

## **Lombalgies et lombosciatiques aiguës Médecins et patients face aux recommandations (1- le bilan)**

Les lombalgies (L) et lombosciatiques (LS) sont un important problème de santé publique, et représentent entre 2 et 3,6 % des séances de médecine générale<sup>1,2</sup>. Devant une L ou LS aiguë ou récente, trois problèmes principaux se posent au praticien: comment conduire le diagnostic, quel traitement proposer, comment éviter le passage à la chronicité ? Des recommandations assez concordantes ont été proposées dans la plupart des pays. De celles de l'ANAES<sup>3</sup>, retenons pour la première question:

- **la place déterminante de l'interrogatoire et de l'examen clinique initial** pour éliminer les L et LS symptomatiques (fracture, néoplasie, infection) et les urgences diagnostiques et thérapeutiques (sciatique hyperalgique, sciatique paralysante, sciatique avec syndrome de la queue de cheval), avant de retenir le diagnostic de L commune qui représentent 95% des cas<sup>2</sup>.

- **l'inutilité de l'imagerie dans les 7 premières semaines**, en dehors de la suspicion de L ou LS symptomatique, des urgences et de l'usage de thérapeutiques (manipulation ou infiltration) exigeant d'éliminer formellement toute L ou LS spécifique. Après la radio simple du rachis lombaire, face et profil, le bilan complémentaire doit préférer, quand elle est accessible, l'IRM au scanner, mais ce bilan ne doit être prescrit qu'en préintervention, celle-ci ne s'envisageant pas avant 4 à 8 semaines.

- **l'inutilité ("il n'ya pas de place") des examens électrophysiologiques** dans ce cadre.

Que se passe-t-il en pratique? Plusieurs études en médecine générale apportent des réponses<sup>1,4,5</sup>.

**Une étude française<sup>1</sup>** a concerné 182 patients vus pendant une semaine par 78 généralistes.

Des examens d'imagerie ont été prescrits pour 40% des L et 62% des LS (radio simple: 37 et 49%, scanner: 3 et 30%, IRM: 0 et 10%). A la phase initiale les taux sont 24 et 36% pour la radio simple, de 3 et 18% pour le scanner.

Des examens biologiques (VS, NFS) étaient pratiqués dans 13 à 18% des cas.

**Une étude néerlandaise<sup>2</sup>** a concerné 1098 patients suivis sur 4 mois par 57 généralistes.

L'examen clinique était pratiqué dans 85% des cas à la première consultation, et 65% aux suivantes. Des radiographies étaient pratiquées dans 2% des cas à la première

consultation, et 6% dans le suivi. Les motivations de ces examens étaient dans 80% des cas l'élimination d'une cause spécifique, et dans 10% la réassurance du patient.

**Une étude israélienne<sup>5</sup>**, concernait 100 patients, vus par 16 généralistes. Elle a cherché à voir si les patients suivaient les conseils de leur médecin, et s'ils prenaient d'autres initiatives que celles qui leur avaient été conseillées.

27 examens radiologiques ont été prescrits, 19 effectivement réalisés; sur 19 tests de laboratoire (y compris EMG), 9 ont été effectués. Par contre 8 examens radiologiques et 6 autres examens ont été effectués à l'initiative du patient.

Comment expliquer ces différences de comportements des médecins et d'attentes des patients selon les pays, notamment pour l'imagerie, bien moins utilisés aux Pays Bas qu'en France et en Israël. Au delà des différences des systèmes de soins, prescription ou non prescription peuvent être justifiées par trois notions:

- La recherche des rares L symptomatiques, environ 5% des cas<sup>2</sup>. Les critères de risque sont connus, ils sont peu spécifiques et peuvent même être à l'origine de prescriptions excessives<sup>2,6</sup>.

- Les limites de l'imagerie: peu de corrélation entre les radiographies et le mécanisme de la L ou LS; grande fréquence des anomalies au scanner chez les patients asymptomatiques (après 40 ans, 50% des scanners montrent des lésions discales, articulaires postérieures ou des sténoses canalaires). L'IRM, examen le plus riche en information, montre très souvent aussi des anomalies chez les sujets asymptomatiques<sup>2</sup>.

- La régression de 90% des L aiguës en moins de 15 jours avec les seuls antalgiques<sup>2</sup>.

**Globalement**, l'écoute du patient est déterminante. La prise en compte de ses attentes et représentations doit alors nous aider à lui expliquer notre prescription ou non prescription d'imagerie<sup>4,5</sup>.

1 - Chambonet JY et al. Docteur, j'ai mal aux reins! Prise en charge des douleurs lombaires en médecine générale. Rev Prat MG 2000;14(514):1947-52

2 - Revel M. et al. Lombalgie commune. Dossier. Rev Prat. 2000;50(16):1557-1799.

3 - ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Recommandation pour la pratique clinique 2000:55 p, et texte" court:3 p

4 - Schers H et al. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. Br.J.Gen.Pract. 2000;50:640-644

5 - Hermoni D et al. Doctor-patient concordance and patient initiative during episodes of low back pain. Br.J.Gen.Pract. 2000;50:809-810

6 - Collectif. Radiographie dans les lombalgies. Evaluation d'une recommandation. Bibliomed 1997;74

**Mots clé:** lombalgie, sciatique, imagerie, clinique, attente du patient, recommandation, implémentation

*Numéro 211 du 1 février 2001*

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)  
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>