'une injection de suivi après trois mois[9].

PRÉVENTION DES SURVENUES/RÉCURRENCES

Information des patients (voir aussi le tableau 6)

28. Il est recommandé d'offrir aux patients de l'information sur la prévention des dorsalgies et les soins requis pour avoir un dos en bonne santé. L'information fondée sur des modèles biomédicaux ou biomécaniques « peut refléter des messages négatifs sur la dorsalgie et n'est pas recommandée »[9].

Exercices

29. Un examen systématique/une méta-analyse (23 études, n = 30 850) a révélé que les exercices seuls ou combinés à l'information des patients étaient utiles pour la prévention primaire et secondaire de la lombalgie.
    a) Les exercices combinés à l'information des patients ont réduit le risque d'apparition d'un épisode de lombalgie (RR : 0,55; IC à 95 % : 0,50-0,74) [preuves de niveau modéré].
    b) Les exercices peuvent en soi réduire le risque d'apparition d'un épisode de lombalgie (RR : 0,65; IC à 95 % : 0,50-0,86) et le recours au congé de maladie (RR : 0,22; IC à 95 % : 0,06-0,76) [preuves de niveau faible à très faible][35].

    Remarque : Types d'exercices effectués lors des études :
    - Renforcement musculaire de la région centrale, des muscles des jambes et des muscles entre la partie supérieure du corps et le bassin.
    - Exercices d'étirement des muscles du mollet, des ischiojambiers, du muscle droit fémoral et des muscles fléchisseurs de la hanche.
    - Conditionnement physique : endurance aérobie et entraînement en force musculaire et en endurance[35].

30. D'après un examen Cochrane (9 études, n = 1 520), les exercices de la phase de traitement post-aiguë étaient plus efficaces que l'absence d'intervention pour ce qui était de la diminution du taux de récurrence de lombalgie à un an (ratio de risque : 0,50; IC à 95 % : 0,34-0,73) [preuves de niveau modéré]. Selon les auteurs, le type de programme d'exercices « était difficile à préciser, car son contenu variait selon les études et n'était pas corrélé aux résultats. Par conséquent, tout exercice général tel que les étirements, le renforcement musculaire, l'entraînement en endurance et l'enseignement de la posture, pourrait convenir »[36].
Remarque : Les participants comprenaient des hommes et des femmes adultes, âgés de 18 ans ou plus, qui présentaient ou avaient déjà présenté au moins un épisode de lombalgie non spécifique.

Modification du mode de vie

31. Bien que l'obésité et le tabagisme soient associés à une prévalence accrue de lombalgie, les recommandations visant la perte de poids ou l'abandon du tabagisme dans le but de réduire l'apparition ou la récurrence de la douleur ne sont pas appuyées par des données probantes concluantes[9].

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Chez la plupart des patients, la lombalgie aiguë se résout en une à six semaines. Seule une minorité de patients présentent ensuite une lombalgie chronique.
- Les signes d'alarme et les facteurs de risque de chronicité doivent être écartés dans le cadre d'une anamnèse et d'un examen physique.
- Chez les patients souffrant de lombalgie aiguë ou chronique et ne présentant pas de signes d'alarme, les examens d'imagerie sont inutiles.
- Un vaste éventail de traitements peuvent être envisagés. L'acétaminophène n'est plus la recommandation de première intention pour la lombalgie chronique.
- Il est essentiel d'informer et de rassurer les patients.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Patrick, âgé de 23 ans

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir?

L'anamnèse et l'examen physique seraient importants pour évaluer/écarter les signes d'alarme et les facteurs de risque de chronicité (annexe 1).

Pendant l'anamnèse (Renseignements généraux, point 3), il faudrait interroger le patient au sujet :

- de tout épisode antérieur de dorsalgie
- de tout symptôme intestinal ou vésical ou de toute faiblesse/tout engourdissement de la jambe droite
- du profil de sa douleur au dos et à la jambe : laquelle de ces douleurs est plus forte? Suit-elle un profil métamérique? Dépend-elle de l'heure de la journée? Est-elle aggravée ou atténuée par certains facteurs? Y a-t-il une raideur matinale?
- de l'état de santé général, d'une perte de poids
- de tout problème de santé mentale
- de la prise de tout médicament ou de drogue illicite
- des facteurs de risque de chronicité, s'il y a lieu (Renseignements généraux, point 8; tableau 3; annexe 1).

Conseil clinique

Chez un patient décrivant une douleur constante, vous pourriez demander : « Sur une période de 24 heures, y a-t-il un moment durant lequel vous n'avez aucune douleur? »

Un examen physique pourrait comprendre (Renseignements généraux, point 5) :

- un examen du dos incluant la colonne vertébrale de Patrick et sa posture, l'amplitude du mouvement, la palpation de la colonne vertébrale et des structures paravertébrales
- un examen abdominal, bien qu'à son âge la probabilité d'une douleur irradiante soit faible, à condition que son anamnèse ne révèle rien de particulier
- un test de la jambe tendue, un examen neurologique complet et une palpation des pouls pédieux – en raison de ses symptômes radiculaires

Deuxième partie

Quelle serait votre stratégie de prise en charge à ce stade, et que répondriez-vous aux demandes de Patrick?

Étant donné que Patrick ne présente aucun signe d'alarme (tableau 1; annexe 1), vous pourriez le rassurer au sujet du très faible risque d'un trouble sous-jacent grave, et lui dire que son état s'améliorera probablement dans un délai d'une à six semaines (Renseignements généraux, point 14). Vous pourriez lui prescrire un programme d'exercices à domicile et lui conseiller d'éviter toute activité physique qui exacerbe sa douleur. Il pourrait être utile de passer en revue avec Patrick les dépliants décrits au tableau 6. Des compresses chaudes pourraient soulager Patrick (annexe 2). Il conviendrait de passer en revue les médicaments qu'il prend pour vérifier son observance, maximiser la dose d'AINS et possiblement ajouter un relaxant musculaire (annexe 3). Il faudrait veiller à ce qu'il évite de boire de l'alcool s'il prend des AINS ou des relaxants musculaires.

Patrick présente certains facteurs de risque de chronicité – il trouve que l'activité lui est néfaste et il est sédentaire depuis l'apparition de la douleur (tableau 3). Il serait donc important de le rassurer en lui disant qu'il reprendra ses activités habituelles, et de l'encourager à faire de l'activité physique dans les limites permises par sa douleur (Renseignements généraux, points 9, 14).

Patrick pourrait envisager de consulter d'autres professionnels pour savoir quels exercices précis favoriseraient sa mobilité (Renseignements généraux, points 16-18; annexe 2).

Au sujet de sa demande d'examen d'imagerie, vous pourriez suivre les conseils pour la discussion ci-dessous pour expliquer pourquoi les examens d'imagerie ne conviennent pas.

Conseils pour la discussion

- La plupart des personnes souffrant d'une lombalgie ressentent une amélioration en l'espace d'une à six semaines, qu'elles passent un examen d'imagerie ou non.
- Les tests d'imagerie comme les radiographies et les tomodensitométries vous exposent à des rayonnements qui peuvent augmenter votre risque de cancer.
- Ces tests révèlent souvent des affections vertébrales sans aucun lien avec la lombalgie, lesquels pourraient ne jamais causer de problèmes. Ces affections peuvent malgré tout vous inquiéter et aboutir à des démarches inutiles comme des tests et des rendez-vous de suivi, ou même des injections ou une intervention chirurgicale.

Source : Les examens d'imagerie pour les douleurs au bas du dos : À quel moment devez-vous passer ces examens? Choisir avec soin, 2014. Disponible à l'adresse : https://choisiravecsoin.org/wp-content/uploads/2017/06/Low-Back-Pain-FR.pdf

Troisième partie

Quelle serait votre approche avec Patrick?

Il serait important de lui demander s'il a à nouveau soumis son dos à un stress à cause d'une activité en particulier, et de le réexaminer pour vérifier si son statut a changé, notamment en ce qui a trait aux signes d'alarme et aux facteurs de risque de chronicité (tableaux 1, 3; annexe 1).

Vous pourriez l'interroger sur sa physiothérapie – il se peut qu'il n'obtienne pas de résultats s'il ne l'a pas suivie suffisamment longtemps ou s'il ne fait pas les exercices thérapeutiques à domicile.

Enfin, il serait raisonnable d'envisager d'orienter Patrick vers un examen d'IRM, car sa radiculopathie a persisté pendant huit semaines malgré le traitement; mais compte tenu de son amélioration globale, il conviendrait de poursuivre la prise en charge conservatrice (tableau 5).

Cas numéro 2 : Daniel, âgé de 65 ans

Comment procéderiez-vous?

Compte tenu de son âge, de la durée de sa douleur et de sa sensibilité osseuse, un examen d'imagerie serait indiqué. Au minimum, une radiographie serait justifiée vu son tableau clinique, mais vous pourriez opter directement pour l'IRM (selon la disponibilité de cet examen) pour écarter la sténose vertébrale ou d'autres diagnostics plus sombres tels que les tumeurs malignes (tableau 5; annexe 1).

En attendant l'examen d'imagerie, vous pourriez commencer par lui prescrire des exercices thérapeutiques (tableau 6; annexe 2) et une analgésie – acétaminophène (plus sûr) ou AINS à court terme (meilleures données probantes, mais risque accru) avec ou sans relaxant musculaire (annexe 3). Il faudrait surveiller sa tension artérielle pendant qu'il prend des AINS s'il opte pour ces agents. Il serait important de vérifier les répercussions de la douleur sur son fonctionnement à l'aide de l'outil BPI-sf (Renseignements généraux, point 4).

Deuxième partie

De quelles stratégies de prise en charge discuteriez-vous avec Daniel?

Il existe d'innombrables options à envisager, tant pharmacologiques que non pharmacologiques (annexes 2, 3) La TCC en ligne (Renseignements généraux, point 20) pourrait être utile pour Daniel. Un autre examen BPI-sf (Renseignements généraux, point 4) pourrait être effectué quelques mois plus tard afin d'évaluer l'efficacité du traitement par la suite.

Cas numéro 3 : Julie, âgée de 35 ans

Comment évalueriez-vous la situation afin d'éviter d'autres crises?

Vous pourriez essayer de déterminer si le milieu professionnel de Julie est un facteur influant sur sa dorsalgie : est-ce qu'elle soulève des objets lourds, est-ce qu'elle effectue des torsions ou des flexions? Dans l'affirmative, ses activités professionnelles pourraient-elles être modifiées? Une évaluation ergonomique (si possible) pourrait être utile.

Malgré le manque de données probantes permettant de déterminer le type d'exercice convenant à Julie, vous pourriez discuter d'exercices généraux tels que des étirements, des renforcements, un entraînement en endurance et l'enseignement de la posture (Renseignements généraux, points 29, 30; annexe 2). Elle pourrait être plus susceptible de suivre régulièrement un programme d'exercices si ce dernier convient à son niveau d'endurance, à ses préférences et à son expérience antérieure (Renseignements généraux, point 16). Il pourrait être utile de passer en revue certains exercices/ressources décrits au tableau 6.

Bien que son IMC soit légèrement élevé, les données probantes ne permettent pas de recommander une perte de poids dans le but de prévenir spécifiquement la lombalgie (Renseignements généraux, point 31).

En matière d'auto-prise en charge, vous pourriez conseiller à Julie d'avoir à sa portée de l'ibuprofène en vente libre et des relaxants musculaires (s'ils l'ont déjà soulagée pendant des exacerbations aiguës) pour traiter les futurs épisodes, pour autant que les signes d'alarme soient absents. Elle pourrait essayer une crème ou un timbre adhésif contenant du *Capsicum frutescens* (cayenne) (Renseignements généraux, point 21).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteur :
Alexandre Motard, M.D., CCMF
Médecin de famille
Montreal, Québec

Réviseurs :
Brian Drew, M.D., FRCSC
Chirurgien orthopédique
Université McMaster
Hamilton, Ontario

C. Edward Findlay, D.O., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Professeur adjoint en clinique, médecine familiale
Université de Calgary
Calgary, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Coordonnateur, Développement des modules :
Brian Thode, B.A., M.A.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Dawid Martyniak (London, Ontario) et Melissa Vyvey (Ottawa, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Katharine Johns (Calgary, Alberta) et Caitlin Laughlin (Edmonton, Alberta), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Alexandre Motard, Brian Drew, Edward Findlay, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2017.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes à : https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue — McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinions d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html
2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm
3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines:3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Devereaux MW. Low back pain. *Primary care.* Mar 2004;31(1):33-51.
2. Margarido Mdo S, Kowalski SC, Natour J, Ferraz MB. Acute low back pain: diagnostic and therapeutic practices reported by Brazilian rheumatologists. *Spine.* Mar 01 2005;30(5):567-571.
3. Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *Journal of manipulative and physiological therapeutics.* Sep 2001;24(7):433-439.
4. van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best practice & research. Clinical rheumatology.* Dec 2002;16(5):761-775.
5. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003;81(9):646-656.
6. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis and rheumatism.* Oct 2009;60(10):3072-3080.
7. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ (Clinical research ed.).* Jun 17 2006;332(7555):1430-1434.
8. Golob AL, Wipf JE. Low back pain. *The Medical clinics of North America.* May 2014;98(3):405-428.
9. Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline 2015. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801.
10. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.).* Dec 11 2013;347:f7095.
11. Deyo RA, Diehl AK. Lumbar spine films in primary care: current use and effects of selective ordering criteria. *Journal of general internal medicine.* Jan-Feb 1986;1(1):20-25.
12. Song CY, Lin SF, Huang CY, Wu HC, Chen CH, Hsieh CL. Validation of the Brief Pain Inventory in Patients With Low Back Pain. *Spine.* Aug 01 2016;41(15):E937-942.
13. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *Jama.* Apr 07 2010;303(13):1295-1302.
14. Goertz CM, Thorson D, Bonsell J, et al. *Adult acute and subacute low back pain.* 2012.
15. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA. Evaluation of Low Back Pain in Adults. *UpToDate.* 2017.
16. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *American family physician.* Feb 15 2012;85(4):343-350.
17. Srinivas SV, Deyo RA, Berger ZD. Application of "less is more" to low back pain. *Archives of internal medicine.* Jul 09 2012;172(13):1016-1020.
18. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* Feb 07 2009;373(9662):463-472.
19. Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology.* Nov 2005;237(2):597-604.
20. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.).* Feb 17 2001;322(7283):400-405.
21. Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *Jama.* Jun 04 2003;289(21):2810-2818.
22. Lurie JD, Birkmeyer NJ, Weinstein JN. Rates of advanced spinal imaging and spine surgery. *Spine.* Mar 15 2003;28(6):616-620.
23. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine.* Apr 04 2017;166(7):514-530.
24. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine.* Feb 01 2011;154(3):181-189.
25. Lateef H, Patel D. What is the role of imaging in acute low back pain? *Current reviews in musculoskeletal medicine.* Jun 2009;2(2):69-73.
26. Wong AY, Karppinen J, Samartzis D. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. *Scoliosis and spinal disorders.* 2017;12:14.
27. Traeger AC, Hubscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine.* May 2015;175(5):733-743.
28. Slade SC, Patel S, Underwood M, Keating JL. What are patient beliefs and perceptions about exercise for nonspecific chronic low back pain? A systematic review of qualitative studies. *The Clinical journal of pain.* Nov 2014;30(11):995-1005.

29. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, et al. Motor Control Exercise for Nonspecific Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine.* Aug 15 2016;41(16):1284-1295.

30. Garg S, Garg D, Turin TC, Chowdhury MF. Web-Based Interventions for Chronic Back Pain: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research.* Jul 26 2016;18(7):e139.

31. Gagnier JJ, Oltean H, van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C, Robbins CB. Herbal Medicine for Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine.* Jan 2016;41(2):116-133.

32. Keitel W, Frerick H, Kuhn U, Schmidt U, Kuhlmann M, Bredehorst A. Capsicum pain plaster in chronic non-specific low back pain. *Arzneimittel-Forschung.* Nov 2001;51(11):896-903.

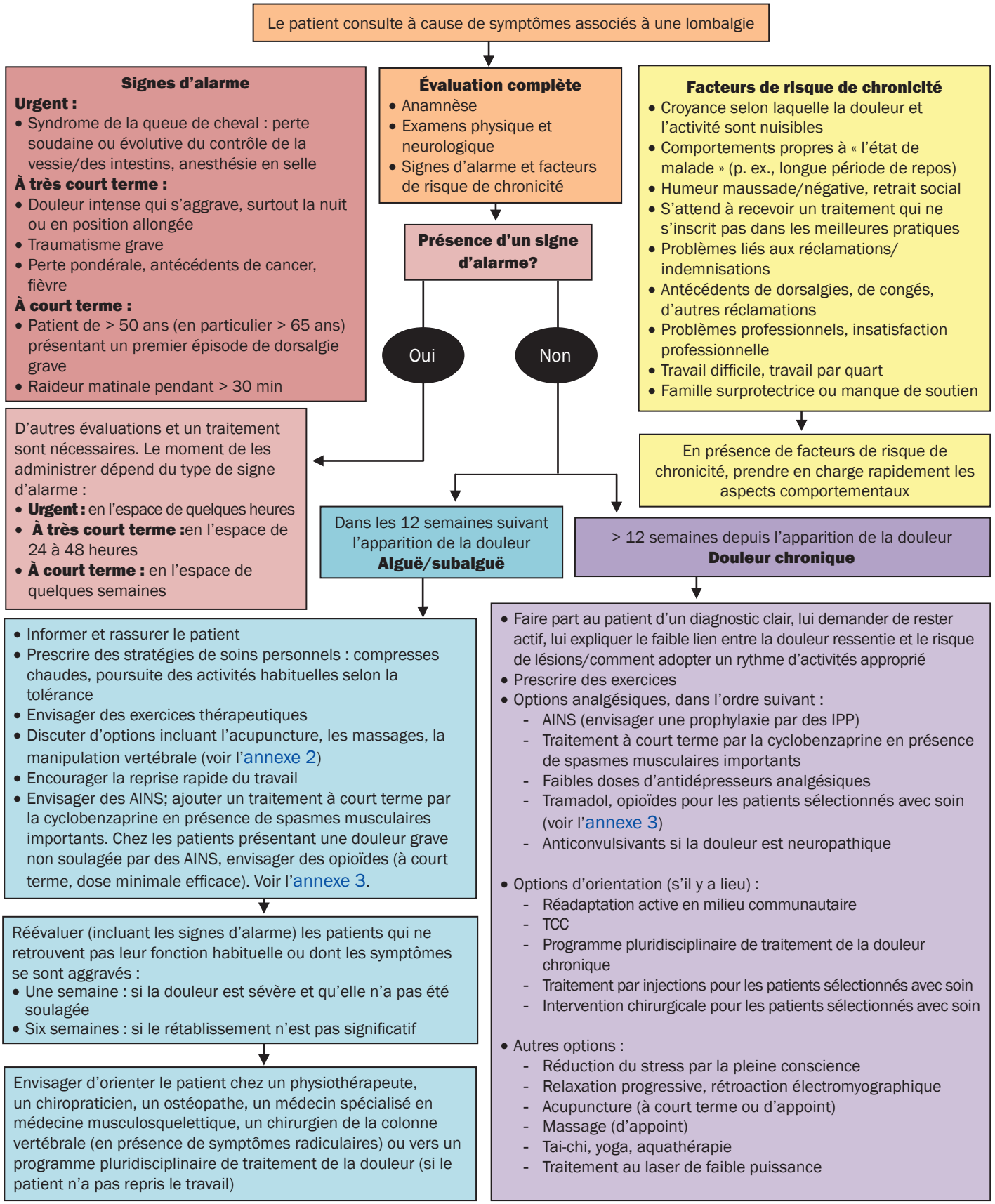
33. Chrubasik S, Weiser T, Beime B. Effectiveness and safety of topical capsaicin cream in the treatment of chronic soft tissue pain. *Phytotherapy research : PTR.* Dec 2010;24(12):1877-1885.

34. Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Zoheiry N, Lakha SF. Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic noncancer pain: Systematic review of randomized controlled trials. *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* Aug 2015;61(8):e372-381.

35. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine.* Feb 2016;176(2):199-208.

36. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews.* Jan 20 2010(1):CD006555.

ANNEXE 1. Prise en charge de la lombalgie chez l'adulte



Sources : 1) Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline 2015. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice. Available from: http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801.; **2)** Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Annals of internal medicine. Apr 04 2017;166(7):514-530.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Lombalgie aiguë et chronique : traitement non pharmacologique

Intervention	Efficacité et commentaires	NP
Lombalgie aiguë		
Exercices	Résultats inconstants (p/r à l'absence d'exercices ou aux soins habituels)	Modéré
Compresses chaudes : coussinets, compresses ou couvertures*	Douleur et fonctionnement : effet modéré, immédiat (p/r au placebo) L'ajout d'exercices atténue davantage la douleur à sept jours	Modéré
Acupuncture	Douleur : léger effet (p/r au traitement fictif) Semble être associée à peu d'effets secondaires, mais les preuves sont limitées.	Faible
Massage	Douleur : léger effet seulement lors du suivi à court terme – une semaine (p/r au traitement fictif)	Faible
Manipulation vertébrale	Douleur et fonctionnement : léger effet à un et à trois mois (p/r au traitement passif) Peut être administrée par un physiothérapeute, un chiropraticien, un ostéopathe ou un médecin spécialisé en médecine musculosquelettique Le risque de complications graves est faible Contre-indiquée chez les patients atteints d'une déficience neurologique grave ou évolutive	Faible à modéré
Lombalgie chronique		
Gymnastique rééducative Options : marche, exercices en groupe, aquathérapie	Douleur et fonctionnement : léger effet (p/r à aucun exercice) Douleur et fonctionnement : léger effet (p/r aux soins habituels) – les effets étaient inférieurs lors du suivi à long terme Encourager le patient à commencer par des exercices légers et à augmenter graduellement l'intensité selon sa tolérance à la douleur.	Modéré
Réduction du stress par la pleine conscience	Douleur et fonctionnement : léger effet (p/r aux soins habituels)	Modéré
Acupuncture	Douleur et fonctionnement : effet modéré (p/r au traitement fictif) À recommander comme traitement à court terme ou d'appoint. Aucun effet indésirable grave rapporté; fréquence d'effets indésirables mineurs : 5 %	Modéré
Massage	Douleur et fonctionnement : léger effet à court terme (p/r aux autres interventions non pharmacologiques). Résultats supérieurs lorsqu'il est combiné à une autre intervention (exercice, information du patient, soins habituels)	Modéré
Exercice du contrôle moteur (physiothérapie)	Douleur : effet modéré lors du suivi à court, à moyen et à long termes (p/r à la physiothérapie placebo, à l'information ou aux conseils, ou à aucun traitement) L'exercice vise à rétablir la coordination, le contrôle et la force des muscles contrôlant et soutenant la colonne vertébrale. Généralement administrés en séances individuelles	Faible à modéré
Tai chi	Douleur : effet modéré; fonctionnement : léger effet (p/r à une liste d'attente ou à l'absence de tai-chi)	Faible
Yoga (p/r aux soins habituels ou exercices)	Douleur et fonctionnement : effet modéré à 24 semaines L'étude portait sur le yoga Iyengar : postures permettant de développer la force, la mobilité et la stabilité. Il est essentiel de trouver un instructeur qui possède une expérience de l'enseignement auprès de personnes souffrant de lombalgie afin de prévenir d'autres lésions	Faible
Relaxation progressive	Douleur et fonctionnement : effet modéré (p/r à une liste d'attente)	Faible
Rétroaction électromyographique	Douleur : effet modéré (p/r à une liste d'attente)	Faible
TCC	Douleur : effet modéré (p/r à une liste d'attente)	Faible
Manipulation vertébrale	Douleur : léger effet (p/r au traitement passif)	Faible
TLFP	Douleur et fonctionnement : léger effet (p/r au laser fictif)	Faible

EMG : électromyographie; NP : niveau de preuves; TCC : thérapie cognitivo-comportementale; TLFP : traitement au laser de faible puissance
* Conseiller aux patients d'éviter d'appliquer de la chaleur directement sur la peau et de ne pas l'appliquer pendant plus de 15 à 20 minutes.

Sources : 1) Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of P. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine.* Apr 04 2017;166(7):514-530.; **2)** Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline 2015. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801.; **3)** Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *The Cochrane database of systematic reviews.* Sep 01 2015(9):CD001929.; **4)** Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, et al. Motor Control Exercise for Nonspecific Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine.* Aug 15 2016;41(16):1284-129

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Lombalgie aiguë et chronique : pharmacothérapie

	Médicaments	Posologie	Efficacité/commentaires	Effets secondaires, précautions, contre-indications	Coût/ 30 jours
1re intention	**AINS :** Ibuprofène Diclofénac Naproxène (Efficacité équivalente lors des essais de comparaison directe)	400 mg – 800 mg 3 f.p.j. Jusqu'à 50 mg 2 f.p.j. 375 mg – 500 mg 2 f.p.j., 220 mg 2-3 f.p.j. (en vente libre)	**Aiguë –** douleur : léger effet [preuves de niveau modéré]; fonctionnement : léger effet [preuves de niveau faible] **Chronique –** douleur : effet léger à modéré [preuves de niveau modéré]; fonctionnement : aucun effet ou effet léger [preuves de niveau faible] Remarque : la durée moyenne du suivi était de 56 jours	Risque de complications GI – prophylaxie par des IPP chez les patients de > 45 ans Troubles de la coagulation À plus long terme : risque accru d'épisodes liés à une MCV	10 $ – 18 $
	Acétaminophène	650 mg – 1 000 mg 4 f.p.j. Max. – aiguë : 4 g/jour; chronique : 3 g/jour	**Aiguë –** (douleur et fonctionnement : aucun effet [preuves de niveau faible]; option pour la douleur légère **Chronique –** preuves insuffisantes. Non indiqué	Négligeables Plus sûr que les AINS, mais les doses plus élevées peuvent augmenter les taux d'enzymes hépatiques	20 $
	Relaxant musculaire (cyclobenzaprine)	5 mg – 10 mg 3 f.p.j. Utiliser la plus faible dose pendant le moins de temps possible (≤ 2 semaines)	**Aiguë** pour les spasmes musculaires importants) **–** douleur : léger effet [preuves de niveau modéré]. L'avantage est maximal pendant la première semaine **Chronique –** preuves insuffisantes. Non indiqué	Effets secondaires anticholinergiques : sédation, sécheresse buccale Toxicité hépatique si ces agents sont utilisés à long terme ou avec l'acétaminophène	28 $ – 47 $
2e intention	**Antidépresseurs** IRSN : Duloxétine	30 mg – 90 mg par jour	**Aiguë –** non indiqué **Chronique –** douleur et fonctionnement : léger effet [preuves de niveau modéré]	Nausées, sécheresse buccale, somnolence, fatigue, constipation, perte d'appétit, sudation	15 $ – 26 $
	ATC : Amitriptyline Nortriptyline	10 mg – 150 mg au coucher 10 mg – 150 mg au coucher Commencer avec une faible dose, augmenter la dose lentement (utilisation non indiquée)	**Aiguë –** non indiqués **Chronique –** douleur : aucun effet [preuves de niveau modéré]; se sont avérés efficaces pour d'autres douleurs chroniques; utiles pour les troubles du sommeil	Effets secondaires anticholinergiques : sécheresse buccale, hypotension, somnolence, confusion, constipation, rétention urinaire, gain pondéral, arythmie possible Nortriptyline, désipramine mieux tolérées	18 $ – 43 $
3e intention	**Opioïdes** Codéine Codéine LC	Douleur chronique : équivalents de ≤ 50 mg de morphine recommandés	**Aiguë –** envisager la codéine chez des patients souffrant de douleur aiguë grave non soulagée par les AINS et sélectionnés avec soin. Utiliser la dose minimale efficace pendant < 1-2 semaines **Chronique –** jusqu'à 30 % des patients n'en bénéficieront pas (faible taux de conversion de la codéine à la morphine)	Constipation, nausées, effets secondaires sur le SNC	40 $ – 70 $
4e intention	Tramadol	Max. : 400 mg/jour Augmentation graduelle de la dose, puis passer à un produit à LC	**Aiguë –** non recommandée **Chronique –** douleur : effet modéré à court terme [preuves de niveau modéré]; fonctionnement : léger effet [preuves de niveau modéré] Tramadol + acétaminophène; tramadol LP : pas plus efficaces que les AINS	Étourdissements, somnolence, asthénie, plaintes GI, hypoglycémie possible Possède une activité ISRS : la prudence est de rigueur si on l'ajoute à des ATC/IRSN (syndrome sérotoninergique, allongement du segment QT)	185 $
5e intention	Préparations à longue durée d'action de : Sulfate de morphine Chlorhydrate d'hydromorphone Chlorhydrate d'oxycodone	Commencer par la dose la plus faible, dose maximale proposée : équivalents de 50 mg de morphine par jour	**Aiguë –** non recommandée **Chronique –** douleur et fonctionnement : effet léger à court terme [preuves de niveau modéré] Pas plus efficaces que les AINS, mais ils peuvent remplacer les AINS si ces derniers sont contre-indiqués	Constipation, nausées Hyperalgésie causée par les opiacés, changements endocriniens Évaluer le risque de dépendance et utiliser dans le cadre d'une entente relative aux opioïdes/fixer des limites claires**	50 $ – 132 $ 133 $ 160 $ – 220 $
1re* intention	**Anticonvulsivants** Gabapentine Prégabaline	300 mg – 600 mg 3 f.p.j. 75 mg – 300 mg 2 f.p.j.	• En présence d'une **douleur neuropathique,** avec atteintes MSQ • En présence de radiculopathie (faible avantage à court terme [preuves de niveau faible à très faible] Aucune étude sur la lombalgie aiguë Aucune preuve d'un avantage contre la lombalgie chronique non spécifique [preuves de niveau faible à très faible]	Somnolence, étourdissements, euphorie L'insuffisance rénale requiert un ajustement de la dose Une surveillance occasionnelle de la fonction rénale est indiquée	28 $ – 42 $ 38 $ – 48 $

* **UNIQUEMENT POUR LA DOULEUR NEUROPATHIQUE** ACP : American College of Physicians (voir la référence ci-dessous); LC : libération contrôlée; LP : libération prolongée; MSQ : musculosquelettique

** Pour de plus amples renseignements sur la prescription d'opioïdes, voir : Harrison, Christine. Opioïdes : les défis de la prescription et de la prise en charge. PGBP de la FÉMC; Hamilton. 2011; 19(1):1-16

Sources : **(1)** Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline 2015. http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801. **(2)** Regier L, Taillon P. Low Back Pain. *RxFiles.* 2017. http://www.rxfiles.ca; **(3)** Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine.* Apr 04 2017;166(7):514-530.; **(4)** Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, et al. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS medicine.* Aug 2017;14(8):e1002369.; **(5)** Regier L. Opioid analgesics. *RxFiles.* 2017. http://www.rxfiles.ca; **(6)** Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *The Cochrane database of systematic reviews.* Feb 10 2016;2:CD012087.; **(7)** Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ.* 2017;189(18):E659-E666. http://www.cmaj.ca/content/189/18/E659.full.pdf

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS – N'hésitez pas à faire une copie de cette page

Lombalgie chronique : ce que vous devez savoir

Quand la lombalgie est-elle considérée comme chronique?

Lorsque la douleur au bas du dos dure pendant plus de trois mois, elle devient une affection chronique – ce qui signifie qu'elle est persistante et généralement plus difficile à traiter. En fait, plus la douleur a duré longtemps, plus le risque qu'elle devienne un problème constant est élevé. Vous disposez toutefois de plusieurs options pour améliorer votre qualité de vie et reprendre vos activités habituelles. Le plus important est de vous concentrer sur votre fonctionnement dans la vie quotidienne.

Dois-je passer une radiographie ou des analyses de laboratoire?

La plupart des personnes souffrant de lombalgie n'ont pas besoin d'examens d'imagerie (comme des radiographies ou des IRM) ou d'analyses de laboratoire.

Que puis-je faire pour me sentir mieux?

- Restez actif – essayez de marcher et de faire des exercices en groupe ou des exercices aquatiques. Si vous choisissez une activité que vous aimiez auparavant, vous avez plus de chances de continuer à la faire. Il est préférable de commencer lentement et d'augmenter graduellement votre niveau d'activité. Si une certaine activité aggrave constamment votre douleur, consultez votre professionnel de la santé.
- Essayez des activités et des techniques pouvant vous aider à faire face à votre douleur – comme le yoga, le tai-chi, les massages et la relaxation progressive.
- Mais surtout, ne restez pas au lit! L'alitement peut vous causer plus de tort que de bien.

Dois-je prendre des médicaments contre la douleur?

- L'ibuprofène en vente libre (p. ex. Advil, Motrin) pourrait être utile.
- Un relaxant musculaire pourrait être ajouté à l'ibuprofène pendant une semaine environ si vous ressentez beaucoup de spasmes musculaires.
- Des analgésiques plus forts sont rarement nécessaires; au maximum, ils sont pris pendant quelques semaines.
- Vous pourriez essayer un timbre adhésif ou une crème de *Capsicum frutescens* (cayenne, médicament à base de plantes), mais parlez-en toujours à votre professionnel de la santé avant de les utiliser.

Vous pourriez avoir besoin d'une association de modalités pour calmer votre douleur. Aussi, il se peut que certains programmes de réadaptation et de traitement de la douleur soient offerts dans votre collectivité.

Où puis-je en apprendre plus sur la lombalgie chronique?

Vidéos (en anglais)

Living Well with Chronic Low Back Pain https://www.youtube.com/watch?v=B20hz2f2Sqk

Low Back Pain https://www.youtube.com/watch?v=BOjTegn9RuY

Brochure (en anglais)

Chronic Low Back Pain So Your Back Hurts… Learn what works, what doesn't, and how to help yourself http://www.ihe.ca (utilisez la fonction de recherche pour trouver la brochure)

Sources : (1) What You Should Know About Your Chronic Low Back Pain. Toward Optimized Practice, Institute of Health Economics, 2015.;
2) Chronic Low Back Pain: So Your Back Hurts… Learn what works, what doesn't. Toward Optimized Practice, Institute of Health Economics, 2015.