

**lutter contre
la douleur**
VILLE
HÔPITAL

« Ces douleurs qui posent problèmes »

vendredi 11 décembre 2020

Recommandations HAS sur la prise en charge de la lombalgie

F Bailly

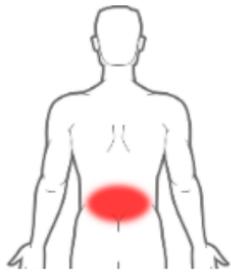


Avant propos

- Intérêts financiers : non
- Liens durables ou permanents : non
- Interventions ponctuelles : aucune en lien avec cette présentation (par ailleurs rémunérations ponctuelles de Grünenthal, Lilly, Boston)
- Intérêts indirects : non



Contexte



81%

des Français ont déjà eu mal aux lombaires



DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES MALADES ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE

Décembre 2000



**Agence Nationale
d'Accréditation et
d'Évaluation en Santé**



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Méthode

Recommandations internationales récentes (Belgique, UK, USA, Danemark, Allemagne, Canada) → fiche mémo

- Fiche de cadrage
- Revue systématique des **recommandations des 5 dernières années**
- Revue systématique des **méta-analyse des 3 dernières années**
- 2013 jusque décembre 2018
- Pubmed , Embase + littérature grise (49 bases de données)

Groupe d'experts : généralistes, rhumatologues, médecin de médecine physique et réadaptation, urgentiste, chirurgien, kinésithérapeute, psychologue, médecin du travail, algologue, patients

Rapport d'élaboration

Méthode

Création de recommandations préliminaires basées sur le rapport d'élaboration (3 réunions présentiels)

Soumission à 24 sociétés savantes

Recommandations définitives

Validation par la HAS

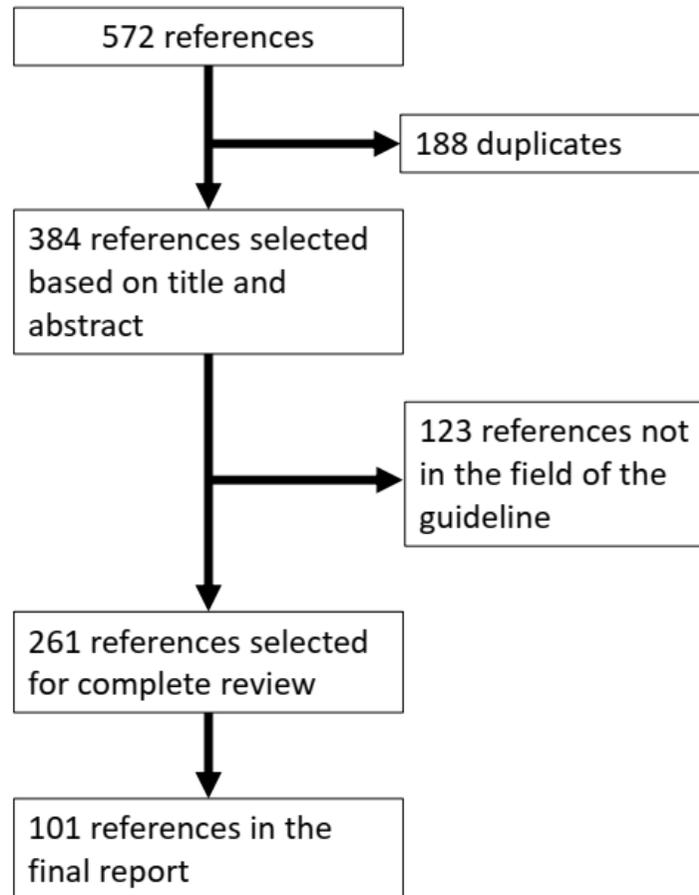
Validation de l'accord entre les experts par questionnaire de type RAND/UCLA

- Echelle de Likert « désaccord complet » à « accord complet »
- Pour chaque recommandation : consensus approprié, incertain ou inapproprié, et si ce consensus était faible ou fort

Méthode

Tableau 1. Grade des recommandations	
A	<p style="text-align: center;">Preuve scientifique établie</p> <p>Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées</p>
B	<p style="text-align: center;">Présomption scientifique</p> <p>Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.</p>
C	<p style="text-align: center;">Faible niveau de preuve</p> <p>Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).</p>
AE	<p style="text-align: center;">Accord d'experts</p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.</p>

Résultats



Définitions

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

Lombalgie chronique : + 3 mois

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

- « **poussée aiguë de lombalgie** » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;
- « **lombalgie à risque de chronicité** » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ;
- « **lombalgie récidivante** » en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité.

Idée sous-jacente : multiples épisodes de lombalgie chez de nombreux patients, sans qu'ils soient « lombalgiques chroniques »

Evaluation du risque de chronicité

La recherche précoce des **facteurs de risque psychosociaux** (cf. « drapeaux jaunes ») est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir une prise en charge adaptée au risque (grade B).

Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent être identifiés précocement.

En complément de cette évaluation, un questionnaire composite comme le **STarT Back screening tool**¹ (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque), et la version courte du **questionnaire Örebro**² (qui est prédictif de l'absentéisme) peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité (grade B). D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le **FABQ**³ (évaluant le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'**HAD**⁴ (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés (AE).

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

Pertinence de l'imagerie

En l'absence de drapeau rouge, il n'y a **pas d'indication** à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie (grade C).

Il est recommandé d'expliquer au patient pourquoi une imagerie n'est pas nécessaire (AE).

En l'absence de drapeau rouge, il est recommandé de réaliser une **imagerie rachidienne en cas de lombalgie chronique (au-delà de 3 mois)** (AE) : la réalisation d'une IRM est recommandée (ou un scanner en cas de contre-indication à l'IRM) (AE).

En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'une instabilité ou d'un trouble statique rachidiens (AE).

Il est important d'expliquer au patient **l'absence de corrélation systématique** entre les symptômes et les signes radiologiques. Il est recommandé d'expliquer et de dédramatiser les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie (AE).

Pertinence de l'imagerie

- Prévalence des lésions dégénératives du rachis en fonction de l'âge chez les patients asymptomatiques

Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Dégénérescence discale	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Perte de signal discal	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Perte de hauteur discale	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Bombement discal	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Protrusion discale	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Fissure annulaire	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Arthrose facettaire	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthésis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Brinjikij et coll Am J Neuroradiology 2015

Prise en charge

La prise en charge doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle) (AE). Cette prise en charge globale est habituellement nommée « bio-psycho-sociale » et s'appuie sur une **décision médicale partagée**.

Il est recommandé d'expliquer au patient les termes du diagnostic et de **délivrer une information rassurante quant au pronostic de la lombalgie commune** (généralement favorable en quelques semaines) (AE).

Prise en charge

La prise en charge non médicamenteuse mise en avant

L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B)

NB: il n'y a pas un exercice préférentiel. TOUTES les activités physiques peuvent se réaliser (si besoin progressivement). La meilleure = celle qui plait au patient → maintien au long court

			Modalités
Première intention	Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées (grade B)	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées (grade B)	Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient.
	Kinésithérapie	Indiquée (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.

Kinésithérapie

Kiné : mais pas n'importe quelle kinésithérapie !

*Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité :
prise en charge par kinésithérapie*

La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B).

Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).

La réalisation de la kinésithérapie doit faire appel à la **participation active du patient** (grade B).

Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE).

Les médicaments

Appréciation du risque relié aux analgésiques opiacés

		Femme	Homme
1. Antécédent familial d'abus d'une substance	Alcool	[] 1	[] 3
	Drogues illicites	[] 2	[] 3
	Autre	[] 4	[] 4
2. Antécédent personnel d'abus d'une substance	Alcool	[] 3	[] 3
	Drogues illicites	[] 4	[] 4
	Médicaments d'ordonnance	[] 5	[] 5
3. Âge (sujets de 16 à 45 ans)		[] 1	[] 1
4. Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance		[] 3	[] 0
5. Trouble psychologique	TDA, TOC, trouble bipolaire	[] 2	[] 2
	Schizophrénie		
	Dépression	[] 1	[] 1
Faible (0 à 3) Modéré (4 à 7) Élevé (8+)	Total	[]	[]

Grade

AE

A

B

B

B

En l'absence d'évolution favorable

POUR TOUS LES PATIENTS À RISQUE DE CHRONICITÉ

**RÉÉVALUATION GLOBALE ET
PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE**

(médecin généraliste, kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et réadaptation, médecin du travail)

.....

- Rééducation active en kinésithérapie avec réalisation d'exercices à domicile.
- Réévaluation pharmacologique pour la gestion des accès aigus.
- Encouragement à la reprise des activités quotidiennes (y compris activité professionnelle) et à la pratique d'activité physique.
- Éducation à la neurophysiologie de la douleur.

Maintien en emploi et prévention de la désinsertion professionnelle

Les **facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail** (cf. « drapeaux bleus et noirs ») doivent être recherchés en cas d'arrêts de travail répétés ou prolongés au-delà de 4 semaines (AE). Dans ce cas, l'expertise du médecin du travail doit être sollicitée, notamment pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail (AE).



DRAPEAUX NOIRS

Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.



DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

Et pour ceux ayant des douleurs persistantes

Imagerie rachidienne : à 3 mois. Pas de nouvelle imagerie si persistance des douleurs

Au cas par cas

- **Évaluation psychologique**, thérapie cognitivo-comportementale, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose.
- Si composante dépressive associée : **anti-dépresseurs** (IRSNa ou tricyclique).
- **Programme de réadaptation pluridisciplinaire** physique, psychologique, sociale et professionnelle
- **Avis chirurgical** (chirurgies rachidiennes exclues du champ de la reco actuelle)
- **CETD**

Non recommandé, ou recommandé sous réserve

Les **semelles orthopédiques** ne sont pas indiquées (grade B)

Myorelaxants non recommandés

L'**acupuncture**, l'**acupression** et le ***dry needling*** (puncture sèche) n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

En l'absence d'étude de bonne qualité, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité de la **sophrologie**, de la **relaxation**, de la « **méditation pleine conscience** » ou de l'**hypnose**. Elles peuvent cependant être envisagées dans le cadre d'une combinaison multimodale associée à une prise en charge active du patient (AE).

En cas de douleurs avec une composante neuropathique, après échec des autres alternatives thérapeutiques (y compris une prise en charge multidisciplinaire), une **stimulation médullaire** peut se discuter en CETD(AE).

Et la radiculalgie ?

A la phase aiguë : aucune différence

- Réassurance (bouger ne va pas faire une hernie)
- Rester actif le plus possible
- AINS en première intention

Et si ça ne va pas mieux ?

- Infiltration à discuter
 - NB : efficacité prouvée uniquement à court terme, et uniquement pour la part radiculaire

Si un geste invasif (infiltration épidurale voire chirurgie rachidienne) est envisagé, une imagerie rachidienne (IRM ou scanner si contre-indication) est conseillée (sauf chez les patients hyperalgiques afin de ne pas retarder leur prise en charge) (AE).

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

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

**EN CAS DE RADICULALGIE
PERSISTANTE**

Imagerie rachidienne puis discussion
d'une infiltration (dans le cadre
d'une décision partagée avec le patient).

Et la radiculalgie ?

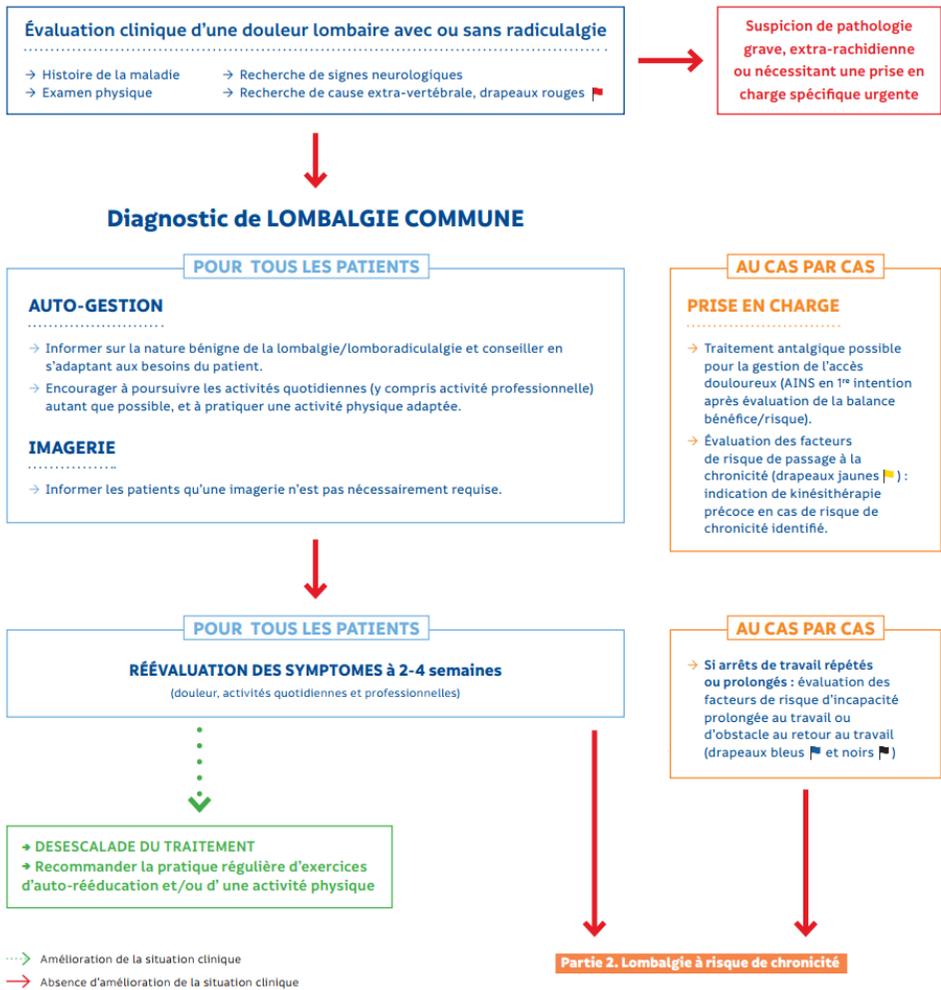
Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie.	A
	Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfique/risque.	B
Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie.	A
	Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), en tenant compte de la balance bénéfique/risque.	B

Et quand ça va mieux ?

- DESESCALADE DU TRAITEMENT
- Recommander la pratique régulière d'exercices d'auto-rééducation et/ou d'une activité physique

Prévention secondaire : activité physique au long court (TOUS les sports peuvent être réalisés)

Partie 1. Poussée aiguë de lombalgie



Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité/chronique

POUR TOUS LES PATIENTS À RISQUE DE CHRONICITÉ

RÉÉVALUATION GLOBALE ET PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

(médecin généraliste, kinésithérapeute, rhumatologue, spécialiste de médecine physique et réadaptation, médecin du travail)

- Rééducation active en kinésithérapie avec réalisation d'exercices à domicile.
- Réévaluation pharmacologique pour la gestion des accès aigus.
- Encouragement à la reprise des activités quotidiennes (y compris activité professionnelle) et à la pratique d'activité physique.
- Éducation à la neurophysiologie de la douleur.

EN CAS DE RADICULALGIE PERSISTANTE

- Imagerie rachidienne puis discussion d'une infiltration (dans le cadre d'une décision partagée avec le patient).

→ RÉÉVALUATION DES SYMPTOMES à 6-12 semaines

(douleur, activités quotidiennes et professionnelles)

- Évaluation des facteurs de risque de chronicité (drapeaux jaunes 🚩).

→ DESESCALADE DU TRAITEMENT

- Recommander la pratique régulière d'exercices d'auto-rééducation et/ou d'une activité physique



**POUR TOUS LES PATIENTS AVEC
UNE LOMBALGIE CHRONIQUE**

**EN CAS D'ECHEC DE LA PRISE
EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE**

→ Réaliser une imagerie rachidienne.

PRISE EN CHARGE

- Évaluation psychologique, thérapie cognitivo-comportementale, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose.
- Si composante dépressive associée : anti-dépresseurs (IRSNa* ou tricyclique).



**EN CAS DE RADICULALGIE
PERSISTANTE SANS AMÉLIORATION**

RÉÉVALUATION

→ Rechercher une composante neuropathique pour discuter un traitement par gabapentinoïdes, antidépresseur (IRSNa* ou tricyclique).

PRISE EN CHARGE

→ Envisager une prise en charge chirurgicale en fonction de la concordance radio-clinique.



AU CAS PAR CAS

POURSUITE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

- Programme de réadaptation multidisciplinaire.
- Avis chirurgical.
- Centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

Consensus entre experts

Evaluation de l'accord final entre experts :

- 32 recommandations : 32 appropriées, 0 incertain, 0 inapproprié
- Consensus faible pour 4 (ceinture lombaire, éducation à la neurophysiologie de la douleur, manipulations vertébrales, définitions)
- Consensus fort pour les 28 autres

A noter : certains points non abordés (« posture »)

Messages clés

- Il est essentiel de délivrer une **information rassurante** quant au pronostic : dans 90 % des cas, la lombalgie commune évolue favorablement en moins de 4 à 6 semaines.
- En l'absence de drapeau rouge, il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie rachidienne dans le cas d'une poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie, compte-tenu de l'absence de corrélation systématique radio-clinique.
- **L'activité physique** est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie et d'éviter une récurrence.
- **Les patients à risque de chronicité doivent être identifiés précocement**, afin de réaliser de la kinésithérapie avec participation active du patient. En l'absence d'amélioration, **la prise en charge multidisciplinaire** inclut un médecin spécialiste du rachis et si nécessaire un médecin du travail.
- La prise en charge globale du patient, dite « **bio-psycho-sociale** », doit être **centrée sur le patient** : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle). Elle s'appuie sur **une décision médicale partagée**.

Merci à l'ensemble des membres du groupe de travail et aux sociétés savantes pour ce travail collaboratif

Documents d'aide pour la prise en charge de la lombalgie :
www.sectionrachis.fr