

Mots clés :

Lombalgie
aiguë
Examen
clinique
Information
du patient
Médicament

Lombalgie aiguë : que faire lors de la consultation initiale ?

Plainte très fréquente en médecine générale (*Bibliomed 597*), la lombalgie (ou la lombosciatique) aiguë a le plus souvent (80 à 90% des cas) une cause restant méconnue. Dans 90% des cas, cette lombalgie « non spécifique » va durer moins de 3 mois quel que soit le traitement. La consultation initiale a un triple rôle : *repérer les rares formes symptomatiques* qui peuvent nécessiter des traitements précis ; *examiner et traiter* le patient, mais aussi *chercher à éviter une évolution chronique et invalidante*. Les décisions prises (examens complémentaires, thérapeutique), l'information donnée sont déterminantes pour rassurer le patient et peut-être prévenir l'évolution chronique. De nombreuses études et analyses de recommandations peuvent guider le médecin¹⁻⁶.

Repérer une lombalgie symptomatique

L'histoire et l'examen clinique permettent de suspecter ces formes symptomatiques (cancer, infection, fracture, canal lombaire étroit) sur quelques signes d'alerte (*red flags* des anglophones) : âge (avant 20 ans, après 60 ans), douleur non soulagée par le repos, comorbidités (cancer, ostéoporose, toxicomanie intraveineuse), fièvre, perte de poids inexplicable, déficits neurologiques, troubles sphinctériens⁴. Des examens complémentaires sont alors nécessaires (au maximum 10 à 15% des cas)^{1,3}.

Lombalgies non spécifiques : pas d'examens complémentaires, inutiles voire nocifs

L'examen clinique est essentiel, avec pour buts de rechercher un déficit de fonction ou des réflexes et surtout de rassurer le patient. Les examens complémentaires n'apportent rien de plus ; l'imagerie précoce est inutile - elle a parfois des inconvénients (*Bibliomed 553*) - les examens électrophysiologiques non indiqués (*ANAES 2000*).

Ecouter et rassurer

La douleur est la principale raison du recours au médecin. Analyser avec le patient son intensité, sa perception et son importance, son retentissement sur l'activité professionnelle et sociale, la qualité de vie, la satisfaction ou l'insatisfaction face aux soins⁴, permet de lui expliquer ce qui arrive, de le rassurer et apporte des éléments de comparaison en cas de persistance des symptômes. Les facteurs psychosociaux et émotionnels (dépression, insatisfaction au travail, niveau d'incapacité,

important, somatisation) sont les éléments les plus prédictifs d'une évolution chronique².

Informé

Toute les études affirment l'importance primordiale de l'information initiale (orale et écrite, livrets ou autres) pour le pronostic ultérieur en corrigeant des idées fausses. Il s'agit de rassurer sur la bénignité de la maladie, sa durée limitée prévisible, l'inutilité des examens complémentaires, de lui conseiller de rester actif dès qu'il est possible de ne plus rester au lit, et de reprendre les activités normales dès que possible^{2,5}.

Calmer la douleur

L'utilisation des antalgiques est unanimement recommandée en première intention, à adapter en fonction de l'intensité de la douleur : le *paracétamol* en première ligne (1g 3 à 4 fois par jour), les *AINS* si c'est insuffisant, à la plus petite dose efficace, en prenant en compte les risques gastro-intestinaux et cardiovasculaires du patient. Il n'y a pas de données claires sur l'usage de *l'aspirine*. Les *corticoides* systémiques n'ont pas montré une efficacité supérieure au placebo³. En cas de douleurs persistantes, on peut envisager le *tramadol* ou des *opioïdes*, mais sur une durée limitée pour en limiter les effets secondaires et éviter la dépendance. Les *décontractants musculaires* sont modérément efficaces. La durée du traitement est de 3 à 10 jours, la persistance de la douleur impliquant une réévaluation^{2,6}.

Que conclure pour notre pratique ?

La clinique est suffisante lors de la consultation initiale

- En présence de signes d'alerte, elle permet de soupçonner les rares formes symptomatiques qui demanderont une prise en charge spécifique d'emblée, parfois en urgence.

- En l'absence de ces signes, ce qui est la très grande majorité des cas, aucun examen complémentaire n'est utile. Ils ne sont à envisager que si les symptômes persistent plusieurs semaines.

Ecouter, analyser la douleur, informer le patient sont essentiels pour le rassurer, lui permettre d'attendre la rémission spontanée prévisible, ne pas risquer d'accentuer des facteurs psychosociaux menant à la chronicité, évacuer des idées fausses sur la maladie et les diverses options thérapeutiques... Nous y reviendrons.

Références :

- 1- Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-70.
- 2- Cohen SP. Management of low back pain. *BMJ* 2008;337:a2718.
- 3- Chou R, Shekelle P. Will This Patient Develop Persistent Disabling Low Back Pain? *JAMA*. 2010;303(13):1295-1302.
- 3- Chou R et al Diagnostic and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the ACP and the APS. *Ann Int Med* 2007;147(7):478-91
- 4- Balagué F et al. Clinical Update: low back pain. *Lancet*. 2007;369:726-8.
- 5- Marty M, Henrotin Y. Information du patient lombalgique: de la recherche à la pratique. *Rev Rhum*. 2009;76:973-5.
- 6- Rueff-Cacitti A et al. Lombalgie et médecin généraliste. *Rev Med Suisse* 2007;3(126):2152-6