

Prédiction et prévention : quelle évaluation des facteurs pronostiques ?

Prediction and prevention: which assessment of predictors?

M. de Sèze*

POINTS FORTS

► La compréhension de la lombalgie chronique passe par une analyse de l'histoire du malade et de sa lombalgie qui comprend le 1^{er} épisode de lombalgie aiguë, la récurrence et/ou le passage en lombalgie subaiguë, et enfin le stade de la chronicité tenant compte des autres pathologies, des conflits professionnels et des croyances néfastes possiblement induits, qui peuvent alors apparaître comme un marqueur d'un état de santé physique incompatible, notamment, avec un travail manuel. Il faut donc bien se garder d'interpréter la présence régulière de facteurs psychosociaux parmi les facteurs pronostiques de passage à la chronicité, en considérant la lombalgie chronique comme un phénomène psychosomatique (phénomène psychique à expression somatique), mais plutôt considérer la lombalgie chronique comme un phénomène somatopsychique (aboutissant à un phénomène douloureux à forte résultante psychique).

► *The understanding of chronic low back pain requires an analysis of the history of the patient and his low back pain which includes the first episode of acute low back pain, recurrence and/or transition to subacute low back pain and finally the stage of chronicity taking into account the others pathologies, professional, conflicts and fear and avoidance beliefs possibly induced by the chronic LBP, and which can appear as a marker of a state of physical health incompatible, in particular, with manual work. We must therefore be careful in order to not over interpret the regular presence of psychosocial factors among the prognostic factors of transition to chronicity, and then consider chronic low back pain as a psychosomatic phenomenon (psychic phenomenon with somatic expression), but rather to consider chronic low back pain as a somatopsychic phenomenon (resulting from a painful phenomenon with a strong psychological result).*

HIGHLIGHTS

Mots-clés : Lombalgie - Facteurs pronostiques - Facteurs de risque

Keywords: Low back pain - Predictors - Risk factors

La prévention de la lombalgie chronique est un enjeu de santé publique [1]. L'analyse de la littérature révèle 2 biais méthodologiques difficiles à surmonter, le 1^{er} est un problème de définition. Qu'est-ce qu'un épisode de lombalgie ? Certes, une douleur lombaire n'irradiant pas dans les membres inférieurs règle le problème de la définition topographique. Mais, pour retenir un épisode de lombalgie, il faut aussi différencier la durée, l'intensité et le retentissement de l'épisode sur les activités et la participation. Les études qui s'intéressent aux symptômes lombaires sont rares. Pour des raisons économiques évidentes, la plupart d'entre elles prennent en considération première le retentissement professionnel mesuré par la durée de l'arrêt de travail. L'intérêt majeur de cette approche est son lien fort avec l'impact socioprofessionnel et économique de la lombalgie. Elle permet de manière tranchée de définir 3 phases évolutives de la lombalgie ayant des risques immédiats de persistance bien définis. L'épisode de lombalgie aiguë est limité à 6 semaines avec un risque de persistance de l'arrêt de travail inférieur à 10 %. Ce risque augmente progressivement lors de la phase subaiguë s'étendant de 6 à 12 semaines d'arrêt de travail, pour arriver à un risque de plus de 50 % de persistance permanente de l'arrêt lors de la phase

chronique, définie par un arrêt prolongé de plus de 3 mois. La limite de cette approche est qu'elle exclut une partie des lombalgies persistantes, malgré une reprise de travail, qui peut représenter 30 % des lombalgies initiales sur une période de 1 an. Ainsi, pour tenter de comprendre les mécanismes du passage à la chronicité, nous rapporterons la chronologie naturelle des facteurs de risques, de survenue d'une lombalgie aiguë, d'un épisode de récurrence, et de passage aux phases subaiguë et chronique. Nous critiquerons les sources qui ont permis d'identifier ces facteurs de risque, afin d'analyser la solidité des éléments apportés et de comprendre sur quels éléments les thérapeutes peuvent agir.

Facteurs de risque de lombalgie aiguë

Facteurs de risque de survenue d'un 1^{er} épisode de lombalgie aiguë

Il existe une association entre les facteurs psychologiques et l'apparition d'une lombalgie. Il s'agit de facteurs tels que l'anxiété, la dépression, les symptômes de somatisation, le stress des responsabilités

* Unité de médecine orthopédique et sportive, service de MPR, CHU de Bordeaux.

et le stress psychologique au travail [2]. Un autre point important est l'activité physique au travail. Le risque de lombalgie est accru pour des travaux physiques comme le port de charges, soulever, se pencher, les mouvements répétés en rotation et l'exposition aux vibrations. D'autres facteurs comme la station assise prolongée et la position penchée augmentent l'incidence de la lombalgie [3]. Les facteurs psychosociaux ont également un rôle déterminant. En effet, les patients qui évaluent leur profession comme étant monotone ou qui ont une insatisfaction au travail ont plus de risque de développer une lombalgie que les autres [2].

Une des critiques majeures de ces études est que, bien qu'il s'agisse d'un suivi de cohorte, le procédé de suivi à date fixe impose un questionnement a posteriori qui peut s'étendre à 1 an du début de l'histoire de lombalgie. Une autre limite est encore la définition de la lombalgie. Power et al. définissent la lombalgie comme une douleur lombaire de plus de 24 heures dans l'année précédente, ce qui n'exclut pas les passages à la chronicité, et semble sélectionner une population extrêmement jeune, de 32 ans en moyenne, qui ne correspond pas à l'âge moyen habituellement rapporté des patients atteints de lombalgies invalidantes [4].

À ce stade aigu, l'attitude médicale visant à limiter le passage à la chronicité est la délivrance d'une information appropriée visant à lutter contre la peur de complications induites par les mouvements rachidiens, à limiter la peur de l'activité professionnelle en réduisant la durée de l'arrêt de travail initial et à stimuler le mouvement pour éviter l'enchaînement catastrophisme, évitement et ankylose, proposé par Vlaeyen et Linton [5]. Il faut néanmoins souligner les limites temporelles de cette action stimulante, dont l'effet global disparaît au-delà de 3 mois [6]. Il existe aussi des facteurs qui influencent le taux de reprise professionnelle en réponse à une stimulation rassurante précoce, variables dans le temps.

À 3 mois de l'épisode aigu, les facteurs qui influencent positivement la réponse à une stimulation précoce sont :

- déclarer une douleur sur plus de 50 % de la durée du travail (36 % de non-retour au travail dans un groupe stimulé versus 65 % de non-retour au travail dans un groupe non stimulé) ;
- la croyance que les capacités de travail sont diminuées (55 % de non-retour au travail dans un groupe stimulé versus 76 % de non-retour au travail dans un groupe non stimulé) ;
- la croyance que son propre état de santé n'est pas lié au hasard (45 % de non-retour au travail dans un groupe stimulé versus 72 % de non-retour au travail dans un groupe non stimulé).

À 1 an de l'épisode aigu, les facteurs qui influencent positivement la réponse à une stimulation précoce sont :

- la présence de troubles fonctionnels gastro-intestinaux (22 % de non-retour au travail dans un groupe stimulé versus 55 % de non-retour au travail dans un groupe non stimulé) ;

- la croyance que l'état de santé n'est pas lié au hasard (24 % de non-retour au travail dans un groupe stimulé versus 46 % de non-retour au travail dans un groupe non stimulé).

Facteurs prédictifs de récurrence de lombalgie aiguë

Les risques de récurrence incluent en 1^{er} lieu les caractéristiques de l'épisode antérieur, avec la notion de sévérité, comprenant [7] : l'intensité de la douleur, la durée de l'épisode, la sévérité des limitations d'activité et restrictions de participation, la présence d'une irradiation et la notion d'arrêt de travail lié à la lombalgie et d'antécédent de chirurgie lombaire. Les autres facteurs de risque mis en évidence sont l'insatisfaction au travail [8] et la perception d'un mauvais état de santé, que ce soit l'état de santé somatique ou l'état de santé psychologique (stress et dépression) [9].

Dans ce contexte, l'intensité des douleurs et des limitations d'activité et restrictions de participation induites par l'épisode antérieur de lombalgie aiguë est probablement venue nourrir le concept de peur-évitement proposé par Vlaeyen et Linton [5]. Une critique de cette interprétation est qu'elle ne prend pas en compte l'intervalle libre entre les 2 crises, au cours duquel le patient a repris le travail sans douleur.

La lutte contre la récurrence d'épisodes de lombalgie invalidante, la plus efficace dans le temps, semble essentiellement physique, avec des programmes de musculation rachidienne intenses et spécifiques, résistant aux modifications musculaires rachidiennes induites. La réalisation d'un programme d'autoexercices rachidiens, de manière pluri-hebdomadaire, pendant au moins 8 semaines après un épisode de lumbago, a montré sa capacité à réduire l'atrophie musculaire des muscles Multifidus [10] et à diviser par 3 les taux de récurrence annuelle sur 3 ans [11].

Facteurs de risque de passage à la phase subaiguë et à la chronicité

Ils sont dominés par les données démographiques comme l'âge, les conditions de travail (incluant l'insatisfaction au travail, le travail physique, le niveau d'éducation, les conflits ou les accidents du travail), les croyances néfastes fondées notamment sur la sensation que les activités physiques et professionnelles sont responsables de la lombalgie, la présence de troubles psychologiques (dépression, sensation de mauvaise qualité de santé), mais aussi par l'expérience de la lombalgie dans la période aiguë, telle que l'intensité de la douleur ou son irradiation au-delà de la zone lombaire, ainsi que la sévérité des limitations d'activité et restrictions de participation associées. La revue de la littérature de Steenstra et al. montre une modification du poids de certains facteurs pronostiques de retour au travail, lors des phases subaiguë et chronique [12].

Facteurs a priori constants dans les 2 phases

Les facteurs de risques communs aux 2 phases sont l'avancée en âge, l'intensité des limitations d'activité et restrictions de participation associées à l'épisode aigu, le retard des traitements et les réactions de catastrophisme, de peur et d'évitement et une mauvaise capacité à "faire avec". En revanche, l'intensité des symptômes de dépression et la qualité du soutien social n'ont pas fait la preuve de leur impact sur le retour au travail à la phase subaiguë ou chronique.

Facteurs pronostiques plus spécifiques de la phase subaiguë ou de la phase chronique

■ Facteurs pronostiques ayant un impact prédominant sur la phase chronique

On y dénombre le sexe féminin, l'intensité de la douleur initiale, la perception d'un mauvais état de santé, un bas niveau d'éducation et l'existence d'un conflit professionnel. En revanche, l'absence de volonté de retour au travail le retarde lors de la phase subaiguë, mais n'a pas d'impact sur le retour au travail sur une période de plus de 3 mois.

■ Facteurs de non-retour au travail prolongé

Un suivi de cohorte [6] révèle aussi des modifications, entre 3 et 12 mois, des facteurs pronostiques de retour au travail. À 3 mois de suivi, les facteurs prédictifs de non-retour au travail sont la présence d'autres pathologies (OR = 3,1), la croyance que le travail pourrait aggraver la situation (OR = 2,3), la présence de douleur dans les activités quotidiennes (OR = 2,1) et un âge inférieur à 41 ans (OR = 1,4). Après 12 mois de suivi, les facteurs prédictifs de non-retour au travail sont la présence d'autres pathologies (OR = 2,4), la croyance que le mal au dos est lié au hasard (OR = 2,3), une croyance faible que le mal au dos peut disparaître (OR = 1,8) et être du sexe féminin (OR = 1,7).

L'analyse globale de ces facteurs pronostiques suggère un glissement de troubles psychologiques initiaux, qui prédominent pour marquer le risque d'apparition des premiers épisodes de lombalgies d'au moins 24 heures dans une population jeune, vers l'importance plus marquée des limitations d'activité et restrictions de participation associées à un 1^{er} épisode, pour prédire le risque de récurrence, et vers une prédominance des pathologies associées et des croyances néfastes comme facteur de risque de non-retour au

travail de longue durée. La plupart des études analysant les facteurs pronostiques de passage à la chronicité invalidante limitent l'étude des antécédents de lombalgie à moins de 1 an [13]. Il est cependant connu que le risque de récurrence après un 1^{er} épisode augmente considérablement sur au moins 3 ans. Cette restriction, semble, pourtant, être aussi un biais d'analyse conséquent qui est susceptible de sous-estimer l'impact des épisodes antérieurs notamment dans la construction des croyances néfastes et des conflits professionnels, et des insatisfactions au travail.

L'analyse des études s'intéressant aux facteurs de risque de passage à la chronicité révèlent un autre biais majeur d'ordre chronologique. Il semble extrêmement difficile et rare d'arriver à interroger les patients dans la période aiguë de leur lombalgie avec le risque d'intégrer, a posteriori, les modifications induites par l'histoire de la chronicité du mal au dos comme un facteur de pronostic initial [14]. En revanche, la prédominance des pathologies associées, dans les facteurs de risque de passage à la lombalgie invalidante, révèle probablement un état de santé diminué incompatible notamment avec un travail physique pénible.

Conclusion

L'histoire d'une lombalgie chronique invalidante est souvent très longue. La compréhension de la transformation chronique invalidante ne doit pas être réduite au passage d'un épisode aigu à la chronicité par la simple prolongation de la douleur, mais passe aussi par une analyse de l'histoire du malade et de sa lombalgie qui comprend le 1^{er} épisode de lombalgie aiguë, la récurrence et/ou le passage en lombalgie subaiguë, et enfin le stade de la chronicité tenant compte des autres pathologies, des conflits professionnels et des croyances néfastes possiblement induits, qui peuvent alors apparaître comme un marqueur d'un état de santé physique incompatible avec un travail manuel notamment. Il faut donc bien se garder d'interpréter la présence régulière de facteurs psychosociaux parmi les facteurs pronostiques de passage à la chronicité, en considérant la lombalgie chronique comme un phénomène psychosomatique (phénomène psychique à expression somatique), mais plutôt considérer la lombalgie chronique comme un phénomène somato-psychique (aboutissant à phénomène douloureux à forte résultante psychique).

M. de Sèze déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques

1. Byrns GE et al. A new direction in low-back pain research. *AIHA J* 2002;63(1):55-61.
2. Bigos SJ et al. A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine* 1991;16(1):1-6.
3. Frymoyer JW et al. Risk factors in low-back pain. An epidemiological survey. *J Bone Joint Surg Am* 1983;65(2):213-8.
4. Power C et al. Predictors of low back pain onset in a prospective British study. *Am J Public Health* 2001;91(10):1671-8.
5. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
6. Hagen EL et al. Predictors and modifiers of treatment: Effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine* 2005;(24):2717-23.
7. Thorbjörnsson CO et al. Psychosocial and physical risk factors associated with low back pain: a 24 year follow up among women and men in a broad range of occupations. *Occup Environ Med* 1998;55(2):84-90.



Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

Références bibliographiques (suite de la page 20)

8. Hoogendoorn WE et al. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2002;59(5):323-8.
9. Stevenson JM et al. A longitudinal study of the development of low back pain in an industrial population. *Spine* 2001;26(12):1370-7.
10. Danneels LA et al. Effects of three different training modalities on the cross sectional area of the lumbar multifidus muscle in patients with chronic low back pain. *Br J Sports Med* 2001;35(3):186-91.
11. Hides JA et al. Long-term effects of specific stabilizing exercises for first-episode low back pain. *Spine* 2001;26(11):E243-8.
12. Steenstra IA et al. Systematic review of prognostic factors for return to work in workers with sub acute and chronic low back pain. *J Occup Rehabil* 2017;27:369-81.
13. Koleck M et al. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *Eur J Pain* 2006;10(1):1-11.
14. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Ann Phys Rehabil Med* 2012;55(4):263-78.