

- Gén:
- Env. 80 % de la population souffrent au moins 1x dans leur vie d'une lombalgie aiguë.
 - Chez 15 % des patients avec une lombalgie aiguë on trouve une cause bien définie.
 - La majorité des lombalgies est attribuée à des lésions musculaires ou ligamentaires ou à un dysfonctionnement du système neuromusculaire.
 - Chez les sujets > 55 ans, le risque de chronicité est 5x plus élevé.
 - Facteurs de mauvais pronostic:
 - Facteurs psychosociaux (= facteurs les plus déterminants!): anxiété, dépression, catastrophisme, kinésiophobie, insatisfaction professionnelle
 - Douleur hyperaiguë, ne permettant plus de bouger («détresse»)
 - Antécédents de lombalgie
 - Syndrome radiculaire, p. 1114
- Clin:
- Symptômes:
 - Forte douleur lombaire, empêchant toute ou une partie de la mobilité rachidienne (incl. la respiration profonde).
 - La lombalgie mécanique peut s'accompagner d'une irradiation de la douleur, mais il n'y a pas de déficit neurologique/radiculaire associé.
 - Signes cliniques:
 - Douleur à la palpation lombaire
 - Contracture musculaire paravertébrale importante → attitude posturale antalgique
 - Mobilité lombo-sacrée limitée
 - Pas de déficit neurologique!
 - Examen abdominal normal (pas de masse, pas de souffle vasculaire, loges rénales indolores, épigastre indolore, poulx des aa. fémorales symétriques)
 - Pas de signes d'irritation nerveuse (ex: manoeuvre de LASÈGUE normal, p. 603)
 - Une douleur mécanique de la fesse peut être référée d'une pathologie lombaire.

RED FLAGS: Éléments nécessitant des investigations avant de diagnostiquer une lombalgie mécanique commune

- Âge < 20 et > 50 ans
- Fièvre (DD: discite, processus inflammatoire)
- Lombalgie de type «inflammatoire» (et non pas mécanique)*
- Utilisation de drogues par voie parentérale
- Prise de corticoïdes (ostéoporose fracturaire)
- Trauma (fracture, tassement, listhésis)
- Antécédents de néoplasie (active ou non)
- Symptômes «B» (DD: tumeur): fièvre, transpiration nocturne, perte pondérale
- Déficit neurologique (sensitif, moteur):
 - Susp. de syndrome de la queue de cheval (incont. urinaire, anesthésie en selle)
 - Susp. de syndrome radiculaire (atteinte d'un dermatome)
 - Susp. d'une claudication neurogène sur sténose canalaire
- Douleur/syndrome radiculaire (avec irradiation dans un dermatome)
- Douleur viscérale/abdominale ou du flanc irradiant dans le dos (DD: dissection aortique)

Tableau 1: RED FLAGS en cas de lombalgie.

* Voir tableau 1 p. 1091

- Clas:
- Classification des douleurs lombaires:
 1. Lombalgies mécaniques communes (non compliquées)
 2. Lombalgies spécifiques, cf. diagnostic différentiel ci-après

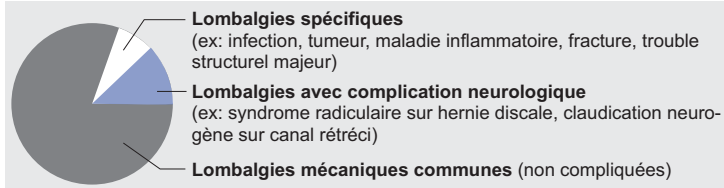


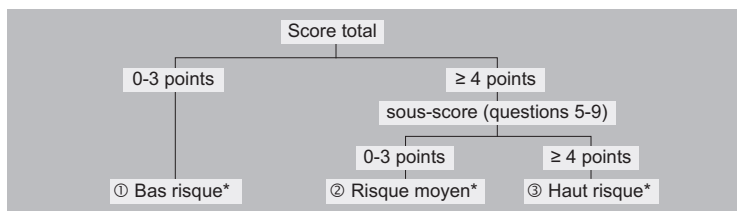
Schéma (fortement simplifié): Différents types de lombalgies.

- DD:
- Lombalgies mécaniques communes (non compliquées)
 - Lombalgies spécifiques:
 - Claudication neurogène sur canal lombaire rétréci (= pseudoclaudication): soulagement des douleurs en position assise et en penchant le haut du corps en avant.
 - Spondylolisthésis
 - Ostéomalacie
 - Fracture vertébrale (incl. provoquée par l'ostéoporose)

- Atteinte osseuse inflammatoire ou infectieuse:
 - Spondylarthropathie axiale
 - Spondylite (ex: brucellose, tuberculose), spondylodiscite bactérienne
 - Empyème épidual, abcès paraspinal
- Radiculopathie (irritation/lésion/compression de racines nerveuses):
 - Hernie discale (HD)
 - Radiculopathie infectieuse: herpès zoster, borréliose, autres
 - Tumeur osseuse (primaire/secondaire)
 - Hémorragie/hématome intracanalair
- Syndrome de la queue de cheval
- Maladie de PAGET
- Tumeur osseuse: myélome multiple, lymphome, sarcome, métastases
- Hyperparathyroïdie
- Pancréatite
- Cholécystite
- Pyélonéphrite, néphrolithiase
- Ulcère gastro-duodéal
- Prostatite, endométriose
- Anévrisme aortique (douleur référée!)
- «Pelvic inflammatory disease» (PID)

- Att: 1. Chercher les RED FLAGS (tableau 1 p. 1110) pour exclure une lombalgie secondaire.
 2. Évaluer le score «STart Back Screening Tool» (☛ www.keele.ac.uk/sbst/). Ce score validé sert à identifier les patients à haut risque de développer des lombalgies invalidantes:

STart Back screening tool (Keele University)	Non = 0 point Oui = 1 point
1 Mon mal de dos a irradié dans la/les jambe(s) à un certain moment ces 2 dernières semaines.	
2 J'ai ressenti des douleurs dans l'épaule ou dans le cou à un certain moment ces 2 dernières semaines.	
3 Ces 2 dernières semaines, j'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	
4 Ces 2 dernières semaines, je me suis habillé plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	
Sous-score (questions 5-9): identification du groupe à haut risque (si 4 ou 5 points)	
5 Il n'est vraiment pas prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être actif sur le plan physique. [→ craintivité]	
6 J'ai souvent été préoccupé par mon mal de dos ces 2 dernières semaines. [→ anxiété]	
7 Je pense que mon mal de dos est épouvantable et que ça n'ira jamais mieux. [→ catastrophisme]	
8 Ces 2 dernières semaines je n'ai pas profité de toutes les choses que j'avais l'habitude d'apprécier. [→ état dépressif]	
9 Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné pendant ces 2 dernières semaines? • Pas du tout ou légèrement ou modérément = 0 point • Beaucoup ou énormément = 1 point [→ impact global]	
TOTAL (max. 9 points; dont max. 5 venant des questions 5-9)	



Interprétation du «STart Back Screening Tool» (Keele University).

* Le risque se réfère à des lombalgies potentiellement invalidantes (voir ①, ② et ③ ci-après).

Possible attitude en tenant compte du «STart Back Screening Tool»:

- ① Patient à bas risque: La prise en charge par une information précise concernant la maladie est généralement suffisante (env. 45 min).
- ② Patients à risque moyen: idem ① + physiothérapie active classique
- ③ Patients à haut risque: idem ① + ② + soutien psychologique (par des physiothérapeutes spécifiquement formés ou à l'aide d'interventions multidisciplinaires).



3. Si suspicion de syndrome de la queue de cheval (p. 1116) → Tx chirurgical en urgence!
4. Bilan à discuter lors d'une suspicion de lombalgie secondaire:
 - FSC, plaquettes, INR, aPTT, VS, CRP, HLA-B27
 - Créatinine, urée, calcium, phosphate, protéines, phosphatase alcaline
 - Immunoélectrophorèse (sang et urines)
 - Analyse du LCR
 - Biopsies
 - Imagerie selon clinique
 - ± Sérologie des germes neurotropes: herpès (VZV, EBV, CMV), VIH, Borrélia, autres
5. Lombalgie primaire subaiguë (4-12 sem) et chronique (> 12 sem):
 - Réviser le diagnostic et investiguer en conséquence
 - Rechercher (et traiter) les facteurs psychosociaux de risque de chronicisation
6. Dépistage d'une spondylarthropathie en cas de lombalgies chroniques (≥ 3 mois) ayant débutée chez des patients < 45 ans, voir aussi p. 1145 (algorithme)

- Rx:
- L'imagerie lombaire n'est pas utile d'emblée en cas de lombalgie, étant donné que chez des personnes asymptomatiques (sans lombalgie) elle montre (!):
 - Discopathie dans 90 % de cas
 - Hernie discale dans 20-30 % des cas
 - Spondylarthrose dans 10-50 % des cas
 - Indications à une imagerie (selon diagnostic suspecté Rx standard, CT ou IRM):
 - RED FLAGS, cf. tableau 1 p. 1110
 - Évolution défavorable

Lombalgie aiguë

- Déf:
- Durée des lombalgies < 4 semaines.
- Gén:
- Dans la population qui consulte pour lombalgies, on note:
 - 60-70 % de guérison après 3 mois et 10-75 % de récurrence dans la 1^{ère} année.
 - Un arrêt de travail n'est pas toujours nécessaire (si nécessaire, aussi court que possible). Tenir compte de l'intensité de l'épisode, des capacités résiduelles et de l'adaptabilité du poste de travail.
 - La reprise du travail (avant la fin des douleurs....rester actif est thérapeutique!
- Rx:
- Une imagerie lombaire (IRM de préférence) est indiquée en présence d'au moins 1 RED FLAG, cf. tableau 1 p. 1110
- Tx:
- I. **Phase I - Traitement non médicamenteux**
 - Informer et rassurer sur la bénignité, l'évolution relativement longue, la réponse modeste au Tx médicamenteux.
 - Le repos au lit n'a aucun effet thérapeutique! Encourager le patient à rester aussi actif que possible (améliore le pronostic).
 - Instaurer le Tx non médicamenteux (ex: physiothérapie, ostéopathie, Tx chiropratique)

En pratique clinique

- Une réévaluation clinique après quelques jours d'évolution est nécessaire dans tous les cas!
- En cas de non réponse au traitement conservateur après 5-10 jours, il faut réévaluer le diagnostic. En cas de doute sur une lombalgie spécifique, compléter les investigations diagnostiques.

II. Phase II - Traitement médicamenteux (si évolution défavorable)

1. Analgésiques:

a) Traitement oral:

- Naproxène 500 mg bid-tid (= 1^{er} choix chez patients à risque cardio-vasculaire)
- Ibuprofène: selon galénique en 1-4x/j (max. 2.4 g/j)
- Acide méfénamique 500 mg bid-tid
- Diclofénac 50 mg bid-tid (max. 150-200 mg/j)
- Kétorolac 10 mg aux 4-6 h (durée maximale: Canada: 5 j; Suisse: 7 j)
- Novalgine 500-1000 mg aux 8 h (max. 4 g/j); pas disponible au Canada
- Remarque: l'Acétaminophène (Paracétamol) est controversé (pas supérieur au placebo): 325-650 mg aux 4-6 h ou 1 g tid-qid; dose max. 4 g/j

Si fortes douleurs ad. opioïde (mais efficacité limitée [NNT 3-4]; à manier avec prudence, attention à la dépendance des opioïdes!):

- Hydromorphone:
 - Formes à action rapide (caps 1.3 mg, 2.6 mg): 1.3-2.6 mg PO aux 4 h
 - Formes retard (caps retard 4, 8, 16, 24 mg): 4 mg PO aux 12 h
- Oxycodone:
 - Formes à action rapide (caps 5, 10, 20 mg; solution buvable {10 mg/mL}): initial 5-12 mg PO aux 4-6 h, puis ↑ au besoin.
 - Formes retard (co retard 5, 10, 20, 40, 80 mg): 10 mg PO bid, puis ↑ au besoin.

- Oxycodone/Naloxone TARGIN® (moins d'effets digestifs qu'un opioïde seul):
 - 1 co de 10 mg/5 mg (Oxycodone/Naloxone) PO aux 12 h, puis titrer. Tenir compte de:
 - si dosage > 80 mg/40 mg/j → effets 2nd ↑
 - si dosage > 160 mg/80 mg/j → pas d'effet analgésique supplémentaire.
 - Remarque: Le passage d'Oxycodone (en monothérapie) à TARGIN® peut se faire du jour au lendemain, sans adaptation de la dose (nombre de mg d'Oxycodone = nombre de mg d'Oxycodone dans le TARGIN®).

b) Traitement parentéral:

INFO: Le Tx parentéral n'est pas plus efficace que PO, mais il a plus d'effets 2nd.

- Kétorolac 10-30 mg **IM (IV)** q 4-6 h; max. 90 mg/j, durée max. du Tx 2 jours
- Diclofénac: 75 mg i.d. (max: 150 mg/j x 2 j, puis passage per os)
- Novalgine 500-1000 mg **IV** lent ou **IM** (2 mL = 1 g), max. 5 g/j

Si fortes douleurs ad. opioïde:

- Hydromorphone solution injectable: 1-3 mg **SC** q 3-4 h
- Morphine 2-5 mg **SC, IM, IV** q 3-6 h (**IV** en au moins 15 sec)

2. Myorelaxants

INFO: Env. 30 % des patients ne supportent pas les myorelaxants. Ils ont un fort effet sédatif. Si utilisés (ex: douleurs nocturnes) prescrire de préférence le soir.

a) Traitement oral:

Suisse:

- Tizanidine SIRDALUD® 2-4 mg bid; max. 36 mg/j
- Tolpérisone MYDOCALM® 150 mg tid-qid
- Baclofène 5-20 mg bid-qid (max. 80-120 mg/j)
- Diazépam 5-10 mg tid (peu utilisé, très sédatif et haut risque d'accoutumance)

Canada:

- Cyclobenzaprine 5-10 mg hs
- Tizanidine Zanaflex® 2-4 mg bid; max. 36 mg/j
- Baclofène 5-20 mg bid-qid (max. 80 mg/24 h)

b) Traitement parentéral (attention effet sédatif):

- Lorazépam 1-2 mg **IM/SC/IV** bid-qid
- Diazépam 2-5 mg **IM** aux 3-4 h au besoin (plus utilisé au Canada)

3. Corticoïdes

- INFO: Les corticoïdes ne sont pas indiqués pour traiter une lombalgie (sa genèse n'est pas de type inflammatoire). En cas de radiculopathie, le Tx de corticoïde par voie orale est controversé (chez certains patients utiles).

- Exemple: Dexaméthasone 4 mg PO i.d. x 10 jours, puis sevrage sur env. 5 j.

Rem: • Les antidépresseurs à visé antalgique (ex: Amitriptyline, Nortriptyline, Duloxétine) ne s'utilisent jamais en phase aiguë des lombalgies.

Lombalgies chroniques

Déf: • Lombalgies chronique = durée des douleurs > 12 semaines

Tx: A. Traitement non médicamenteux

- Intensifier le Tx de physiothérapie active en tenant compte de la kinésiophobie.
- Traitement cognitivo-comportemental
- Prise en charge en groupe/multidisciplinaire dans un centre spécialisé
- Autres options thérapeutiques:
 - Acupuncture
 - Méthode qui vise à réduire le stress en focalisant sur la pleine conscience («Mindfulness-Based-Stress-Reduction»)
 - Éducation thérapeutique à la douleur chronique [Ann Behav Med 2017;51:199]

B. Traitement médicamenteux (si nécessaire)

1. Antidépresseur (à visée antalgique, liste non exhaustive):

- Tricycliques:
 - Amitriptyline 10-50 mg PO le soir
 - Nortriptyline 10-30 mg PO le soir
- IRSN (inhibiteur du recaptage de sérotonine et de noradrénaline):
 - Duloxétine 30-60 mg PO i.d. (repas indépendant)
 - Venlafaxine 37.5-75 mg (au besoin ↑ de 75 mg aux 7 jours; max. 225 mg/j)

2. Si douleur neurogène (ex: radiculopathie sur hernie discale)

- Tapentadol PALEXIA® (Suisse), Nucynta® (Canada):
 - Formes galéniques: co (à action rapide) 50, 75, 100 mg; co retard 50, 100, 150, 200, 250 mg; solution orale 20 mg/mL (fl 10 mL);
 - Jour 1: 50-100 mg PO q 4-6 h au besoin (dose max. le 1^{er} jour: 700 mg).
 - Jour 2 (et jours suivants): 50-100 mg PO q 4-6 h au besoin (max. 600 mg/j)
- Réduire la posologie si: ClCr < 30 mL/min, insuffisance hépatique modérée à sévère, âge > 65 ans

