

# Groupe de scoliose et de la colonne vertébrale de McGill

## Lombalgie non spécifique aiguë ou subaiguë

### Définition<sup>3,11</sup>

Douleur présente surtout dans le bas du dos, entre la 12<sup>e</sup> côte et le pli fessier **ET** aucun des signes suivants :

- Affection sous-jacente grave (p. ex., cancer, infection ou syndrome de la queue de cheval)
- Sténose spinale
- Radiculopathie
- Autre cause spinale précise (p. ex., fracture par tassement vertébral ou spondylarthrite ankylosante)
- Cause anatomopathologique précise confirmée

### Types de douleur

- **Douleur lombaire aiguë** : douleur présente depuis moins de 6 semaines
- **Douleur lombaire subaiguë** : douleur présente depuis 6 à 12 semaines
- **Douleur lombaire chronique** : douleur présente depuis plus de 12 semaines
- **Douleur lombaire récurrente** : périodes de douleur entrecoupées de périodes sans douleur

## Évaluation initiale de tout patient souffrant de douleur au dos

### 1. Établir le score standardisé

- Demander au patient de répondre soigneusement au questionnaire OSWESTRY 2.0<sup>10</sup> et inscrire le score au dossier<sup>6</sup>
- Demander au patient de remplir l'outil SBST (STarT Back Screening Tool)<sup>9</sup> et inscrire le score au dossier

### 2. Évaluer le patient (classification selon le diagnostic)

- Effectuer une anamnèse et un examen physique ciblés
- Examiner les scores obtenus aux questionnaires standardisés
- Classer le patient dans l'une des cinq grandes catégories suivantes :

#### A. Présence de signes d'alarme

- Apparition récente d'incontinence ou de rétention urinaire ou fécale; traumatisme grave récent, **paraparésie**, quadraparésie ou autres signes neurologiques évolutifs → Envoyer le patient au service d'urgence de votre réseau universitaire intégré de santé (RUIS) (dans le cas du McGill il s'agit de l'Hôpital général de Montréal [HGM] et de l'Hôpital général juif [HGJ])
- Perte de poids inexpliquée (> 4,5 kg sur une période de 6 mois<sup>5</sup>), fièvre, frissons, anesthésie en selle en l'absence d'apparition récente d'incontinence ou de rétention urinaire ou fécale, douleur aiguë non soulagée par la position couchée, douleur croissante qui ne faiblit pas → appeler le résident en orthopédie du rachis de l'urgence du RUIS sur son téléavertisseur (l'HGM : 514-934-1934, poste 53333, demander le résident en orthopédie du rachis, et l'HGJ : 514-340-8222)

**B. Instabilité à la marche, faiblesse, engourdissements ou incoordination des doigts** → Passer à l'algorithme de la myélopathie

**C. Douleur unilatérale à la jambe sous le genou (avec ou sans engourdissements ou faiblesse)** → Passer à l'algorithme de la radiculopathie

**D. Lombalgie associée à une douleur intermittente aux jambes qui est aggravée par la station debout ou la marche et qui est soulagée par la position assise** → Passer à l'algorithme de la claudication et de la sténose spinale

**E. Lombalgie non spécifique**

### 3. Faire de l'éducation <sup>2</sup>

- Rassurer le patient en lui indiquant que le pronostic est favorable (dans la mesure du possible, fournir de l'information imprimée pertinente sur la nature de la lombalgie non spécifique <sup>1</sup> mettant l'accent sur le fait que la majorité des cas se résorbent en l'espace de 6 semaines <sup>1</sup>)
- Recommander au patient de rester actif
- Déconseiller le repos au lit
- Encourager l'auto-prise en charge (poursuite des activités normales dans la mesure du possible)
- Déconseiller l'emploi de soutiens lombaires <sup>12,13</sup>

### 4. Prescrire des médicaments pour soulager la douleur (au besoin)

- Analgésiques non narcotiques
  - Acétaminophène
  - AINS<sup>7,14</sup> (consulter l'[algorithme se trouvant sur le site du Conseil du médicament du Québec](#) au [www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php?f=dabd1e9e8e9dc8e58cf6ccb0815527dc] ainsi que le texte « An evidence-based approach to prescribing nonsteroidal antiinflammatory drugs » de la troisième conférence de consensus Canadien.
- Myorelaxants <sup>1</sup>
- Analgésiques narcotiques (court traitement un option)

### 5. Prescrire de la physiothérapie (réévaluer après 10 séances)

- Pour les patients qui ont de la douleur depuis 2 à 4 semaines
- Pour les patients dont la douleur est aggravée par l'activité physique ou l'exercice (ces patients peuvent tirer profit de recommandations sur les exercices thérapeutiques <sup>1</sup>)
- Les traitements actifs se sont révélés plus efficaces que les traitements passifs <sup>15</sup>.
- Les tractions, les ultrasons thérapeutiques, le traitement au laser, le traitement interférentiel, le TENS et la massothérapie peuvent être utilisés en parallèle avec un programme d'exercices, mais ne sont pas recommandés seuls <sup>12,13,15</sup>.
- Manipulations vertébrales : Envisager le recours aux manipulations vertébrales chez les patients ayant une lombalgie non spécifique aiguë qui ne s'améliore pas <sup>1,3,12,15</sup> avec le programme de traitement en cours
  - Les spécialistes sont les suivants : physiothérapeute, chiropraticien, ostéopathe.
  - Le patient doit accepter de suivre le traitement.
  - Demander au patient de poursuivre son traitement s'il note une amélioration fonctionnelle continue après 2 séances (une amélioration de  $\geq 50\%$  du score OSWSTRY est le signe d'un succès thérapeutique <sup>8</sup>)

### 6. Éviter les examens suivants :

#### a) Imagerie à des fins diagnostiques

- Les examens d'imagerie radiologique ne sont pas recommandés dans les cas de lombalgie non spécifique aiguë chez les patients de < 50 ans.
- Les radiographies standards sont facultatives chez les patients de > 50 ans.
- L'EMG n'est pas recommandée dans les cas de lombalgie non spécifique aiguë.

b) Les épreuves de laboratoire ne sont pas recommandées à moins qu'une maladie précise soit soupçonnée.

## 1re visite de suivi (de 4 à 6 semaines après la visite initiale)

*Objectif : Vérifier le diagnostic*

- Réévaluer l'état du patient de 4 à 6 semaines après la visite initiale si les symptômes ne se sont pas résorbés :
  - Écarter les affections graves (signes d'alarme)
  - Passer en revue les facteurs de risque psychosociaux (alertes jaunes)
  - Prendre la situation en charge de manière appropriée (médicament, traitement)

**1. Établir le score standardisé**

- Demander au patient de répondre soigneusement au questionnaire OSWESTRY 2.0<sup>10</sup> et inscrire le score au dossier<sup>6</sup>
- Demander au patient de remplir l'outil SBST (STarT Back Screening Tool)<sup>9</sup> et inscrire le score au dossier

**2. Évaluer la présence d'alarmes jaunes**<sup>4,9</sup> --> Si des alarmes jaunes sont présentes, orienter le patient vers le programme multidisciplinaire global (trouver un centre qui offre des services de santé mentale, d'ergothérapie et de physiothérapie)

**3. Prescrire des exercices**

- Prescrire un traitement d'appoint prudent (jusqu'à 10 traitements pour déterminer s'il y a des résultats)
  - Directives sur les exercices thérapeutiques de la part d'un spécialiste (physiothérapeute)

**4. Envisager des examens d'imagerie**

- Radiographies

## **2e visite de suivi (de 12 à 16 semaines après la visite initiale)**

**1. Établir le score standardisé**

- Demander au patient de répondre soigneusement au questionnaire OSWESTRY 2.0<sup>10</sup> et inscrire le score au dossier<sup>6</sup>
- Demander au patient de remplir l'outil SBST (STarT Back Screening Tool)<sup>9</sup> et inscrire le score au dossier

**2. Prendre une décision**

**A. A. L'état du patient s'est amélioré**  
→ Poursuivre sur la même voie, transition vers un programme d'exercices à domicile (quelques patients pourraient avoir besoin de continuer leurs séances de physiothérapie), selon le jugement du physiothérapeute

**B. Le patient continue de présenter des symptômes :**

- Score OSWESTRY < 40 % → Orienter le patient vers une équipe multidisciplinaire non chirurgicale de la région spécialisée dans les maux de dos
- Score OSWESTRY > 40 % → Envoyer la demande de consultation pour la clinique du rachis au programme de prise en charge des maux de dos de McGill
  - Envisager de faire passer un test d'imagerie (IRM : maladie discale dégénérative; tomodensitométrie : spondylolyse); le patient pourrait être un candidat à l'intervention chirurgicale

**3. Maintenir une communication régulière avec le patient pendant l'attente des résultats d'imagerie et des réponses des spécialistes**

- Recommander au patient de rester actif
- Déconseiller le repos au lit
- Encourager l'auto-prise en charge (poursuite des activités normales dans la mesure du possible)

**TRAITEMENT SPÉCIALISÉ (DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE DES MAUX DE DOS)**

**Triage**

**1. Triage préalable à la visite : examen des rapports de consultation et des résultats d'IRM et de tomodensitométrie**

- Généraliste (avec expertise dans le domaine musculosquelettique)
- Psychiatre
- Physiothérapeute
- Chirurgien du rachis

**Visite initiale dans le cadre du programme de prise en charge des maux de dos**

*Vérifier le diagnostic en cherchant les causes anatomopathologiques de la douleur lombaire*

**1. Établir le score standardisé**

Demander au patient de répondre soigneusement au questionnaire du programme de prise en charge des maux de dos (il comprend l'OSWESTRY 2.1, des questionnaires sur le mode de vie et le questionnaire SF36) et comparer le score obtenu au dernier score établi par le médecin traitant.

**2. Évaluer le patient et prendre une décision**

(Déterminer la prochaine étape de soins)

- A. Rassurer le patient** (soins tertiaires non requis)
- B. Le patient a besoin de soins multidisciplinaires spécialisés non chirurgicaux**
- Psychologue
  - Psychiatre
  - Physiothérapeute
  - Généraliste en médecine sportive
- C. Le patient est un candidat à la chirurgie (il subit l'intervention chirurgicale)**
- Arthrodèse lombaire
  - Remplacement de disque intervertébral

**3. Retourner le patient dans la collectivité avec les recommandations de l'équipe spécialisée dans les maux de dos**

- A. Orientation vers des services de soins non chirurgicaux**
- B. Encadrement par une équipe multidisciplinaire** (clinique de la douleur, équipe spécialisée dans les maux de dos)
- C. Recommandations de services de soins postopératoires et encadrement approprié une fois la prise en charge aiguë terminée**

## **RÉFÉRENCES**

1. (IHE) IoHE. Ambassador Program guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain: background document. Available from <http://www.ihe.ca/research/ambassador-program/--low-back-pain/low-back-pain-guideline/guideline-documents/>. Edmonton (AB), 2009, Revised 2010.
2. Bouwmeester W, van Enst A, van Tulder M. Quality of low back pain guidelines improved. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34: 2562-7.
3. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147: 478-91.
4. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*; 303: 1295-302.
5. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 230-8.
6. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25: 2940-52; discussion 52.
7. Fortin A, Bessette L, Bradette M, et al. Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [serial online]. Accessed 2010.
8. Fritz JM, Childs JD, Flynn TW. Pragmatic application of a clinical prediction rule in primary care to identify patients with low back pain with a good prognosis following a brief spinal manipulation intervention. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 29.
9. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 632-41.
10. Mehra A, Baker D, Disney S, et al. Oswestry Disability Index scoring made easy. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 497-9.
11. Network TNBP. The Norwegian Back Pain Network- The communication unit. Acute low back pain. Interdisciplinary clinical guidelines. Oslo, 2002.
12. Poitras S, Rossignol M, Dionne C, et al. An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. *BMC Musculoskelet Disord* 2008; 9: 54.
13. Savigny P, Kuntze S, Watson P, et al. NICE clinical guideline 88-Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. [serial online]. Accessed 2009.
14. Tannenbaum H, Bombardier C, Davis P, et al. An evidence-based approach to prescribing nonsteroidal antiinflammatory drugs. Third Canadian Consensus Conference. *J Rheumatol* 2006; 33: 140-57.
15. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl 2: S169-91.