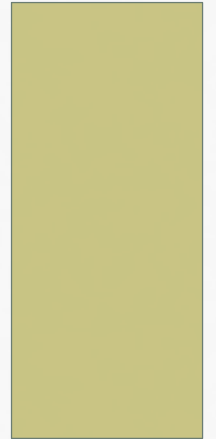


# LES DOULEURS LOMBAIRES

DR DUFAURET-LOMBARD CARINE  
SERVICE RHUMATOLOGIE, CHU LIMOGES



# INTRODUCTION

- La lombalgie est un symptôme fréquent avec une prévalence qui augmente
- Elle peut être classée en fonction:
  - De sa durée d'évolution
  - De ses causes (spécifiques/ non spécifiques)
  - Selon existence d'une radiculalgie ou pas
- Les lombalgies non spécifiques (« lombalgie commune ») sont de loin les plus fréquentes
  - 3 grands modèles de compréhension
  - Identification des facteurs de risque de passage à la chronicité

# DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- Données très hétérogènes
- prévalence?
  - Revue de la littérature 2012 (1): prévalence ponctuelle de la lombalgie en population générale adulte = 18,3% (+/- 11,7%); sur 1 mois= 30,8% (+/-12,7%); sur 1 an 38% (+/- 19,4%)
  - En France, prévalence annuelle d'une lombalgie est évaluée à la moitié de la population
- 80 à 90% des patients guérissent dans les 2 premiers mois
- Dans une population de travailleurs, risque de rechute à 1 an estimé à 50% (1)

(1)Hoy D. et al. Systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum 2012;64:2028-37.

# RETENTISSEMENT SUR LE TRAVAIL

- En France, 1<sup>ère</sup> cause d'accident de travail avec arrêt de travail (10,7 millions de journées de travail perdues en 2009) (2)
- La durée moyenne des arrêts était de 55 jours
  - Plus l'arrêt est long, plus le risque de non reprise augmente.
  - La probabilité de retour au travail est de 40% après 6 mois et de 15% après 1 an
- Les lombalgies sont une des principales causes d'invalidité professionnelle (8,9% des cas en 1998 et 10,1% en 2006)

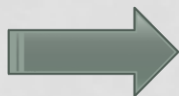
 coût économique majeur

# QUELLES SONT LES CAUSES DES LOMBALGIES ?

- CAUSES SPECIFIQUES (« lombalgie symptomatique »)

Elles sont à rechercher systématiquement

- Fractures vertébrales
- Tumorales
- Infectieuses
- Inflammatoires: spondyloarthrites



« RED FLAGS »

# « RED FLAGS »

- Age de début < 20 ans, ou > 55 ans
- ATCD récent de traumatisme
- Douleur permanente, progressivement croissante
- Douleur non mécanique (non soulagée par le repos, supérieure le matin que le soir)
- Douleur thoracique
- ATCD de tumeur maligne
- Utilisation prolongée de corticoïdes
- Toxicomanie, immunosuppression, infection VIH
- AEG
- Syndrome neurologique associé
- Déformation rachidienne importante
- fièvre

# SPONDYLOARTHRITES = NOUVELLE DÉFINITION

- Spondyloarthrite axiale
  - Radiologique
  - Non radiologique
- Spondyloarthrite périphérique
  - Érosive
  - Non érosive
- Spondyloarthrite enthésitique

# DIAGNOSTIC?

Délai moyen entre 1ers symptômes et diagnostic entre 5 à 7 ans

- Critères de classification de New-York modifiés: sacro-iliite radiologique
  - Sacro-iliite 1ère consultation: 10 à 30%
  - Sacroiliite après 5 ans d' évolution: 50 à 70%
  - Sacroiliite après 10 ans: 15 à 25%
  - Jamais de sacroiliite: 10 à 15%
- Absence de syndrome infl dans plus de 50%
- HLA B27: présent chez 8% de la population caucasienne, et 10 à 30 % des SA sont B27-





Cofer

[www.lecofer.org](http://www.lecofer.org)



# Critères ASAS

(lombalgies > 3 mois et âge de début < 45 ans)

>1 signe de SPA\*  
+ sacro-iliite\*\*

ou

HLA-B27  
+ > 2 signes de SPA\*

\*Signes de SPA

- Rachialgie inflammatoire
- Arthrite
- Enthésite
- Uvéite
- Dactylite
- Psoriasis
- Maladie de Crohn ou RCH
- Bonne réponse aux AINS
- Histoire familiale de SPA
- HLA-B27
- CRP augmentée

\*\* sacro-iliite

radiographique  
ou IRM (œdème osseux)

Sensibilité 82,9% et spécificité 84,4%

Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis, 2009;68:777-83.

# Pourquoi un diagnostic précoce?

- Éviter explorations inutiles, ttt inapproprié
- AINS et rééducation dès le diagnostic
- ANTI-TNF d' autant plus efficace que la maladie est précoce

# QUELLES SONT LES CAUSES DES LOMBALGIES ?

- CAUSES NON SPECIFIQUES = « LOMBALGIE COMMUNE »



3 grands modèles de compréhension:

- anatomo-clinique
- environnemental
- biopsychosocial

Ces modèles peuvent être plus ou moins associés.

# MODÈLE ANATOMO-CLINIQUE

- Peu de corrélation entre symptômes et imagerie

SAUF discopathie inflammatoire (modic 1):

- Hyposignal plateaux T1 et hypersignal T2
- Lésion exceptionnelle chez patients asymptomatiques
- Douleur d'horaire inflammatoire, sensibilité AINS
- Évolution naturelle se fait vers la guérison spontanée



# CAUSES LOMBALGIE CHRONIQUE COMMUNE?

- Atteinte disco-vertébrale
- Participation de l'arc postérieur: estimée à 20 à 30% des lombalgies
- Tableaux particuliers:
  - Discarthrose destructrice rapide: affaissement discal > 50% en moins de 2 ans
  - Poussée arthrosique congestive articulaire postérieure
  - Sténose canalaire: lombalgie et douleur radiculaire
  - Instabilité segmentaire: spondylolisthesis dégénératif/lyse isthmique
  - Maladie de Bastrup: néoarticulation entre 2 épineuses (bursite interépineuse)
  - Hyperostose vertébrale engainante (maladie de Forestier): raideur > douleur
  - Camptocormie: anteflexion reductible du tronc par atrophie spinale musculaire = peu de douleur

# Recommandations ANAES 2000

- Il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf:
  - Recherche d'une lombalgie dite symptomatique
  - Traitement de type manipulation, infiltration...
  - Absence d'évolution favorable (délai à raccourcir)
- Examen à la recherche d'un conflit disco-radiculaire ne doit être prescrit que dans un bilan pré-chirurgical de hernie discale; à envisager après une évolution de 4 à 8 semaines. Au mieux une IRM, à défaut un TDM



# MODÈLE ENVIRONNEMENTAL = MODÈLE FONCTIONNEL

- Utilisation excessive du rachis:
  - Manutention de charges
  - Postures prolongées (flexion et rotation tronc)
- Expositions aux vibrations

Selon la littérature, le port de charges est un facteur de risque de lombalgie, mais certaines notions restent imprécises:

- différentes manutentions (soulever, pivoter, pousser...)
- dose-effet entre intensité et risque de lombalgie

# MODÈLE PSYCHOSOCIAL

- C'est le lien entre les difficultés de la vie ( sociale, familiale, professionnelle) et la douleur.
- Responsable en partie de la chronicité de la lombalgie:
  - Coping
  - Peurs et croyances = attitudes d'évitement (responsable de l'incapacité)

# QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITÉ ?

- **FACTEURS MEDICAUX:**

- Épisodes antérieurs de lombalgie
- Sévérité de l'incapacité fonctionnelle initiale
- Sévérité de la douleur
- Irradiation initiale de la lombalgie
- Mauvais état général ressenti par le patient
- Diagnostic précis donné au patient

## **FACTEURS SOCIO-PROFESSIONNELS:**

- Faible satisfaction au travail (plusieurs études ont montré que cela était un facteur prédictif de non-retour au travail)
- Stress perçu au travail: idem
- facteur d'indemnisation, peu d'études menées avec des résultats divergents
- Charges physiques plusieurs études ont montré l'absence de relation entre l'importance des charges physiques et le retour au travail.

## **FACTEURS PSYCHOLOGIQUES:**

- Angoisse
- Dépression
- Tendance à la somatisation
- Mauvaise capacité à faire face (coping)
- Tendance au catastrophisme
- Peurs et croyances erronées avec attitude d'évitement

## «YELLOW FLAGS » : facteurs de risque psychosociaux de passage à la chronicité

- TRAVAIL:
  - Insatisfaction professionnelle
  - Perception que le travail est dommageable
  - Manque de soutien du milieu du travail
  - ATCD professionnels
  
- COMPORTEMENTS:
  - Repos prolongé
  - Évitement par peur du mouvement
  - Réduction des activités de la vie quotidienne
  
- ATTITUDES ET CROYANCES ERRONÉES:
  - Douleur = lésion grave ou maladie grave
  - Catastrophisme
  - Attitude passive
  - Croyance que la douleur doit avoir disparu pour le retour au travail
  - Crainte avec anticipation que la douleur va augmenter avec l'activité ou le travail
  
- PROBLEMES EMOTIONNELS:
  - Dépression
  - Anxiété
  - Irritabilité
  - Désintérêt pour les activités sociales
  - Difficulté à faire face = coping
  - Attitude surprotective familiale

# Objectifs de la prise en charge de la lombalgie

- Diminuer la douleur
- Éviter le passage à la chronicité

# Information du patient

- Claire, compréhensible
- La plus rassurante possible sur l'évolution favorable de la lombalgie



# Repos

- Ne doit jamais être conseillé et encore moins prescrit
- Envisager un arrêt de travail si et seulement si les contraintes au travail sont supérieures à celle des activités quotidiennes

Maintien des activités possibles en fonction des douleurs

## **Stratégies thérapeutiques** avec:

- rééducation active associée
- à une information:
  - Améliorer les connaissances
  - Supprimer les facteurs de renforcement des comportements douloureux (évitement mouvement)

**Prise en charge de la douleur**

- Antalgiques I et II, III exceptionnels
- AINS (courte durée), infiltrations
- Massages, balnéo, TENS, acupuncture
- Antidépresseurs tricycliques
- Thermalisme, manipulations

**Restauration de la fonction**

→ Exercices physiques +++

**Accompagnement psychologique**

- Evaluation du retentissement social et familial
- Prise en charge spécifique d'une anxiété ou d'une dépression
- Thérapies comportementales

**Réinsertion professionnelle**

→ Prise de contact précoce avec le med du travail

**STRATEGIE THERAPEUTIQUE (recommandations de l' ANAES)**

# CONCLUSION

- Devant un patient lombalgique:
  - Éliminer cause spécifique « red flags »
  - Dans la lombalgie commune:
    - Rechercher les modèles anatomo-cliniques, fonctionnels et psychologiques
    - Rechercher FDR chronicité « yellow flags » dès la 6<sup>e</sup> semaine: travail, comportement, croyances erronées, pbs émotionnels
- Quelle attitude adoptée?
  - Message clair et rassurant
  - Encourager la poursuite ou la reprise activités physiques et professionnelles