

# Évolution des recommandations nationales et internationales pour la prise en charge de la lombalgie

*Evolution of national and international recommendations for the management of low back pain*

F. Bailly\*, V. Foltz\*

POINTS FORTS

► Prendre en charge des patients en accord avec les dernières recommandations pourrait améliorer leur évolution clinique à moindre coût. Cela souligne l'intérêt des recommandations, la nécessité de leur mise à jour et de la diffusion des messages utiles à la prise en charge optimale des patients souffrant de lombalgie. L'objectif de cet article est de retracer l'évolution des recommandations nationales et internationales pour la prise en charge de la lombalgie.

► *Patient care, according to updated recommendations, could improve clinical outcomes at lower cost. This underlines the interest of the recommendations, the need for their updating and the dissemination of messages useful for the optimal management of patients suffering from low back pain. The objective of this article is to retrace the evolution of national and international recommendations for the management of low back pain.*

HIGHLIGHTS

**Mots-clés :** Lombalgie - Recommandations - Diagnostic - Traitements - Haute Autorité de santé

**Keywords:** Low back pain - Recommendations - Diagnosis - Treatments - Haute Autorité de santé

En 2017, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) renouvelait le constat du fardeau de la lombalgie en France, non seulement pour l'individu, mais également pour la société. En effet, la lombalgie aiguë est le 2<sup>e</sup> motif de consultation en médecine générale et la lombalgie chronique en est le 8<sup>e</sup>. Dix-neuf pour cent des arrêts de travail en 2015 étaient secondaires à une lombalgie. Ce chiffre est en augmentation constante (il était de 13 % en 2005). Pour les arrêts de plus de 6 mois, 30 % d'entre eux sont secondaires à une problématique rachidienne. Afin d'améliorer la prise en charge de la lombalgie et de modifier les croyances liées à cette pathologie au sein de la population et des soignants, la CNAM a initié en 2017 une vaste campagne de communication auprès de ces publics. À cette occasion, elle a également souligné l'absence de recommandations récentes françaises, les dernières réalisées datant de 2000. Faire un état des lieux des recommandations internationales, afin d'identifier les évolutions récentes, et proposer une prise en charge adaptée à un contexte français, était donc nécessaire. Le soin des patients, selon des recommandations actualisées, pourrait améliorer les résultats cliniques à moindre coût [1]. Cela souligne l'intérêt des recommandations, la nécessité de leur mise à jour et de la diffusion des messages utiles à la prise en charge optimale des patients souffrant de lombalgie. L'objectif de cet article est de retracer l'évolution des recommandations nationales et internationales pour la prise en charge de la lombalgie.

## L'évolution du concept de "lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique"

De multiples recommandations récentes et de bonne qualité méthodologique existent au Royaume-Uni [2], aux États-Unis [3], au Danemark [4], en Belgique [5], en Allemagne [6], au Canada [7] et depuis avril 2019 en France [8].

La lombalgie est classiquement séparée entre l'atteinte aiguë (inférieure à 4 ou 6 semaines), subaiguë et chronique. Alors que cette classification est encore utilisée dans les recommandations américaines, le concept de lombalgie subaiguë disparaît de toutes les autres recommandations citées ci-dessus. Les recommandations anglaises regroupent toutes les prises en charge de la lombalgie sans séparer les différents temps, et les belges introduisent le concept de risque de chronicité, qui est encore plus mis en avant dans les recommandations françaises. Il apparaît plus pertinent d'identifier, dès la phase initiale, les patients à risque de se chroniciser via les "drapeaux jaunes", afin d'envisager dans ce groupe une prise en charge plus active. Ainsi, la lombalgie aiguë est renommée "poussée aiguë de lombalgie" pour les recommandations françaises, afin d'inclure les patients ayant un épisode de novo, mais également ceux ayant une exacerbation dans un contexte de douleurs fréquentes ou à répétition. Les Allemands également incluent les "nouveaux épisodes" dans un contexte de lombalgie récidivante.

\* Service de rhumatologie, hôpital de La Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris.

Toutes ces évolutions s'intègrent dans un cadre plus large : ne plus prendre en charge l'épisode isolé, mais le patient dans son ensemble. Ce concept de "trajectoire" du patient lombalgique, avec une évolution par périodes de poussées, de rémission selon des fréquences variables d'une personne à l'autre, a été validé par des analyses longitudinales de patients lombalgiques. Il n'existe en revanche pas encore de consensus sur le nombre de "trajectoires" différentes.

## La prise en charge diagnostique du patient lombalgique

La prise en charge diagnostique du patient lombalgique, lorsqu'elle est abordée dans les recommandations, souligne toujours l'intérêt d'identifier au premier épisode les drapeaux rouges, signes de pathologies sous-jacentes spécifiques, graves ou nécessitant un traitement spécifique. Aucune évolution récente n'a permis de mieux catégoriser les patients à ce stade, même si la sensibilité et la spécificité des drapeaux rouges demeurent très faibles et discutables [9].

En l'absence de drapeaux rouges, les dernières recommandations européennes de 2006 [10] ne retenaient pas d'indication à réaliser une imagerie. Actuellement, toutes les nouvelles recommandations s'accordent à dire qu'une imagerie doit être envisagée en cas de drapeaux rouges et/ou avant la réalisation d'un geste invasif. Son intérêt demeure néanmoins très débattu dans la lombalgie avec un risque de favoriser de fausses croyances et une kinésiophobie (peur de bouger en lien avec des "anomalies" en imagerie) [11].

## Les thérapeutiques consensuelles dans les recommandations... et les autres

### L'information donnée au patient

L'ensemble des recommandations s'accordent sur l'intérêt de délivrer des messages rassurants face à la lombalgie. Une douleur nouvelle, récidivante ou persistante s'accompagne d'une inquiétude des patients sur l'origine de la douleur et son évolution potentielle. L'anxiété étant l'un des facteurs favorisant la persistance des douleurs, la limiter au minimum est important. Depuis de nombreuses années, il est admis et reconnu qu'il est important de donner des conseils pour rester actif dans la tolérance de la douleur, et non au repos, pour accélérer le délai d'amélioration et prévenir les récurrences. Le maintien des activités quotidiennes et professionnelles (selon les possibilités) est souligné. L'activité physique adaptée est également promue chez les patients lombalgiques, mais également en prévention de la récurrence. En seconde intention, les recommandations françaises ont également proposé l'éducation à la neurophysiologie de la douleur. L'objectif est d'informer sur la dif-

férence entre une douleur et une lésion tissulaire, ainsi que sur les mécanismes de chronicisation de la douleur.

### Les traitements médicamenteux antalgiques

Les traitements médicamenteux sont abordés dans l'ensemble des recommandations, mais avec une certaine hétérogénéité compte tenu de l'évolution des connaissances pour certaines molécules, et du doute toujours persistant pour d'autres.

L'ensemble des recommandations européennes soulignent l'intérêt limité des médicaments et leur absence de preuve d'efficacité sur la diminution du délai de la rémission. Lors d'un épisode aigu, le traitement de 1<sup>re</sup> intention est les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), malgré le faible nombre d'études dans la lombalgie ou la lombosciatique. Le paracétamol est un médicament débattu et n'est plus recommandé, sauf ponctuellement à visée symptomatique par les recommandations françaises, depuis un large essai randomisé contrôlé négatif publié dans le *Lancet* en 2014 [12]. Aucun essai de bonne qualité n'a pu prouver une balance bénéfice-risque favorable pour les opioïdes, tandis que les mésusages et complications ont été soulignés ces dernières années aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni. Les anciennes recommandations européennes, ainsi que celles des États-Unis, proposent les opioïdes dans la lombalgie chronique mais pas aiguë, alors que les Belges ne les "recommandent pas systématiquement" et que les Anglais soulignent leur absence d'efficacité. En France, les opioïdes faibles peuvent être envisagés, en prenant en compte le risque de mésusage.

Les corticoïdes per os n'ont jamais pu faire la preuve de leur efficacité.

Les myorelaxants ne sont plus recommandés dans les pays européens depuis le retrait en 2013 du tétrazépam qui était la seule benzodiazépine évaluée dans la lombalgie. À l'inverse, les États-Unis et le Canada continuent de proposer des myorelaxants pour la phase aiguë, car est disponible dans leur pays le cyclobenzaprine.

### Les traitements des douleurs neuropathiques

L'utilisation de traitements des douleurs neuropathiques est controversée dans la sciatique et encore plus dans la lombalgie. Les propositions de recommandations sont souvent basées sur les recommandations des douleurs neuropathiques en général, bien que les évaluations médicamenteuses soient très rarement menées dans cette indication ou négatives. Ainsi, un essai bien conduit évaluant la prégabaline dans la sciatique, publié en 2017, n'a pas montré de bénéfice de ce traitement [13]. Les recommandations britanniques et belges ne tranchent pas. Les Belges ne "recommandent pas d'antiépileptiques en l'absence de composante neuropathique", alors que les recommandations françaises ne le proposent qu'en cas de présence d'une composante neuropathique, mais non

pour les douleurs aiguës. Aux États-Unis peut être envisagée la duloxétine.

### La prise en charge rééducative

La prise en charge rééducative est essentielle dans les douleurs rachidiennes. Elle était initialement indiquée uniquement dans la lombalgie chronique : les recommandations européennes de 2006 concluaient en effet que les exercices n'avaient pas fait la preuve de leur efficacité dans la lombalgie aiguë. Néanmoins, actuellement chez les patients à risque de chronicité, une prise en charge multimodale incluant des exercices est proposée dans les nouvelles recommandations (sauf celles des États-Unis).

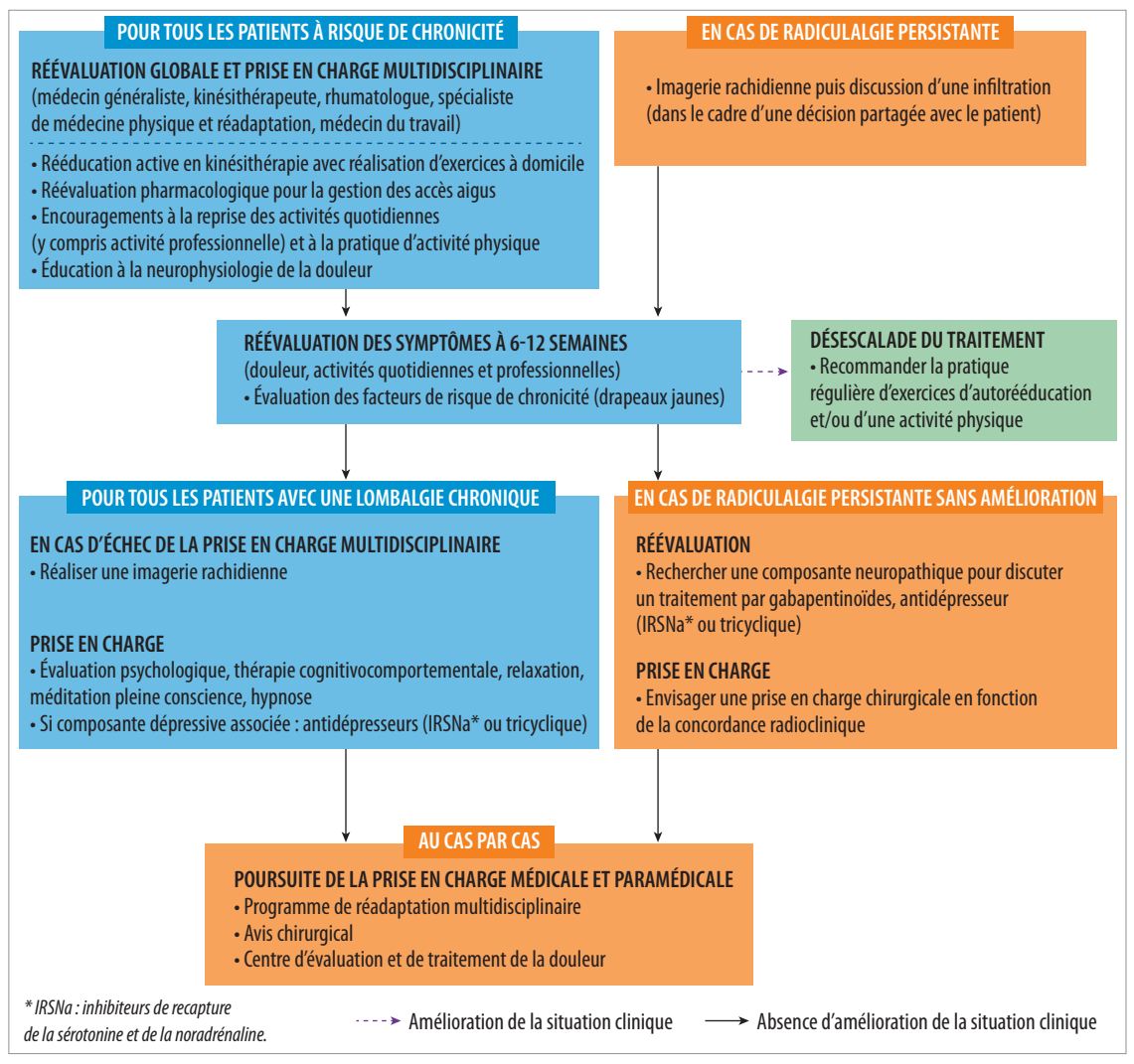
Les exercices peuvent être supervisés par des kinésithérapeutes et/ou réalisés à domicile. Aucune technique ou activité physique adaptée particulière n'est privilégiée et le choix doit être guidé par le patient. L'intérêt n'est donc pas de proposer de la rééducation à tous

les patients ayant une lombalgie, mais d'identifier les patients à risque, pouvant prioritairement en bénéficier. En l'absence d'efficacité, une intensification avec une prise en charge multimodale est proposée par l'ensemble des recommandations pour la lombalgie chronique, même si ce qui est réalisé dans ces prises en charge intensives n'est en général pas détaillé. Pour l'ensemble des recommandations, l'intérêt de l'activité physique est souligné en préventions primaire et secondaire.

### Les traitements complémentaires

De multiples traitements complémentaires sont décrits. Les manipulations et mobilisations sont évoquées dans toutes les recommandations, avec un intérêt antalgique à court terme. L'acupuncture est également évoquée, avec des recommandations proposant de l'utiliser, tandis que d'autres (françaises, anglaises, belges) ne retiennent pas d'efficacité de son effet.

Figure. Arbre décisionnel sur la prise en charge de la lombalgie à risque de chronicité ou chronique, issu des recommandations HAS 2019 sur la prise en charge de la lombalgie.



Dans les prises en charge psychologiques et comportementales, de multiples traitements sont proposés, notamment les thérapies cognitives et comportementales, la relaxation ou plus récemment le *mindfulness* (qui est dérivé des thérapies cognitivocomportementales). Aucune technique n'a fait la preuve de sa supériorité par rapport aux autres, et elles sont plus efficaces lorsqu'elles sont associées à une prise en charge rééducative.

### L'émergence des parcours de soins

Les anciennes recommandations françaises ou européennes proposaient différentes modalités de prise en charge selon la durée de la lombalgie (aiguë ou chronique), mais sans proposer d'articulation entre les différentes possibilités ni de réelle stratégie thérapeutique. De multiples questions restaient en suspens, comme la réévaluation du patient ayant une lombalgie aiguë, le moment où il faut envisager une prise en charge pluridisciplinaire, ou alors un programme de réentraînement à l'effort. Le "timing" de la bonne intervention, au bon moment, est compliqué à définir, à la fois car il n'y a pas de consensus dans la littérature internationale, que le profil des patients est différent, et que les pratiques locales sont variables. Par ailleurs, tous les patients n'ont pas forcément besoin du même soin, au même moment. Malgré ces difficultés, plusieurs groupes de travail ont proposé des parcours de soins. Les Belges sont ceux qui ont été le plus loin

dans ce processus, avec un document détaillé [14], ainsi qu'un site internet interactif (<https://lombalgie.kce.be/>), permettant de guider les professionnels de santé à chaque stade, selon la durée, la présence d'une radiculalgie, et le risque de chronicité. Par exemple, une réévaluation du patient ayant fait une poussée aiguë est proposée à 2 semaines (sauf si la douleur a disparu), avec évaluation lors de cette consultation des facteurs de risque de chronicité. Un arbre décisionnel, séparé en 2 parties – poussée aiguë de lombalgie et lombalgie à risque de chronicité ou chronique (figure) – a également été proposé lors des dernières recommandations françaises et canadiennes ; un consensus a été proposé dans les recommandations suisses.

### Conclusion

La prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires proposée dans les recommandations évolue au fur et à mesure des données scientifiques. La place des traitements médicamenteux se fait de plus en plus restreinte et est proposée surtout pour faciliter le maintien des activités de la vie quotidienne et des activités physiques. À l'inverse, les traitements non médicamenteux sont proposés en prévention primaire ou plus tôt dans le parcours du patient, avec l'objectif de sélectionner les patients à risque de chronicité, susceptibles de bénéficier de ce type de traitements. Certaines questions demeurent à approfondir, notamment le parcours de soins adapté à chaque patient.

F. Bailly déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.  
V. Foltz n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

### Références bibliographiques

- McGuirk et al. Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence-based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine* 2001; 26(23):2615-22.
- National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. 2016. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401577/pdf/Bookshelf\\_NBK401577.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401577/pdf/Bookshelf_NBK401577.pdf)
- Qaseem A et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the american college of physicians. *Ann Intern Med* 2017;166(7):514-30.
- Stochkendahl MJ, et al. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* 2018;(1):60-75.
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Reports 287Bs. *Good Clinical Practice (GCP)* 2017. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_287B\\_Douleurs\\_lombaires\\_et\\_radiculaires\\_Resume1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf)
- Chenot JF et al. Non-specific low back pain. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(51-52):883-90.
- Institute of Health Economics (Alberta, Canada). Toward optimized practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. 3rd edition - minor revision 2017. 2015. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/885801>.
- Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique. 2019. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune).
- Tsiang JT et al. Sensitivity and specificity of patient-entered red flags for lower back pain. *Spine J* 2019; 19(2):293-300.
- van Tulder M et al. Chapter 3. European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care. *Eur Spine J* 2006;Suppl 2: S169-91.
- Wáng YXJ et al. Informed appropriate imaging for low back pain management: a narrative review. *J Orthop Translat* 2018;15:21-34.
- Williams CM et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2014;384(9954):1586-96.
- Mathieson S et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. *New Engl J Med* 2017;376(12):1111-20.
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE. Lombalgie et douleur radiculaire : éléments-clés d'un itinéraire de soins. 2017. <https://kce.fgov.be/fr/lombalgie-et-douleur-radiculaire-%C3%A9%C3%A9ments-cl%C3%A9s-dun-itin%C3%A9raire-de-soins>