

Mots clés :

Lombalgie
aiguë
Thérapies
complémentaires

Lombalgie aiguë : que proposer au-delà des antalgiques ?

Dès la phase initiale ou en cas de persistance au-delà des deux ou trois premières semaines, de nombreux traitements ont été proposés en complément des médicaments antalgiques. Les nombreuses études consacrées à ces diverses thérapies « complémentaires » montrent des bénéfices incertains ou modestes. Des recommandations et revues systématiques bien argumentées et référencées permettent une mise au point¹⁻⁵.

Garder une activité physique : plutôt bénéfique

Une méta-analyse *Cochrane* conclut que dans la *lombalgie aiguë*, le maintien de l'activité améliore un peu mieux la douleur et l'état fonctionnel que le repos au lit ; en cas de *sciaticque*, aucune différence n'apparaît (preuves de qualité modérée, sur respectivement 3 et 2 essais)¹. Il est donc préférable d'inciter le patient à maintenir une activité aussi proche que possible de la normale et à reprendre le travail le plus rapidement possible, même si une douleur légère persiste, en aménageant si nécessaire ses conditions de travail^{2,3}.

Exercices physiques structurés : possible bénéfique

Dans les *lombalgies aiguës* une revue *Cochrane* de 9 essais montrait dans 2 de ces essais où 2 des 9 essais montraient cependant un bénéfice des exercices face aux soins usuels sur la douleur et l'état fonctionnel, mais ce bénéfice n'est pas retrouvé sur l'analyse globale des 9 essaisⁱⁿ². Une autre méta-analyse sur 11 essais de lombalgie aiguë ne montre pas de bénéfice face aux soins usuelsⁱⁿ³.

Dans les *lombalgies subaiguës*, la physiothérapie facilite la reprise du travail, sans agir particulièrement sur la douleur ou l'état fonctionnel^{2,3}.

Manipulations et autres physiothérapies

De nombreux essais ont testé l'efficacité des **manipulations vertébrales** dans la *lombalgie aiguë* (69 essais, 12 revues systématiquesⁱⁿ²). Une méta-analyse *Cochrane* de qualité a montré qu'elle était légèrement à modérément plus efficace que la manipulation factice sur la douleur à court terme, sans différence notable par rapport aux soins usuels, analgésiques, physiothérapie

Que conclure pour notre pratique ?

Nombreuses thérapeutiques, bénéfiques modestes ou incertains.

Dans les *lombalgies aiguës*, la chaleur locale est antalgique, les manipulations ayant une efficacité analogue à celle des soins usuels. Dans les *lombalgies subaiguës*, datant de 4 à 8 semaines, une réhabilitation interdisciplinaire incluant approche physique et approche psycho-sociale peut être proposée⁵.

Prudence ! Tous les auteurs insistent sur l'information et la réassurance du patient, le maintien de l'activité plutôt que le repos au lit, les antalgiques autant que nécessaire, éventuellement les manipulations si le patient ne peut reprendre ses activités. Les exercices physiques lombaires, les tractions du dos, les infiltrations épidurales de stéroïdes sont fortement déconseillés⁶.

En pratique, le partage de la décision avec le patient est fondamental.

Il doit être informé et rassuré, comprendre ce qui peut être fait et ce qui ne doit pas l'être. Un avis spécialisé et des thérapies complémentaires peuvent être envisagés après 6 à 8 semaines⁶.

ou exercices, écoles du dos ; les effets secondaires sérieux sont très rares. Un outil décisionnel permettant d'identifier les sujets susceptibles d'en bénéficier a été testé dans un essai mais n'a pas été validé¹.

Une étude anglaise a comparé chez 400 patients avec *lombalgie subaiguë* un programme de thérapies manuelles (manipulations, mobilisation) et un programme structuré de gestion de la douleur (prise en compte des facteurs psychosociaux, stratégie éducationnelle pour la reprise d'une activité normale). A 3 mois et 12 mois, les résultats étaient identiques⁵.

La **chaleur locale** semble améliorer l'efficacité antalgique (3 essais : ceinture lombaire chauffée à 40° face à divers comparateurs, notamment le paracétamol)^{2,4}.

Les revues systématiques de nombreux essais sur l'**acupuncture** relèvent surtout leur insuffisance méthodologique ; les 2 plus sélectives, sur seulement 4 petits essais, ne permettent pas de conclure². Il en est de même pour les **tractions, massages, ceinture lombaire** (essais discordants, qualité médiocre)².

Quelle place pour la chirurgie ?

En dehors des rares formes symptomatiques (*Bibliomed 600*), la lombalgie aiguë ne relève que rarement de la chirurgie, lorsque la douleur résiste ou s'il y a déficit neurologique. Ainsi, dans une étude chez des patients présentant une *image de canal lombaire étroit*, les patients opérés avaient de meilleurs résultats que les non opérés à 3 mois et à deux ans. Dans une cohorte de patients avec *sciaticque* ayant une *hernie discale*, la chirurgie donnait de meilleurs résultats que les soins médicaux³.

Références :

- 1- Dahm KT. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;6:CD007612.
- 2- Chou R et al. Non pharmacologic therapies for acute and chronic low back pain. A review of the evidence for American Pain Society/ American College of Physicians clinical practice guidelines. *Ann Int Med.* 2007;147:492-504.
- 3- Wilson JF et al. Low Back pain. (American College of physicians). *Ann Int Med.* 2008;148(1-16)
- 4- Collectif. Lombalgies aiguës : la chaleur soulage certains patients. *Rev Prescrire.* 2008;28(296):456.
- 5- Hay EM et al. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management for low back pain in primary care. *Lancet.* 2005;365:2024-30.
- 6- Balagué F et al. Clinical update: low back pain. *Lancet.* 2007;369:726-8.