

Aspects cliniques et pronostiques des lombalgies

Rawdha Tekaya, Ines Mahmoud, Hana Sahli, Olfa Saidane, Leila Abdelmoula
Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicolle.

Malgré le nombre important de travaux scientifiques qui y sont consacrés, la lombalgie n'est pas une entité caractérisée de façon unique et un certain flou entoure encore sa définition. Dans la littérature, certains utilisent des définitions basées sur les régions anatomiques au niveau desquelles la douleur est perçue lorsque d'autres utilisent des définitions basées sur la durée des symptômes.

La définition de la lombalgie proposée par la Société Française de Rhumatologie est une douleur lombo-sacrée située à hauteur des crêtes iliaques ou plus basses, médianes ou latéralisées, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou [1]. Cette pathologie est extrêmement fréquente avec une incidence annuelle comprise entre 5 à 10 % de la population générale.

Rappelons que le rachis lombaire, qui est surchargé mécaniquement et fonctionnellement, assure une triple fonction : stabilité, mobilité et protection. L'unité fonctionnelle ou espace de mobilité vertébrale est formée du disque en avant, du système apophysaire en arrière et des structures capsulo-ligamentaires. La détérioration discale est souvent à l'origine du dysfonctionnement du couple disco-vertébral et par conséquent du dérèglement fonctionnel de l'unité. Cependant la lombalgie chronique n'est pas constante dans ce dérèglement fonctionnel et elle n'est pas corrélée en intensité avec les lésions observées. Elle reste toutefois le symptôme majeur d'une très grande fréquence.

A- Catégorisation de la douleur lombaire :

Afin de mieux aborder la lombalgie, il faudrait tout d'abord catégoriser cette douleur. On étiquette classiquement la lombalgie selon le mécanisme neurophysiologique mise en jeu, sa temporalité et son modèle causal :

1- Mécanisme neurophysiologique :

- En fonction du type de structure nerveuse préférentiellement mise en jeu : ainsi on distingue la douleur par excès de nociception (excès de transmission du signal), la douleur neurogène (parasitage dans la transmission du signal) et la douleur psychogène (trouble d'interprétation du signal).
- En fonction du lieu d'action de l'agent pathogène : la douleur est alors soit locale soit rapportée quand elle est ressentie à distance de la lésion causale qui dans ce cas peut être d'origine rénale ou digestive.

2- Catégorisation temporelle : en fonction de l'ancienneté d'évolution. Elle sera dite aiguë quand elle évolue depuis moins de six semaines, subaiguë entre six semaines et 3 mois et chronique au-delà de 3 mois d'évolution. Les étapes favorisant l'évolution de la lombalgie vers la chronicité sont résumées dans la figure n°1 [2].

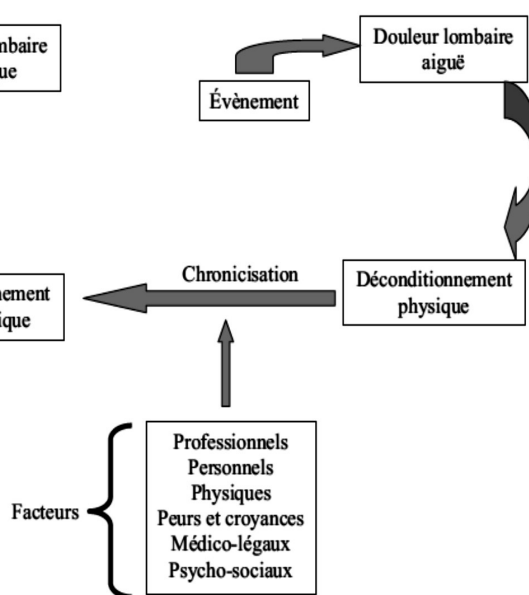


Figure n°1

3- Modèle causal : Le modèle biomédical a longtemps été privilégié pour la prise en charge des patients lombalgiques. Ce modèle reposait sur une vision très organique avec une corrélation stricte entre anatomie et symptôme [3]. Selon ce modèle, la douleur serait liée à une lésion dont le traitement encourageait le repos absolu et la passivité. Ce modèle a maintenant été complètement remis en cause depuis que des études ont prouvé que plus de 80 % des lombalgies aiguës ne présentaient aucune cause anatomique à la douleur. De plus, le traitement chirurgical ne donnerait satisfaction que dans 60 % des cas même en présence de signes anatomiques évidents. Il existe donc à côté du modèle strictement biomédical, d'autres explications à la persistance des douleurs notamment le rôle des facteurs psychosociaux dans la pérennisation de ces lombalgies : c'est le modèle bio-psycho-social où ici la douleur modifie le fonctionnement et la structure du système nerveux central avec hypersensibilisation périphérique et modification au niveau encéphalique [4].

B - Démarche diagnostique devant une lombalgie :

Devant toute lombalgie, il est recommandé de :

1- Eliminer par un examen clinique, biologique et une imagerie adaptée les lombalgies dites symptomatiques : ostéoporose, maladie de Paget, néoplasie, spondylodiscite infectieuse...

2- Authentifier la lombalgie par un interrogatoire et un examen clinique méthodique. On recherchera alors les antécédents de lombalgie, la notion d'un traumatisme rachidien, les activités professionnelles et sportives du patient. Certains facteurs de risque ont été incriminés dans la survenue de la lombalgie (tableau n°1) [5].

On précisera également la date et mode de début de la douleur, son siège, ses irradiations, son rythme mécanique ou inflammatoire, son mode d'évolution, l'influence des sollicitations mécaniques.

Lombalgies aiguës	Lombalgies chroniques
▲ manutentions manuelles ▲ chute ▲ exposition aux vibrations ▲ postures pénibles sous contrainte ▲ travail physique dur ▲ traumatisme ▲ antécédents de lombalgie ▲ corpulence (obésité ou maigreur) ▲ anomalies anatomiques graves ▲ grossesse	▲ mauvaises conditions de travail ▲ insatisfaction au travail ▲ travail dur ▲ stress ▲ contraintes psychosociales ▲ pas d'esprit de prévention dans l'entreprise ▲ durée de l'arrêt (trop long) ▲ gravité de l'atteinte ▲ douleur jugée importante ▲ mauvaise prise en charge ▲ gêne fonctionnelle ▲ inactivité, tabac

Les "drapeaux rouges" : indicateurs d'une éventuelle gravité de la lombalgie
▲ âge (moins de 20 ans ou premier épisode après 55 ans) ▲ traumatisme important ▲ syndrome infectieux, fièvre, frissons ▲ traitements corticoïdes prolongés ▲ baisse de l'état général ▲ histoire ou suspicion de cancer, VIH-sida, autre pathologie profonde ▲ douleur qui augmente progressivement, non mécanique ▲ douleur augmentée en position couchée sur le dos et mal localisée (dos et thorax) ▲ signes de compression nerveuse (sciatique, paralysie sphinctérienne...)

L'examen physique sera réalisé à la recherche d'un trouble de la statique rachidienne, d'un syndrome rachidien attestant de la raideur lombaire (Indice de Shöber, distance mains-sol) et d'une anomalie neurologique éventuelle pouvant traduire une souffrance radiculaire.

A l'issue de l'examen clinique, la réalisation des examens complémentaires est inutile au tout début de la prise en charge. Par contre ces examens complémentaires sont indispensables si les symptômes sont persistants ou s'il existe d'emblée des signaux d'alerte appelés « Red Flags » (tableau n°2) [6].

3 - Classer les lombalgies chroniques en fonction d'un certain nombre de paramètres : profession, âge, obésité, sexe, anomalies congénitales ou acquises, troubles statiques, spondylolisthésis....

4 - Evaluer la lombalgie mécanique chronique en appréciant l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA), l'échelle de la force musculaire, le retentissement fonctionnel, le retentissement psychologique...

C - Evolution et pronostic :

L'évolution vers la chronicité de la lombalgie aiguë n'est observée que dans 6 à 8% des cas mais est à l'origine de plus de 85% des coûts

médicaux directs ou indirects [7]. La connaissance, l'identification et l'évaluation des facteurs de risque de passage à la chronicité dans la lombalgie, ainsi que le dépistage précoce des sujets susceptibles de développer une forme chronique présentent un intérêt prédictif important.

Dans une méta-analyse regroupant 61 articles, les auteurs distinguent trois situations cliniques : étude des facteurs de récurrence de la lombalgie (sujets ayant un antécédent de lombalgie), étude des facteurs de passage à la chronicité (sujets lombalgiques) et étude des facteurs de non retour au travail (sujets en arrêt de travail) [8]. Ils distinguent ainsi :

- Facteurs de risque à fort niveau de preuve scientifique :

- Antécédent de lombalgie incluant sévérité, douleur, durée, incapacité fonctionnelle, sciatique, arrêt de travail et antécédents de chirurgie lombaire.

- Insatisfaction au travail qui ressort comme un facteur de risque de récurrence et de chronicité RR 2.62 [1.2-5.8].

- Mauvais état général de santé ressenti

FDR de chronicisation	Niveau de preuve
<i>Facteurs individuels</i>	
Âge élevé	***
Antécédent de lombalgie	***
Sciaticque	***
Sévérité de l'incapacité fonctionnelle	***
Durée de la lombalgie	***
Sexe féminin	**
ATCD de chirurgie lombaire	**
Mauvais état général avec arrêt maladie	**
Autre douleur musculosquelettique	**
Intensité de la douleur	**
Statut social non satisfaisant	**
Statut psychologique global	**
Capacité à « faire avec » = <i>coping</i>	**
Dépression	**
Avis global du médecin	**
<i>Facteurs professionnels</i>	
Insatisfaction au travail	***
Indemnisation	**
Arrêt de travail > 8 jours	**
Mauvaise posture au travail	**
Durée de port des charges	**
Absence de poste aménagé	**
Faible qualification professionnelle	**
Inadéquation du salaire	**

- Facteurs de risque à niveau de preuve scientifique intermédiaire :

- Facteurs socioprofessionnels: statut professionnel, salaire, contact social et notion d'indemnisation
- Facteurs psychologiques: statut psychologique global et dépression
- Intensité de l'activité physique au travail.

Dans cette même méta-analyse, 54 articles sélectionnés pour leur qualité méthodologique, ont été analysés, permettant d'identifier des facteurs de risque individuels et professionnels qui sont résumés dans le tableau n° 3 [in 9]

Ainsi sont regroupés sous le terme de yellow flags ou signes d'alerte jaune, les éléments non spécifiques (contrairement aux red flags) tels que les facteurs individuels ou environnementaux

susceptibles d'influencer le cours de la lombalgie chronique [6]. Ces «yellow flags » donnent ainsi la part belle aux facteurs psychosociaux et psychoprofessionnels. Une évaluation psychosociale approfondie est très utile quand des «yellow flags» sont présents.

Les facteurs de risque de chronicité rejetés ou non pertinents sont l'intoxication alcool-tabagique et les anomalies anatomiques du rachis (scolioses, spondylolisthésis...) [9,10].

Des facteurs de risque liés à la prise en charge initiale sont également incriminés, en effet l'offre de soins fortement médicalisée et médiatisée aurait de réels effets délétères. Ainsi la durée de l'invalidité était corrélée au nombre de visites chez les professionnels de santé, au recours au spécialiste, au recours à l'imagerie précoce et à la « positivité » de l'imagerie [11,12 ;13]. Plus de la moitié des comptes rendus

utilisent des termes de pathologie pour décrire des phénomènes liés au vieillissement, mais ne précisent que dans 2% des cas, qu'il s'agit de phénomènes normaux pour l'âge. Un diagnostic lésionnel (lésion vertébrale ou discale) porté dans les sept premiers jours de la lombalgie augmentait de près de cinq fois le risque d'évolution vers la chronicité, par comparaison aux diagnostics non spécifiques (douleur, étirement, tour de rein...). De plus l'attitude des médecins vis-à-vis du lombalgique est en soi un facteur favorisant le passage à la chronicité.

Il est actuellement possible de détecter précocement les patients à risque de passage vers la chronicisation par l'application de questionnaires spécifiques tels que le questionnaire en trois items de Deyo et Diehl, l'autoquestionnaire de Rossignol qui est prédictif d'une incapacité totale au travail, l'autoquestionnaire Hazard qui prédictif du risque d'invalidité chronique, l'indice de Valat qui permet d'évaluer la probabilité d'évolution chronique de la lombalgie et ce dès la consultation initiale [13].

La prévention du passage vers la chronicité est primordiale et associe :

- L'identification et évaluation précoces des facteurs de risque,
- L'éducation thérapeutique du patient et de son médecin,
- La prescription dès la période initiale un traitement antalgique adapté pour réduire rapidement l'importance du handicap ressenti et permettre une reprise rapide des activités quotidiennes,
- Une interprétation tempérée des anomalies dégénératives radiographiques en offrant une explication rassurante et en insistant sur l'absence d'anomalie évocatrice d'une origine secondaire plutôt qu'un diagnostic lésionnel injustifié,
- Encourager la reprise précoce du travail qui n'a pas d'effets délétère contrairement à la prescription de repos favorise le passage à la chronicité.

Références :

- 1) Section Rachis de la Société française de rhumatologie. Approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. Rev Rhum 2001; 68: 125–94.
- 2) P. Cherina, C. de Jaegerb. Chronic low back pain: News and treatment. Médecine et Longévité (2011) 3, 137—149.
- 3) Salmochi JF, Maigné S. Protocole d'évaluation du lombalgique en pratique quotidienne. Résonances Européennes du Rachis 2004 ;40 (13) :1634-8.
- 4) Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito A-C, Lafaye de Michaux R, et al. Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. juin 2006;49(5):226-233.
- 5) Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. Revue du Rhumatisme. 2006;73, Suppl (2):35-52.
- 6) Burton AK, Balague F, Cardon G., Eriksen H.R., Henrotin Y, Lahad A., Leclerc A, Muller G, van der Beek AJ. European guidelines for prevention in low back pain. European Spine Journal 2006;15:136-168.
- 7) Véron O, Tcherniatinsky E, Fayad F, et al. Chronic low back pain and functional restoring program: Applicability of the patient acceptable symptom state. Ann Readapt Med Phys 2008;51:642–9.
- 8) Poiraudéau S, Lefevre-Colau MM, Fayad F, et al. Low back pain. EMCRhumatol Orthop 2004;1:295–319.
- 9) Nguyen C, Poiraudéau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme 76 (2009): 537–542.
- 10) Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews. J Clin Epidemiol. 2009 ;62(8):781-796.
- 11) Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, et al. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. J Occup Environ Med 2000;42:1178–87.
- 12) Poiraudéau S, Rannou F, Le HenanffA, et al. Outcome of subacute lowback pain: Influence of patients' and rheumatologists' characteristics. Rheumatology 2006;45:718–23.
- 13) Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, et al. Acute low back pain: Predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. Joint Bone Spine 2000;67:456–61.