



# Dossier documentaire

**« Lombalgies / Lombosciatiques aiguës communes »**

*(Version 1 du 15 avril 2008)*

**Docteur Pascal Richette**  
Rhumatologue  
Hôpital Lariboisière, Paris



## Sommaire

Introduction :	page 3
Niveaux de preuve - Grades de recommandations :	page 4
Synthèse :	page 5
Critères de qualité :	page 9
Retour d'information :	page 10

Document établi à l'initiative des « *Cercles d'Analyse des Pratiques entre Pairs* » (CAP Pairs®), un programme de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) promu par « SOPHIA Fondation d'Entreprise Genève » (SOPHIA).



## Introduction

Ce dossier documentaire s'adresse aux groupes d'analyse des pratiques entre Médecins généralistes qui, comme les CAP Pairs<sup>®</sup>, ont choisi de consacrer au moins une partie de leurs réunions à certains thèmes d'intérêt, issus de la pratique courante.

Le thème de ce dossier documentaire a été choisi par le Comité de pilotage du programme CAP Pairs

- ✓ Dr Christian COHENDET, Médecin généraliste, (Poisy [74])
- ✓ Dr Alain GIBILY, Médecin généraliste (Chalons en Champagne [51])
- ✓ Dr Jacques GRICHY, Médecin généraliste, (Montlignon [95])
- ✓ Dr René LE JEUNE, Médecin généraliste (Rosporden [29])
- ✓ Dr Jean-Michel SEJOURNÉ, Médecin généraliste (Eymet [24])

L'objectif est d'aider les praticiens impliqués dans des groupes à comparer leurs pratiques aux recommandations actuelles et autres sources documentaires de haute qualité (c'est-à-dire fondées sur des niveaux de preuve explicites), comme les y invitent les dispositifs d'EPP et de FMC.

Dans cette perspective, chaque dossier réunit les éléments suivants :

- ✓ Une synthèse pratique, rédigée par un praticien expert du domaine concerné,
- ✓ Une liste de critères/indicateurs de qualité des pratiques, suggérée par ce même auteur,
- ✓ Un questionnaire d'évaluation de la qualité/utilité du présent dossier.



## Niveaux de preuve Grades de recommandations

Le niveau de preuve des articles retenus a été établi de la façon suivante :

- ✓ niveau 1 : essais comparatifs randomisés de forte puissance ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés,
- ✓ niveau 2 : essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte,
- ✓ niveau 3 : étude cas-témoins,
- ✓ niveau 4 : études comparatives avec des biais importants, études rétrospectives, des séries de cas ou études épidémiologiques descriptives.

Les recommandations sont classées en grades A, B ou C en fonction du niveau de preuve scientifique fourni par la littérature :

- ✓ grade A : preuve scientifique établie par des études de niveau 1,
- ✓ grade B : présomption scientifique d'après des études de niveau 2,
- ✓ grade C : faible niveau de preuve (études de niveau 3 ou 4),

En l'absence d'étude de niveau suffisant, les recommandations s'appuient sur un accord professionnel (pratiques professionnelles et bon sens).



# Synthèse

## I) DÉFINITIONS

Les lombalgies et lombosciatiques ne sont pas des maladies mais des syndromes, d'étiologies multiples [1].

Une lombosciatique est dite commune lorsqu'elle est secondaire à un conflit disco-radulaire ou lorsque aucune affection « spécifique » n'a été diagnostiquée.

Les formes aiguës sont celles dont la durée d'évolution est inférieure à trois mois.

La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier [2].

La lombosciatique est une douleur lombaire associée à une irradiation douloureuse dans le membre inférieur s'inscrivant selon une topographie radulaire L5 ou S1 [3].

## II) STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

### A) Remarques générales

1. L'objectif devant toute lombalgie ou lombosciatique aiguë est de dépister au plus vite une lombosciatique dite symptomatique (c'est-à-dire non commune) ayant une origine [1,4] :
  - a. Infectieuse : spondylodiscite et/ou épidurite,
  - b. Tumorale : métastase ou tumeur primitive maligne ou bénigne,
  - c. Inflammatoire : spondylarthropathie essentiellement,
  - d. Fracturaire : fracture-tassement vertébral.
2. L'interrogatoire et l'examen clinique initiaux doivent aussi rechercher les signes de gravité, permettant d'identifier les urgences diagnostiques et thérapeutiques (grade C) [3] :
  - a. Lombosciatique avec syndrome de la queue de cheval,
  - b. Lombosciatique paralysante,
  - c. Lombosciatique hyperalgique.

### B) Une lombalgie ou lombosciatique de diagnostic et traitement urgents est évoquée dans les cas suivants [1, 3]

1. En faveur de la lombosciatique avec syndrome de la queue de cheval :
  - a. Présence d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes,
  - b. Incontinence ou rétention urinaire.
2. En faveur de la lombosciatique paralysante : présence d'un déficit moteur inférieur à 3 (cf. échelle MRC en Annexe).
3. En faveur de la lombosciatique hyperalgique :
  - a. Douleur ressentie comme insupportable,
  - b. Douleur résistante aux antalgiques majeurs (opiacés).

**C) Une lombalgie ou lombosciatique dite symptomatique (10 à 20% des cas) est évoquée dans les cas suivants [1,4]**

1. En faveur d'une origine tumorale :
  - a. Âge supérieur à 50 ans (grade B),
  - b. Altération de l'état général,
  - c. Perte de poids inexplicée (grade B),
  - d. Antécédent tumoral (grade B),
  - e. Echec du traitement symptomatique (grade B),
  - f. Horaire inflammatoire de la douleur.
2. En faveur d'une origine infectieuse (spondylodiscite) :
  - a. Contexte septique,
  - b. Fièvre,
  - c. Douleur à recrudescence nocturne,
  - d. Immunodépression,
  - e. Raideur globale du rachis lombaire.
3. En faveur d'une origine inflammatoire (spondylarthropathie) :
  - a. Âge jeune (par exemple, inférieur à 40 ans),
  - b. Horaire inflammatoire de la douleur,
  - c. Réveil et lever nocturnes, motivés par la douleur,
  - d. Diminution de la mobilité du rachis dans un plan frontal et sagittal.
4. En faveur d'un tassement vertébral :
  - a. Notion de traumatisme (grade B),
  - b. Corticothérapie (grade B),
  - c. Âge supérieur à 70 ans (grade B),
  - d. Absence de radiculalgie.

**D) La lombalgie ou lombosciatique commune (80 à 90% des cas) est évoquée devant [1-3]**

1. Antécédents de lombalgie aiguë (lumbago),
2. Attitude antalgique du rachis lombaire avec raideur segmentaire,
3. Signe de Lasègue controlatéral,
4. Déclenchement de la sciatique par l'hyperextension lombaire [5],
5. Impulsivité de la radiculalgie aux efforts de toux, d'éternuement ou de défécation.

**E) Remarque : le syndrome des articulaires postérieures [2]**

1. L'arthrose des articulaires postérieures est une cause fréquente de lombalgie ou de lombosciatique chez le sujet âgé de plus de 60 ans.
2. En faveur de cette étiologie :
  - a. Absence de signes discaux,
  - b. Aggravation de la symptomatologie en hyperextension ou en se relevant d'une position en flexion du tronc,
  - c. Douleurs provoquées latérovertébrales et à la pression contrariée des articulaires postérieures,
  - d. Apparition du syndrome lombaire uniquement lors du passage en station debout et à la marche.

## F) Place de l'imagerie

1. L'objectif de l'imagerie dans le cadre d'une lombalgie ou d'une lombosciatique aiguë est de révéler une étiologie autre que discale [1-3].
  - a. Si suspicion d'une forme symptomatique, demander rapidement :
    - i. Des radiographies standard,
    - ii. Une IRM si possible.
  - b. Les radiographies standard associent :
    - i. Grand cliché dorso-lombo-pelvi-bifémoral de face (cliché de de Sèze),
    - ii. Rachis lombaire de profil.
  - c. Le scanner lombaire est un bon examen pour apprécier un conflit discoradiculaire.
2. Dans une lombalgie ou lombosciatique commune, il n'y a pas lieu de demander de radiographies standard avant 7 semaines d'évolution [1].
3. Le délai de 7 semaines peut être raccourci si :
  - a. Suspicion de forme symptomatique,
  - b. Suspicion de forme grave/de prise en charge urgente,
  - c. Aggravation malgré le traitement médical,
  - d. Bilan avant infiltration.
4. Remarque : les examens électrophysiologiques n'ont pas d'indication dans la lombalgie ou la lombosciatique aiguë commune (grade C) [1].

## III) STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

### A) Lombalgie et lombosciatique aiguës communes : leur traitement est symptomatique [1,3,4]

1. Thérapeutiques orales
  - a. Contrôle de la douleur (grade B)
    - i. Antalgiques,
    - ii. Anti-inflammatoires non stéroïdiens,
    - iii. Eventuellement, décontractants musculaires.
  - b. Corticothérapie générale : efficacité non démontrée (grade C).
  - c. Ceinture de contention lombaire : éventuellement bénéfique.
2. Repos au lit.

Le repos systématique au lit n'apporte pas de bénéfice.  
Au contraire, il paraît souhaitable de conserver le maximum d'activités tolérables (aussi normales que possible sous couvert de traitement antalgique) (grade B). Cela semble accélérer la récupération, diminuer les durées d'arrêt de travail et le passage à la chronicité.
3. Physiothérapie, acupuncture, mésothérapie.

En dehors de la chaleur, souvent ressentie comme sédative surtout par les patients âgés, aucun procédé de physiothérapie, acupuncture (grade B) ou mésothérapie n'a formellement démontré son intérêt.
4. Massokinésithérapie.

Elle a peu de place en période aiguë douloureuse.  
En revanche, elle pourrait être utile au décours de l'épisode aigu afin de prévenir les récurrences, en prodiguant des conseils sur « l'hygiène lombaire ».



5. Manipulations rachidiennes.
  - a. Elles auraient un intérêt modeste à court terme dans la lombalgie aiguë.  
Parmi les différentes techniques manuelles, aucune n'a fait la preuve de sa supériorité.
  - b. En revanche, il n'y a pas d'indication pour les manipulations dans la lombosciatique aiguë (grade B).
6. Infiltrations
  - a. L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë,
  - b. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intradurale dans cette pathologie (grade B).

#### **B) Cas particuliers [1]**

1. Le syndrome de la queue de cheval est une urgence chirurgicale,
2. Les lombalgies ou lombosciatiques symptomatiques requièrent un traitement spécifique,
3. Une lombosciatique présentant un déficit moteur (score MRC < 3) récent ou s'aggravant, ainsi que les lombosciatiques hyperalgiques doivent faire discuter un geste chirurgical.

#### **Annexe. Échelle MRC (Medical Research Council of Great Britain) de 0 à 5**

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ébauche de mouvement
0	Aucun mouvement

#### **IV) RÉFÉRENCES**

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Février 2000.
2. Poiraudau S, Lefevre Colau MM, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC-Rhumatologie Orthopédie* 2004;1:295-319.
3. Revel M. Sciatiques et autres lomboradiculalgies discales. *EMC-Rhumatologie Orthopédie* 2004;1:101-116.
4. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007;334:1313-7.
5. Poiraudau S, Foltz V, Drape JL, et al. Value of the bell test and the hyperextension test for diagnosis in sciatica associated with disc herniation: comparison with Lasegue's sign and the crossed Lasegue's sign. *Rheumatology* 2001;4:460-6.





## Critères de qualité

Les critères ci-dessous peuvent être proposés et sont liés à la pratique :

### **A) Recherche/suivi de signes cliniques d'alerte**

1. Hypoesthésie (périnée, OGE),
2. Incontinence/rétention urinaire,
3. Déficit moteur < 3 (échelle MRC),
4. Douleur ressentie comme insupportable et/ou résistante aux antalgiques majeurs (opiacés).

### **B) Réalisation d'un bilan d'imagerie au cours des 7 premières semaines d'évolution**

1. Radiographies standard (rachis dorsolombaire),
2. Autres explorations (TDM, IRM).

### **C) Nombre de jours de repos au lit (strict ou partiel)**



## Retour d'information

SOPHIA vous remercie vivement par avance de bien vouloir leur retourner ce questionnaire après l'avoir complété : bien entendu, vos évaluations seront d'un précieux concours pour améliorer le contenu et la forme de ce dossier documentaire.

Répondez à chaque proposition par une note comprise entre 1 et 6 :

Accord total	6
Accord quasi-total, réserves mineures	5
Accord prédominant, réserves importantes	4
Désaccord prédominant, points d'accord importants	3
Désaccord quasi-total, points d'accord mineurs	2
Désaccord total	1

### Jugement global

1. Le thème choisi est pertinent pour ma pratique
2. La qualité scientifique du dossier est satisfaisante
3. La qualité pédagogique du dossier est satisfaisante
4. Les informations produites sont objectives et impartiales
5. Il n'y a aucune promotion commerciale des produits/dispositifs de santé

Commentaires :

### Impact

6. Le dossier aura un impact sur mes
  - a. opinions sur le sujet choisi
  - b. discussions avec mes confrères
  - c. conseils aux patients
  - d. prescriptions (thérapeutiques et/ou diagnostiques)
7. Je souhaite recevoir la prochaine édition actualisée du même dossier
8. Je souhaite recevoir les autres dossiers documentaires de CAP Pairs/SOPHIA

Commentaires :



### Texte de synthèse

9. Le principe d'un texte de synthèse est utile
10. Le texte actuel est objectif/scientifiquement fondé
11. Le texte actuel est pertinent/utile à ma pratique

Commentaires :

### Critères de qualité

12. Le principe d'une liste de critères est utile
13. Je vais tester les (certains des) critères suggérés dans ma pratique

Commentaires :

### Références documentaires

14. Le principe du rappel *in extenso* d'un article de référence est utile
15. L'article principal proposé ici a été bien choisi
16. La possibilité de disposer d'articles complémentaires est utile
17. Les articles complémentaires proposés sont choisis à bon escient

Commentaires :

Merci par avance de renvoyer ce questionnaire complété par courrier ou télécopie à

**SOPHIA, Fondation d'Entreprise Genève**  
**BP 80356 - 06906 SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX**  
**Fax : 0 800 12 06 91**

Votre **NOM** (lettres capitales) : \_\_\_\_\_

**Prénom** : \_\_\_\_\_ **Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Adresse professionnelle** : \_\_\_\_\_

**Code postal** : \_\_\_\_\_ **Ville** : \_\_\_\_\_