



Lombalgies non spécifiques – recommandations thérapeutiques fondées sur la médecine factuelle

Peter Keel, Hans Schwarz, Alain Borgeat

Les lombalgies aiguës régressent le plus souvent en l'espace de quelques jours à quelques semaines. Il est rare qu'elles persistent plusieurs semaines à plusieurs mois sans qu'aucune cause organique puisse être découverte. Une évolution défavorable est souvent précédée de plusieurs rechutes. Une fois exclue toute cause spécifique, l'objectif premier consiste à rétablir rapidement et progressivement les capacités fonctionnelles antérieures (ou à instaurer éventuellement un niveau différent) malgré la persistance initiale de douleurs. A cet effet, il est indiqué de prendre des mesures antalgiques simples : en cas d'état persistant, il est important de ne pas laisser passer le moment de prescrire des mesures plus intensives, car le pronostic s'aggrave rapidement.

Phases de l'évolution

Phase aiguë

A la phase aiguë (3 à 4 premières semaines), les mesures thérapeutiques sont inutiles dans les cas non compliqués en raison de l'évolution favorable spontanée, car elles retardent la reprise du travail et génèrent des coûts inutiles [1-7]. Dans le cadre d'une étude randomisée, contrôlée contre placebo, l'adjonction de diclofénac ou le recours à la thérapie manuelle en com-

plément du traitement standard (information et paracétamol) n'ont pas amélioré le résultat à la phase aiguë [8].

Phase subaiguë

A la phase subaiguë (douleurs persistant de 4 à 12 semaines), il est indiqué de passer à des mesures actives, la retenue étant en l'occurrence ici encore recommandée [4]. Un examen clini-

Editorial

Les douleurs lombaires comptent parmi les motifs les plus fréquents de consultation médicale et sont souvent provoquées par de mauvaises postures ou par des sollicitations inadaptées. Il s'agit le plus souvent de tensions musculaires dues à une surcharge ou au stress ; on ne trouve que rarement des causes organiques. Chez la plupart des patients, les douleurs disparaissent d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Dans le cas de douleurs lombaires chroniques, seul s'avère efficace un programme thérapeutique étendu visant à désamorcer le stress, à éviter la surcharge et à favoriser l'activité physique.

Nadine Leyser
Rédactrice en chef

que approfondi, suivi de conseils sur l'absence de risques à reprendre les activités courantes, s'est avéré plus efficace que le « traitement médical habituel » [3,5]. Ce faisant, par des conseils avisés et un suivi systématique, il faut s'attacher à désamorcer la crainte qu'a le patient de souffrir d'une pathologie grave et de causer des dégâts encore plus importants par une mobilisation active [3].

Etat persistant (chronique)

En cas d'état persistant (chronique) (plus de 12 semaines d'incapacité de travail), des mesures

Sommaire

Lombalgies non spécifiques – recommandations thérapeutiques fondées sur la médecine factuelle	1
Phases de l'évolution	1
Méthodes thérapeutiques	2
Pharmanews	4

Pr Dr méd. Peter Keel, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel; Dr méd. Hans Schwarz, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Bethesda-Spital, Basel; Pr Dr méd. Alain Borgeat, Orthopädische Universitätsklinik, Klinik Balgrist, Zürich



Tableau 1 Programmes de réadaptation interdisciplinaire multimodale

Physiothérapie

- *Instructions pour la prise en charge personnelle, assorties d'exercices agissant sur la mobilité (étirements), la force (en particulier la musculature du tronc), l'endurance (générale, aérobic) et la coordination (équilibre, perception corporelle)*
- *Informations, instructions (« Ecole du dos », conseils d'ergonomie)*

Psychothérapie

- *Mesures de relaxation : relâchement musculaire progressif, training autogène, biofeedback ; apprentissage de la perception corporelle, exercices respiratoires, entraînement de l'attention, autohypnose, autosuggestion, etc.*
- *Techniques cognitives :*
 - Apprentissage de la perception
 - Correction de modèles négatifs de pensée ou d'affrontement des problèmes (avant tout catastrophisme, comportement d'évitement, tel que « fear avoidance beliefs »)
 - Amélioration de la maîtrise de la douleur
 - Redéfinition des objectifs, techniques de « pacing » (évitements du surmenage)
- *Stratégies de détournement, entraînement au plaisir*
- *Eventuellement, thérapie comportementale classique portant sur la modification du comportement algique*

de réadaptation intensives sont indiquées, car il existe alors un risque important de chronicisation et d'évolution vers l'invalidité [6]. A ce stade, en effet, les mesures thérapeutiques classiques semblent être inefficaces [9]. Après six mois d'incapacité de travail, les mesures de réadaptation n'ont pratiquement plus aucune chance de permettre la réintégration du patient dans le monde du travail.

Méthodes thérapeutiques

Les recommandations thérapeutiques reposent sur les revues actuelles de la littérature consacrée à l'efficacité des mesures [4,7,10]. Pour assurer un recensement précoce des patients courant un risque élevé de chronicisation et pour garantir un traitement d'un bon rapport coût/efficacité, il est judicieux de suivre une démarche systématique (dans la mesure du possible) fondée sur les directives de la médecine factuelle (ou sur les recommandations de groupes d'experts) (récapitulatif dans [7] ; Directives suisses : [11] ; résumé dans [12,13]).

Médicaments antalgiques

A condition de respecter la dose maximale, le paracétamol est efficace et bien toléré. En cas de non-réponse, on recourra aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), qui exercent en outre une action anti-inflammatoire,

sans être toutefois nettement supérieurs aux antalgiques dans les douleurs aiguës [14]. En présence de douleurs plus intenses, on peut également faire appel aux opioïdes – avec les réserves que cela implique (effets indésirables, développement d'une dépendance). En cas de chronicisation des douleurs, ils perdent souvent une grande partie de leur efficacité, sans doute en raison des processus centraux de sensibilisation survenus entre temps. En cas de douleurs aiguës dues aux contractions musculaires, les myorelaxants constituent souvent une alternative ou un complément efficaces [16] (meilleur que le placebo [15]). Ils ne sont toutefois pas supérieurs aux antalgiques ou aux AINS [15]. Tout en tenant compte des interactions, on peut associer les différentes substances.

Il est fait état d'un effet positif des antidépresseurs sur l'intensité des douleurs, mais pas sur le handicap fonctionnel [17,18]. Les molécules le mieux documentées sont l'amitriptyline et la doxépine. Elles agissent déjà à faibles doses (10-25 mg), y compris contre la nervosité, l'irritabilité et les troubles du sommeil. On pourra faire l'essai d'un antiépileptique ou d'un antidépresseur sélectif ou à double action (venlafaxine ou duloxétine), lorsque l'on soupçonne l'existence d'une composante neuropathique. Tant pour la duloxétine que pour la prégabaline, une efficacité a été attestée

dans la fibromyalgie, laquelle s'accompagne de lombalgies chroniques [19].

Infiltrations

En cas de douleurs persistantes au niveau lombaire et dans la jambe, accompagnées d'une symptomatologie spécifique, les infiltrations de corticoïdes ou d'anesthésiques locaux peuvent s'avérer utiles sous la forme d'injections locales dans les parties molles ou d'infiltrations dans les articulations interfacettaires [20,21], par voie péridurale ou épurale [22].

Les infiltrations à base de cortisone ont montré leur efficacité depuis les années 60. La controverse quant à leur efficacité est apparue après les publications de résultats décevants [23]. Cependant ceux-ci peuvent être expliqués en grande partie par le mauvais choix des indications. Les infiltrations péridurales à base de stéroïdes sont surtout efficaces lors de processus inflammatoires, telles que compression d'une racine nerveuse par une hernie discale ou un ostéophyte. En effet il a été démontré que la phospholipase A2 était l'un des médiateurs principalement impliqués dans ce processus. Cette observation a un grand intérêt physiopathologique car les AINS ne peuvent atténuer les conséquences inflammatoires secondaires à la libération de phospholipase A2, alors que les stéroïdes le peuvent.

Manipulations

Les manipulations permettent souvent d'obtenir une atténuation rapide des symptômes dus aux lombalgies aiguës non spécifiques [24-26] ainsi que des phénomènes secondaires (contractures musculaires, p. ex.), mais sans que l'on puisse noter de franche supériorité par rapport aux autres formes de traitement [27]. Dans les lombalgies chroniques, la supériorité des manipulations n'est pas non plus manifeste ou n'est attestée qu'à court terme [27,28] ; seules de rares études font état de succès durables [26,29]. Les manipulations doivent s'inscrire dans un concept thérapeutique global, incluant une participation active du patient.

Kinésithérapie fonctionnelle

La kinésithérapie fonctionnelle initiale est préférable au repos au lit [30,31]. On dispose de peu de données sur les différents schémas thérapeutiques, les exercices d'étirement selon McKenzie étant le mieux documentés [32,33]. Dans les lombalgies aiguës, la reprise rapide des activités quotidiennes est tout aussi efficace qu'une kinésithérapie [5,23]. Une mobilisation active précoce donne de meilleurs résultats qu'un traitement plus conservateur [34]. Dans les douleurs chroniques, son efficacité est clairement démontrée, même si aucune technique ne l'emporte sur les autres [48]. La kinésithé-

rapie fonctionnelle englobe les corrections de posture, la relaxation et l'élongation de la musculature, les exercices de mobilisation, le renforcement de la musculature du tronc, l'amélioration de la condition physique générale (thérapie d'entraînement, voir ci-après) ainsi qu'éventuellement un entraînement aux conditions de travail.

Thérapie d'entraînement

La restauration progressive d'une mobilité suffisante, de la force musculaire au niveau du tronc, de l'endurance générale et d'une bonne coordination permet d'améliorer la condition physique dans le but de redonner au patient des capacités fonctionnelles normales malgré la présence ou même l'aggravation passagère des douleurs. Pour cela, une bonne information, des instructions soigneuses sur la manière d'exécuter les exercices et un plan d'entraînement sont indispensables. Comme moyens concrets pour y parvenir, on citera : la pratique d'une activité physique quotidienne (se rendre au travail à pied ou à vélo, modifier certains processus de travail), un entraînement sous contrôle médical ou un entraînement général d'endurance-force, la pratique d'un sport d'endurance (randonnées, jogging, vélo, natation, etc.) ainsi que des exercices spécifiques pour le dos. L'efficacité de la thérapie d'en-

Tableau 2 Ménager son dos – se ménager soi-même

Ménager son dos

- Protéger des sollicitations excessives (ergonomie)
 - Doser les travaux lourds
 - Éviter de garder trop longtemps la même position
- Renforcer la musculature par l'entraînement
 - Bouger dans la vie quotidienne, sport
- Soulager en compensant
 - Pauses, sport, détente

Désamorcer le stress

- Se consacrer du temps à soi-même
- Apprendre à dire non
- Apprendre à s'imposer
- Améliorer son aptitude à gérer les conflits
- Lutter contre le perfectionnisme

traînement dans les lombalgies chroniques est bien documentée [23,35,36].

Ecole du dos, mesures psychoéducatives

L'école du dos et les mesures psychoéducatives (thérapie cognitivo-comportementale) servent à la prévention secondaire [37]. Elles favorisent la responsabilisation des patients, améliorent la tolérance à l'effort grâce à de meilleures attitudes dans les activités quotidiennes, permettent l'apprentissage de techniques de maîtrise de la douleur et fournissent une information appropriée. Elles informent en outre sur les risques de rechute ou d'exacerbation des douleurs lombaires et élaborent des stratégies visant à éviter les efforts et les sollicitations excessives. Elles ont pour but d'identifier les sources de stress particulièrement importantes de nature physique et psychique, et d'encourager les modifications comportementales ainsi que la pratique d'une activité physique régulière (gymnastique, exercices d'étirement, etc.) afin de prévenir le retour d'épisodes douloureux. Un programme d'entraînement complémentaire ou sa mise en route dans le cadre d'un programme de traitement interdisciplinaire (voir ci-après) est

Tableau 3 Tendance à se surmener

<i>Attitude axée sur la performance</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Travail dur • Absence de pauses, disponibilité excessive • Peu de temps de récupération
<i>Problèmes de manque de confiance en soi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendant de la reconnaissance des performances • Tendance au dénigrement de soi-même
<i>Peur des critiques et du rejet</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Perfectionnisme • Suradaptation • Hypervigilance
<i>Éviter de dépendre</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de confiance fondamentale en soi • Autonomie forcée • Difficulté à accepter de demander de l'aide
<i>Inhibition de l'agressivité</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à s'imposer • Peur des conflits • Recherche pathologique de l'harmonie
<i>Alexithymie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de prendre conscience et d'exprimer des sentiments – surtout désagréables



souhaitable, car les programmes de formation seuls se sont avérés inefficaces [23,38-40]. Des améliorations significatives ont été obtenues lorsque le programme était directement intégré à l'environnement professionnel.

Conseils d'ergonomie

L'adaptation de la posture et des processus de travail dans le cadre professionnel réduit les efforts et les mouvements nécessaires, et prévient les phénomènes de surcharge, les contractures et les déséquilibres. Aussi bien le maintien du corps en position immobile que le transport de charges lourdes – surtout en position penchée en avant – peuvent provoquer des douleurs. Il est important de mettre ces recommandations en pratique d'une manière nuancée pour ne pas susciter des craintes iatrogènes exagérées face aux sollicitations physiques. La mise en pratique de ces mesures ergonomiques se heurte cependant souvent aux conditions de travail (pression du temps) et à l'attitude générale des intéressés vis-à-vis de leur activité professionnelle (barre placée très haut). Un entretien avec l'employeur ou une visite au poste de travail de la part du physiothérapeute ou de l'ergothérapeute peuvent également être profitables.

Programmes de réadaptation interdisciplinaire multimodale

En cas de troubles persistants dépassant 12 semaines, la reprise fonctionnelle représente le principal objectif des mesures de réadap-

tation [41]. Les programmes de réadaptation intensive multimodale en milieu hospitalier durent en règle générale au moins quatre semaines. Une mise en œuvre en milieu semi-hospitalier est préférable parce que les patients restent dans le cadre de leur vie quotidienne [42-44]. Ce type de programme englobe les éléments énumérés au tableau 1, qui peuvent également être proposés individuellement dans un cadre ambulatoire. L'efficacité de ces programmes est avérée [26,43,45,46], et ce d'autant plus qu'ils sont appliqués précocement [47,48]. Ils permettent de réduire davantage l'absentéisme que les traitements classiques lorsqu'ils incluent un entraînement spécifique au type de travail (« work hardening »), associé aux mesures éducatives précédemment évoquées [49]. L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale seule est démontrée [50,51].

Apprendre à vivre avec ses lombalgies chroniques – instructions pour la prise en charge personnelle

Cela réclame aussi du thérapeute qu'il change de rôle : il n'a plus la puissance du « soignant », mais endosse un rôle de conseiller qui vise plutôt à amener le patient à gérer lui-même ses douleurs. Il abandonne le rôle traditionnel de celui qui vient en aide et adopte une relation d'égal à égal en agissant « comme un coach au bord du terrain », encourageant l'autonomie, la responsabilité de soi et l'initiative personnelle

(autoefficacité) des patients. Si le patient parvient en effet à considérer ses douleurs comme un signal d'alarme que lui adresse son organisme, ces dernières perdront leur caractère menaçant et auront davantage valeur d'indicateur pour une vie plus détendue et plus axée sur le plaisir. Le fait d'apprendre à mieux ménager son dos (tableau 2) permet au patient de mieux prendre soin de lui-même. Pour protéger le dos des surcharges ou pour lui accorder les compensations dont il a besoin – sous forme d'entraînement physique régulier et de périodes de récupération suffisantes –, il faut diminuer les tâches les plus chronophages et éviter l'excès de stress. Les comportements à changer sont surtout ceux qui provoquent le surmenage (tableau 3), avec un glissement en douceur vers une psychothérapie plus intensive, œuvrant à la mise au jour des problèmes. Il existe en effet souvent de fortes défenses dues à un vécu traumatisant dans l'enfance et pouvant expliquer certains comportements particuliers devant les efforts.

Bibliographie et liens supplémentaires sous : www.dolor.ch

Pharmanews

Pfizer Suisse SA

NOUVEAU : traitement des douleurs neuropathiques centrales – LYRICA®, le seul antiépileptique autorisé pour toutes les neuropathies

Swissmedic a autorisé le médicament LYRICA® (prégabaline) pour le traitement des douleurs neuropathiques centrales en avril 2008. La nouvelle indication « douleurs neuropathiques centrales » inclut, p. ex., les douleurs neuropathiques après un AVC, lors d'un traumatisme médullaire ou chez les patients souffrant d'une sclérose en plaques. Pour vous, ainsi que pour les patients concernés, l'importance de cette nouvelle indication est capitale : avec cette nouvelle indication, l'ensemble des coûts de traitement de toutes les douleurs neuropathiques sont maintenant pris en charge par les caisses-maladie. Un vaste programme d'étude a démontré la grande efficacité de LYRICA® pour traiter les douleurs neuropathiques périphériques [1] et centrales [2,3] et a mis en évidence l'atténuation de la douleur, cliniquement importante et durable, ressentie par les patients [1]. De plus, grâce à la simplicité de son administration (1 capsule 2 x par jour) par rapport aux anciens traitements, tels que la gabapentine, le traitement est facilité. Ceci permet aux patients de l'intégrer plus aisément dans leur vie quotidienne.

[1] Freynhagen R et al.: *Pain*; 115: 254-263, 2005 ; [2] Siddall PJ et al.: *Neurology*; 67: 1792-1800, 2006 ; [3] Vranken JH et al.: *Pregabalin in patients with central neuropathic pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen*. *Pain*; 2007; (article in Press)

Tous les textes publiés sous la rubrique Pharmanews sont des affirmations émanant de l'industrie

Impressum

Comité de rédaction : Pr A. Borgeat, Zurich ; Pr U. W. Buettner, Aarau ; Dr M. Felder, PD, Zurich ; Pr P. Keel, Bâle ; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich ; rédactrice responsable : Dr N. Leyser, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle

Les noms de marque peuvent être protégés par le droit des marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.

Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Editeur : Dr Christian Jäggi, IMK, Bâle ; Edition : IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle ; tél. : 061/271 35 51 ; fax : 061/271 33 38 ; e-mail : dolor@imk.ch ; www.dolor.ch

Parution trimestrielle
ISSN 1422-0601 © IMK

Avec l'aimable soutien de



Les sponsors n'exercent aucune influence sur le contenu de la publication. Ils peuvent faire paraître de brefs communiqués sous la rubrique Pharmanews.