

Mots clés :

Douleur
Epidémiologie
Lombalgie
aiguë

Lombalgie et lombosciatique aiguës : surmédicalisées ?

Les revues systématiques et recommandations de toutes origines sur les épisodes aigus (moins de 3 mois) de lombalgie et lombosciatique, répètent depuis plus d'une dizaine d'années (*Bibliomed 211 et 212, 2001*) que la plupart (90%) sont bénins et ne nécessitent aucun examen complémentaire ou traitement spécifique. Pourtant, l'analyse des pratiques réelles confirme non moins régulièrement que ce n'est pas le cas, montrant même une surmédicalisation¹. Les raisons de cet écart ne relèvent donc pas des résultats des essais cliniques ou thérapeutiques. Même s'il y n'y a pas de données réellement « nouvelles », des publications récentes confirment les précédentes, tout en soulignant le risque de chronicisation¹⁻⁵.

Qui souffre de lombalgie aiguë ?

La lombalgie aiguë est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (2% du total aux USA²). 2/3 des adultes en sont atteints, hommes et femmes également, surtout entre 30 et 50 ans^{1,2}. Des facteurs de risque peuvent être en cause : port de charges lourdes surtout en position déséquilibrée, situations de vibration corporelle, obésité, mauvaise condition physique ; mais l'affection est fréquente même en dehors de ces cas³. Dans 85 à 95% des cas, il n'y a pas de cause précise identifiable et sa recherche est inutile pour la compréhension de la pathologie ou la décision thérapeutique. Les 5 à 15% de cas liés à une cause spécifique (fracture vertébrale, tumeurs, infection, maladie inflammatoire) donnent des signes d'alerte à rechercher dès la 1^{ère} consultation (les *red flags* des publications en langue anglaise) mais relèvent aussi de l'observation clinique.

Comment évolue la lombalgie aiguë ?

La plupart des patients qui ont des épisodes modérés ne demandent pas de soins médicaux. Parmi ceux qui consultent, la douleur, l'incapacité s'améliorent rapidement : dans les études en soins primaires, 1/3 des patients sont nettement améliorés à une semaine, 2/3 à 7 semaines³, environ 80% des patients ont repris le travail à un mois, autour de 93% à 3 et 6 mois⁵. Le retour au travail est influencé par les facteurs cliniques, psychosociaux et économiques, les facteurs psychosociaux étant les plus importants. L'invalidité permanente est rare¹.

Que conclure pour notre pratique ?

La lombalgie aiguë est très fréquente, dans la population comme parmi les consultants du généraliste. Dans la très grande majorité des cas, elle n'a pas de cause définie. L'existence de signes d'alerte de causes spécifiques est la seule justification d'examen complémentaires lors de la consultation initiale.

L'histoire naturelle de cette maladie ne semble pas modifiée par les thérapeutiques. L'évolution habituelle se fait le plus souvent vers une guérison dans les un à deux mois. Nous le verrons à travers l'analyse des essais contrôlés qui peinent à montrer l'effet thérapeutique d'une action spécifique.

Le risque principal est celui d'une évolution chronique, qui bien que mineure représente un important problème économique et de santé publique. De nombreuses études ont montré que les facteurs prédictifs de cette évolution ne sont pas liés aux aspects somatiques de la maladie mais à la façon dont elle est vécue, à l'environnement psychosocial du patient.

Ce sont tous ces aspects de l'accompagnement du patient que nous aborderons.

Cependant, un an après l'épisode aigu, un patient sur 3 signale des douleurs persistantes, au moins d'intensité modérée, un sur 5 une limitation substantielle de son activité^{4,5}.

Les récurrences sont fréquentes : 40% des patients à 6 mois, 73% à 12 mois⁵. Ces récurrences sont rarement invalidantes mais peuvent entraîner des exacerbations intermittentes, comme dans l'asthme³.

L'existence d'une hernie discale ne modifie pas ces données. L'amélioration est la règle, peut-être un peu plus lentement. Seulement 10% des patients gardent une douleur suffisante pour que la chirurgie soit à discuter ; chez les patients opérés le retour au travail n'est pas plus précoce que chez les non opérés³.

Qui est à risque d'évolution chronique ?

A côté des *red flags* à rechercher d'emblée, les auteurs anglophones évoquent des *yellow flags* qui signalent le risque de chronicité. Dans une revue systématique (20 études, 10 842 patients)⁶, les facteurs prédictifs de mauvais résultats à 1 an étaient la présence de signes non organiques (risque x3), les difficultés à faire face à la douleur (x2,5), une importante gêne fonctionnelle (x2,1), des comorbidités psychiatriques (x2,2), un médiocre état de santé (x1,8). L'environnement du travail, la douleur initiale, une radiculopathie étaient moins importants (en moyenne x1,5). Des lombalgies antérieures et diverses autres variables (poids, tabac, etc.) n'intervenaient pas².

Références :

- 1- Balagué F et al. *Clinical Update: low back pain*. *Lancet*. 2007; 369: 726-8
- 2- Chou R, Shekelle P. *Will This Patient Develop Persistent Disabling Low Back Pain?* *JAMA*. 2010; 303(13): 1295-1302.
- 3- Deyo RA, Weinstein JN. *Low back pain*. *N Engl J Med* 2001; 344(5): 363-70.
- 4- Chou R et al *Diagnostic and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain society*. *Ann Int Med*. 2007; 147(7): 478-91
- 5- Pencil LH et al. *Acute low back pain: systematic review of its prognosis*. *BMJ* 2003; 327: 323-7.