



**A**gence **N**ationale  
d'**A**ccréditation et  
d'**É**valuation en **S**anté

**DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET  
SUIVI DES MALADES ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE**

**Décembre 2000**

**Service des recommandations et références professionnelles**

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Elles ont été établies selon la méthode décrite dans le guide d'élaboration des «Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES. Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- la Société Française de Rhumatologie ;
- la Société Française de Thérapeutique Médicale ;
- la Société Française de la Douleur ;
- le Collège National des Généralistes Enseignants ;
- la Société Française de Radiologie ;
- la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique ;
- la Société Francophone d'étude de la Douleur ;
- la Société Française de Médecine Générale ;
- l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique ;
- la Société de Thérapeutique Manuelle ;
- la Société Française de Rééducation Fonctionnelle de Médecine Physique et de Rééducation ;
- l'Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie ;
- la Société Française de Médecine du Travail.

L'ensemble du travail a été coordonné par M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sabine LAVERSIN sous la responsabilité de M. le P<sup>f</sup> Alain DUROCHER.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M<sup>lle</sup> Sylvie LASCOLS.

Le secrétariat a été réalisé par M<sup>lle</sup> Isabelle LE PUIL.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent.

---

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

P<sup>f</sup> Max BUDOWSKI, médecin généraliste, PARIS ;

P<sup>f</sup> Alain CHAMOIX, médecin du travail, CLERMONT-FERRAND ;

P<sup>f</sup> Bernard DELCAMBRE, rhumatologue, LILLE ;

D<sup>f</sup> Nathalie DUMARCET, AFFSAPS, SAINT-DENIS ;

D<sup>f</sup> OSMAN, chirurgien orthopédiste, PARIS ;

D<sup>f</sup> Serge PERROT, rhumatologue, PARIS ;

P<sup>f</sup> Xavier PHELIP, rhumatologue, GRENOBLE ;  
Pr Patrice QUENEAU, rhumatologue, SAINT-ÉTIENNE ;

P<sup>f</sup> Christian ROQUES, médecine physique et réadaptation, TOULOUSE ;

D<sup>f</sup> Alain SZTERN, psychiatre, CLICHY ;

P<sup>f</sup> Jean-Pierre VALAT, rhumatologue, CHAMBRAY-LÈS-TOURS ;

P<sup>f</sup> Philippe VAUTRAVERS, médecine physique et réadaptation, STRASBOURG.

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

P<sup>f</sup> Bernard DELCAMBRE, président, rhumatologue, LILLE ;

D<sup>f</sup> Marine JEANTET, chargée de projet, PARIS ;

D<sup>f</sup> Sabine LAVERSIN, chargée de projet, ANAES, PARIS ;

D<sup>f</sup> Thierry AUBERGÉ, radiologue, SAINT-MARTIN-D'HÈRES ;

D<sup>f</sup> Olivier CRENN, médecin généraliste, REDON ;

D<sup>f</sup> Romain FORESTIER, rhumatologue, AIX-LES-BAINS ;

D<sup>f</sup> Marc FRARIER, médecin généraliste, GARGES-LÈS-GONESSE ;

D<sup>f</sup> Stéphane HARY, rhumatologue, MONTLUÇON ;

M. Gérard HENRION, kinésithérapeute, LAMALOU-LES-BAINS ;

D<sup>f</sup> Olivier LANGLOIS, neurochirurgien, ROUEN ;

D<sup>f</sup> Jehan LECOCQ, médecine physique et réadaptation, STRASBOURG ;

P<sup>f</sup> Guillaume LOT, neurochirurgien, PARIS

D<sup>f</sup> Jean-Paul MIALET, psychiatre, PARIS ;

D<sup>f</sup> Philippe NICOT, médecin généraliste, PANAZOL ;

D<sup>f</sup> Jean-François PERROCHEAU, généraliste, CHERBOURG ;

P<sup>f</sup> Guy PROST, médecin du travail, LYON ;

D<sup>f</sup> Pierre REQUIER, médecine physique et réadaptation, AIX-EN-PROVENCE ;

D<sup>f</sup> Guy ROSTOKER, AFFSAPS, SAINT-DENIS.

---

## GROUPE DE LECTURE

---

D<sup>f</sup> André AUTHIER, médecine physique et réadaptation, RENNES-LES-BAINS ;

D<sup>f</sup> Christian BARTHÉLÉMY, médecin généraliste, BOURBONNE-LES-BAINS ;

Dr Elisabeth BENATTAR, radiologue, MENTON ;

D<sup>f</sup> Maurice BENSIGNOR, anesthésiste réanimateur, NANTES ;

P<sup>f</sup> Jean BOSSY, anatomiste acupuncteur, LANGLADE ;

D<sup>f</sup> François BOUREAU, neurophysiologiste, PARIS ;

D<sup>f</sup> Jean-Claude CONTASSOT, médecin du travail, SAINT-FONS ;

D<sup>f</sup> Françoise DOPPLER, médecin du travail, PARIS ;

P<sup>f</sup> Maxime DOUGADOS, rhumatologue, PARIS ;

M<sup>me</sup> Christine GANTOIS, kinésithérapeute, MARSEILLE ;

D<sup>f</sup> Jean-Louis GARCIA, rhumatologue, médecin interniste, NANCY ;

D<sup>f</sup> Hervé GAY, médecin généraliste, AIX-LES-THERMES ;

D<sup>f</sup> Philippe GOMEZ, kinésithérapeute, LA BAULE ;

D<sup>r</sup> Bernard GRABER-DUVERNAY,  
rhumatologue, PARIS ;

M. Marc GROSS, kinésithérapeute,  
MULHOUSE ;

Pr Robert JUVIN, rhumatologue, GRENOBLE ;

D<sup>r</sup> Bernard LACOSTE, rhumatologue,  
ROCHEFORT ;

D<sup>r</sup> Sylvie LAGRUE, médecin généraliste,  
PANAZOL ;

D<sup>r</sup> Saddek LAOUSSADI, rhumatologue, PARIS ;

D<sup>r</sup> Benoit LAVIGNOLLE, anatomiste, médecine  
physique et réadaptation, BORDEAUX ;

D<sup>r</sup> Hugues LELOIX, médecin du travail,  
MONTBÉLIARD ;

M. Dominique LEROUX, kinésithérapeute,  
SAINT-DENIS ;

D<sup>r</sup> Philippe MAS, médecine physique et  
réadaptation, MANOSQUE ;

D<sup>r</sup> Jean OLIVRY, rhumatologue, REDON ;

P<sup>r</sup> Philippe ROSSET, chirurgien orthopédiste,  
TOURS ;

D<sup>r</sup> Sylvie ROZENBERG, rhumatologue, PARIS ;

P<sup>r</sup> André THÉVENON, médecine physique et  
réadaptation, LILLE ;

D<sup>r</sup> Jean-Baptiste THOREL, rhumatologue,  
LORIENT ;

M. Jacques VAILLANT, kinésithérapeute,  
ÉCHIROLLES ;

P<sup>r</sup> Christian VALLÉE, radiologue, GARCHES ;

Dr Denis VAN DE VELDE, chirurgien  
orthopédiste, SAINT-SAULVE

D<sup>r</sup> Michel XAVIER, médecin généraliste, SAINT-  
HILAIRE-LA-PLAINE.

---

## **RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENCES**

---

Les recommandations suivantes traitent de la lombalgie chronique dite commune. Elles ont été réalisées à la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Sont exclus de ces recommandations le diagnostic et la prise en charge des lombalgies secondaires (dites «symptomatiques») à une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse.

La littérature sur cette question est de faible qualité, la sélection de la littérature a été limitée aux essais randomisés. La plupart des études identifiées font appel à des critères de jugement multiples et partiels (la douleur, le retour au travail, un score fonctionnel, l'amélioration subjective évaluée par le patient, etc.). Il en résulte que les études ne peuvent pas toujours être comparées entre elles. Toutes ces limites méthodologiques doivent conduire à considérer ces recommandations comme des propositions destinées à aider le professionnel de santé à prendre en charge un patient ayant une lombalgie chronique.

Les propositions sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

La lombalgie chronique est définie par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou (accord professionnel).

### **I. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE**

Elle comporte une évaluation initiale du patient par un interrogatoire et un examen clinique général et plus particulièrement ostéo-articulaire et neurologique. Cette évaluation a pour objectif d'une part d'identifier une éventuelle cause infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique à l'origine de la lombalgie, et d'autre part d'évaluer la lombalgie dans sa composante douloureuse et son retentissement sur l'activité physique quotidienne et sur l'activité professionnelle.

L'évaluation initiale du patient vise à identifier les lombalgies dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 60 ans (accord professionnel) ;
- en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique. La vitesse de sédimentation et l'électrophorèse des protéines sanguines sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;
- en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunodépression, d'infection urinaire, de prise de drogue intra-veineuse, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de la Protéine C Réactive (CRP) sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;
- en faveur d'une pathologie inflammatoire : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie. La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel).

L'évaluation initiale du patient lombalgique comporte une évaluation de la douleur qui repose avant tout sur l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive. Pour toutes ces dimensions, quelques outils, développés et utilisés surtout en recherche clinique, sont proposés : échelle visuelle analogique (EVA), Dallas, échelle Eifel, échelles d'Hamilton et *Beck Depression Inventory* (BDI). Ils peuvent aider les praticiens dans leur pratique quotidienne, mais leur utilité dans ce cadre n'a pas été démontrée (accord professionnel).

L'évaluation isocinétique peut être utile de manière exceptionnelle chez les lombalgiques chroniques pour redéfinir le traitement de rééducation (accord professionnel).

Le groupe de travail insiste sur la prépondérance de l'écoute et de l'interrogatoire. En particulier, la description du contexte professionnel et l'analyse des facteurs psychosociaux sont essentielles. L'examen clinique doit être répété. L'évaluation initiale d'un lombalgique peut nécessiter plusieurs consultations (accord professionnel).

Des radiographies du rachis lombaire (au minimum de face et de profil, éventuellement complétées par des clichés de  $\frac{3}{4}$  du rachis) sont recommandées en première intention. Les autres incidences (par exemple sacro-iliaques, charnière dorso-lombaire) ne sont justifiées que s'il existe une suspicion clinique de spondylarthropathie. En règle habituelle, il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens de radiologie, ni de les répéter en l'absence d'évolution clinique (accord professionnel).

L'indication d'un scanner ou d'une IRM doit demeurer exceptionnelle en fonction du contexte clinique. Le groupe insiste sur le fait que ces examens doivent nécessairement être précédés du bilan radiologique standard. L'IRM, non irradiant, est préférable au scanner. Le scanner conserve sa place en cas de contre-indication ou d'inaccessibilité

de l'IRM afin d'éliminer une lombalgie non commune. Il n'y a pas lieu de prescrire de myélographie ou de myéloscanner (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle (par exemple, manipulations vertébrales) (accord professionnel).

## **II. TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX**

Le principal objectif du traitement est de permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible en collaboration avec le médecin du travail (accord professionnel).

### **1. Par voie générale**

Le paracétamol peut être proposé pour le traitement de la douleur du patient ayant une lombalgie chronique bien qu'il n'existe pas d'étude attestant de son efficacité antalgique dans cette indication (accord professionnel). Il est recommandé d'optimiser la posologie en se conformant aux données de l'autorisation de mise sur le marché, soit jusqu'à 4 g par jour administrés en 4 prises systématiques.

L'effet antalgique des anti-inflammatoires non stéroïdiens proposés à posologie antalgique n'a pas été évalué dans la lombalgie chronique. Les patients doivent être informés des risques encourus (en particulier, risque d'ulcère et d'hémorragie digestive) notamment en cas d'association avec d'autres anti-inflammatoires. Le groupe de travail souhaite attirer l'attention sur ce point, car ces médicaments sont obtenus sans prescription médicale. De ce fait, une automédication pourrait conduire à la prise concomitante de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'un prescrit par le médecin, l'autre obtenu par le patient (accord professionnel).

L'acide acétylsalicylique peut, certes encore, être proposé dans le traitement à visée antalgique de la lombalgie bien qu'il n'y ait pas d'étude attestant de son efficacité antalgique dans cette indication, cependant le groupe insiste sur le fait que sa toxicité digestive en réduit considérablement l'intérêt. Le traitement doit être de courte durée (accord professionnel).

Les AINS à dose anti-inflammatoire peuvent être prescrits à visée antalgique chez un patient ayant une lombalgie chronique (grade C). Le traitement doit être de courte durée, les études disponibles ne permettant pas de conclure sur les avantages et les inconvénients de ces thérapeutiques à long terme (accord professionnel). Les inhibiteurs spécifiques de la cyclo-oxygénase 2 n'ont pas été évalués dans cette indication.

Les antalgiques de niveau II réduisent la douleur du lombalgique (grade B). Ils peuvent être proposés, généralement après échec des antalgiques de niveau I, pour le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique (accord professionnel).

L'utilisation des antalgiques de niveau III (opioïdes forts) dans la lombalgie chronique peut être envisagée au cas par cas et en respectant les contre-indications (grade C). Ce type de traitement s'adresse aux patients pour lesquels les autres modalités thérapeutiques ont échoué, en particulier après échec des antalgiques de niveau I et II et élimination d'un contexte dépressif. Le suivi doit comporter une évaluation de la douleur, une recherche des effets indésirables. La durée du traitement doit être limitée, l'arrêt du traitement doit être progressif (accord professionnel).

Parmi les myorelaxants, seul l'effet antalgique du tétrazépam a fait l'objet d'une étude dans la lombalgie chronique (grade B). Ces médicaments peuvent être prescrits préférentiellement chez un patient ayant une recrudescence de la douleur pendant une période qui ne devrait pas dépasser 2 semaines (accord professionnel). Le recul manque pour apprécier l'intérêt de cette classe médicamenteuse à long terme dans cette indication.

Les antidépresseurs tricycliques ont un effet antalgique modeste chez le lombalgique (grade C) alors que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine apparaissent sans effet. Il appartient au prescripteur d'évaluer le rapport bénéfice-risque quant à l'intérêt d'utiliser un antidépresseur tricyclique à visée antalgique chez un patient ayant une lombalgie chronique en dehors d'un contexte de dépression (accord professionnel).

La seule étude identifiée n'a pas montré l'efficacité de la phytothérapie *versus* placebo dans la lombalgie chronique. Cette modalité thérapeutique de la lombalgie chronique n'a donc pas aujourd'hui de justification scientifique.

Bien qu'elles apparaissent possibles (à l'exclusion des associations d'anti-inflammatoires non stéroïdiens) pour le groupe de travail, les associations des médicaments précédents n'ont pas été évaluées.

Les corticostéroïdes par voie générale ne sont pas recommandés dans le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique (accord professionnel).

Les thérapeutiques suivantes : homéopathie, antiépileptique, mésothérapie, oxacéprol, chondroïtines sulfate, insaponifiable d'avocat et de soja, diacéréine, oligo-éléments (cuivre, zinc, etc.), adénosine triphosphate, acide uridine-5'triphosphorique n'ont pas été évaluées dans le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique. Leur éventuel intérêt dans la prise en charge du patient lombalgique chronique reste à définir.

## **2. Administration locale**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie locale (gels, pommades, etc.) n'ont pas été évalués dans cette indication.

Les infiltrations épidurales de corticoïdes semblent avoir un effet antalgique à court terme chez des patients ayant une lombalgie et/ou une lombosciatique (grade B). Les études disponibles ne permettent pas d'évaluer leur intérêt dans la lombalgie isolée car les populations incluses dans ces essais sont hétérogènes, incluant des lombalgies et des lombosciatiques. Cette modalité thérapeutique ne doit pas être un traitement de première intention (accord professionnel).

L'efficacité des infiltrations intra-articulaires postérieures de corticoïdes n'est pas démontrée dans la lombalgie chronique. Elles semblent avoir un effet antalgique sur une population sélectionnée par des tests (soulagement après injection de la lidocaïne dans l'articulation) (grade C). Elles ne constituent pas un traitement de première intention (accord professionnel).

Les injections intradiscales de dérivés stéroïdiens n'ont pas été évaluées dans cette indication.

### **III. TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX**

#### **1. Traitements non invasifs**

Le repos au lit n'est pas recommandé (accord professionnel).

Bien qu'il n'existe pas d'étude attestant de leur efficacité, les massages peuvent être proposés au début d'une séance de rééducation en préparation des autres techniques (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé d'utiliser les ionisations, les ondes électromagnétiques et le rayonnement laser dont l'efficacité n'a pas été démontrée.

Les travaux concernant la stimulation électrique transcutanée (TENS) semblent montrer une efficacité antalgique pendant la période d'application (grade C). Des études complémentaires sont nécessaires pour montrer la place réelle de ce traitement dans la prise en charge des lombalgies chroniques.

La place de l'électro-acupuncture reste à définir car elle aurait un effet antalgique à court terme sans qu'il soit possible de recommander une technique particulière (grade C).

La balnéothérapie peut avoir un effet antalgique et sur la fonction à court terme (grade C), mais il n'est pas démontré à long terme. Cette modalité thérapeutique peut être proposée.

L'exercice physique est efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle de la lombalgie chronique par rapport à l'absence de traitement ou à un placebo (grade B).

Il est impossible de conclure sur l'éventuelle supériorité d'un type d'exercice par rapport à l'autre (flexion ou extension), les résultats des études existantes, de faible qualité, étant contradictoires.

L'exercice physique, quelle que soit sa forme, est donc recommandé, mais aucune technique ne l'est en particulier. Il faut noter que ces résultats ne sont obtenus que chez des patients motivés et observants.

Les manipulations vertébrales peuvent être proposées pour le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique car elles ont un effet antalgique à court terme (grade B). Elles ont un effet antalgique équivalent à la kinésithérapie (grade C) et supérieur aux AINS seuls, à l'acupuncture et à l'école du dos (grade B). Le groupe de travail rappelle qu'il s'agit d'un acte médical qui doit être précédé d'un bilan clinique et paraclinique.

**Le groupe ne recommande pas les tractions vertébrales dont l'efficacité n'est pas démontrée dans la lombalgie chronique (accord professionnel).**

**La preuve de l'efficacité des écoles du dos ne comportant qu'un programme d'éducation n'est pas faite dans la lombalgie chronique (grade B). Leur association à des séances d'exercice physique a une efficacité antalgique à court terme (grade B).**

**Les prises en charge multidisciplinaires associant, dans des proportions qui restent à définir, des séances d'éducation et de conseils, des exercices physiques intensifs supervisés ou non par un kinésithérapeute à une prise en charge psychologique sont recommandées pour le traitement à visée antalgique, fonctionnelle et dans une moindre mesure pour le retour au travail des lombalgiques chroniques (grade B).**

**Le thermalisme peut être proposé dans la prise en charge du lombalgique chronique car il a un effet antalgique et contribue à restaurer la fonction (grade B).**

**L'intérêt d'une contention lombaire reste à démontrer dans la lombalgie chronique. Elle ne doit pas être un traitement de première intention (accord professionnel).**

**Les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente (grade C). Aucune technique n'est supérieure aux autres. Les thérapies comportementales associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie, etc.) semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul (grade C).**

## **2. Traitements invasifs**

**L'efficacité de l'acupuncture n'est pas démontrée dans la lombalgie chronique.**

**Il semble que la stimulation des zones gâchettes (neuro-réflexothérapie) ait un effet antalgique à court terme dans la lombalgie chronique (grade C), mais son intérêt éventuel reste à définir dans la prise en charge du lombalgique chronique (accord professionnel).**

**La thermocoagulation de la branche médiale du rameau dorsal postérieur du nerf spinal semble avoir un effet antalgique à court et moyen terme sur une population sélectionnée par des tests de provocation (grade B). Elle constitue un traitement d'indication exceptionnelle (accord professionnel).**

**Il n'y a pas d'étude attestant de l'intérêt éventuel de l'arthrodèse dans la lombalgie chronique isolée (sans signes radiculaires). Elle est réservée à quelques indications exceptionnelles (accord professionnel). Dans le cas particulier du spondylolisthésis dégénératif, des études complémentaires sont nécessaires pour préciser la place éventuelle de l'arthrodèse dans la prise en charge.**

**Les prothèses discales n'ont pas été évaluées dans la lombalgie chronique, et dans l'état actuel des connaissances, elles ne doivent pas être proposées (accord professionnel).**

**Le groupe rappelle que la découverte, à l'imagerie, d'une hernie discale isolée sans signes radiculaires ne doit pas conduire à proposer un traitement chirurgical ou une nucléolyse (accord professionnel).**

#### **IV. SUIVI**

**Les modalités de suivi seront adaptées à chaque patient en fonction des objectifs fixés avec lui. À chaque consultation, l'interrogatoire et l'examen clinique s'assureront de l'absence des signes d'alerte. La douleur et son retentissement sur les activités quotidiennes seront appréciés. Les examens d'imagerie ne seront pas répétés en l'absence d'élément nouveau pouvant les motiver (accord professionnel).**

**L'objectif du suivi est d'éviter la médicalisation excessive tout en assurant un accompagnement thérapeutique qui reconforte le patient.**

**Tableau récapitulatif des traitements et de leur efficacité dans la lombalgie chronique selon leur grade de recommandation**

Modalité thérapeutique	Critère de jugement	Grade de la recommandation	Recommandation
<b>Exercices physiques</b>	Douleur	Grade B	<b>Recommandés</b>
<b>Programmes multidisciplinaires</b>	Douleur, fonction et réinsertion professionnelle	Grade B	<b>Recommandés</b>
<b>Thérapies comportementales</b>	Douleur	Grade C	<b>Recommandées</b>
Paracétamol	Douleur	Non évalué	Peut être proposé
École du dos	Douleur	Pas d'efficacité isolément Grade B si associée à des exercices physiques	Peut être proposée en association avec des exercices physiques
Manipulations vertébrales	Douleur	Grade B	Peuvent être proposées
Thermalisme	Douleur et fonction	Grade B	Peut être proposée à visée antalgique et pour restaurer la fonction
Antalgiques opioïdes (niveau II)	Douleur	Grade B	Peuvent être proposés à visée antalgique
Myorelaxants (tétrazépam)	Douleur	Grade B	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Balnéothérapie	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique
TENS	Douleur	Grade C	Peuvent être proposés à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Électro-acupuncture	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
AINS (doses anti-inflammatoires)	Douleur	Grade C	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Massages	Douleur	Efficacité non démontrée	Peuvent être proposés en début de séance
Acide acétylsalicylique	Douleur	Non évalué	Peut être proposé à visée antalgique (courte durée)
AINS (doses antalgiques)	Douleur	Non évalués	Peuvent être prescrits (information du patient sur les risques digestifs)
Acupuncture	Douleur	Efficacité non démontrée	Peut être proposée
Antidépresseurs tricycliques	Douleur	Grade C	Évaluer le bénéfice/risque avant prescription en dehors d'un contexte de dépression
Infiltrations épidurales de corticoïdes	Douleur	Grade B (mélange lombalgies/lombosciatiques)	Ne doit pas être un traitement de première intention
Thermocoagulation de la branche médiale du rameau dorsal postérieur du nerf spinal	Douleur	Grade B (population sélectionnée)	Ne doit pas être un traitement de première intention
Infiltrations intra-articulaires postérieures de corticoïdes	Douleur	Grade C (population sélectionnée)	Ne doit pas être un traitement de première intention
Antalgiques opioïdes (niveau III)	Douleur	Grade C	Peuvent être envisagés au cas par cas
Stimulation des zones gâchettes	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Contention lombaire	Douleur	Non évaluée	Peut être proposée. Ne doit pas être un traitement de première intention
Arthrodèse lombaire	Douleur	Non évaluée	Indications exceptionnelles
Repos au lit	Douleur	Non évalué	Non recommandé
Phytothérapie	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandée
Corticoïdes	Douleur	Non évalués	Non recommandés
Ionisations, ondes électromagnétiques et laser	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandés
Tractions vertébrales	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandées
Prothèses discales	Douleur	Non évaluées	Pas d'indication

\*En l'absence de grade spécifié, il s'agit d'un accord professionnel

## PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L  
O  
M  
B  
A  
L  
G  
I  
Q  
U  
E

C  
H  
R  
O  
N  
I  
Q  
U  
E

**Prise en charge  
de la douleur**

- Antalgiques de niveau I ou II, antalgiques de niveau III exceptionnels
- En accompagnement ou en remplacement : myorelaxants, massages, balnéothérapie, stimulation électrique transcutanée, acupuncture
- À titre complémentaire, selon expériences individuelles : infiltrations articulaires de corticoïdes, manipulations
- Thermalisme
- Antidépresseurs tricycliques selon le bénéfice-risque pour le patient
- Pratiquement pas d'indication de la chirurgie

→ **Apprendre au patient à vivre au quotidien avec sa douleur**

**Restauration de  
la fonction**

**Exercice physique fortement recommandé  
précocement**

*soit seul, soit avec un kinésithérapeute, soit dans un programme pluridisciplinaire*

**Accompagnement  
psychologique**

- Évaluation du **retentissement social et familial**
- Prise en charge spécifique d'une **anxiété** et/ou d'une **dépression**
- **Thérapies comportementales** bénéfiques sur l'intensité de la douleur et sur l'apprentissage du contrôle de la douleur

→ **Intérêt des programmes multidisciplinaires** associant prise en charge de la douleur, séances d'éducation et de conseils, exercice physique et accompagnement psychologique

**Réinsertion  
professionnelle**

**Prise de contact précoce avec le  
médecin du travail**

*NB : Les traitements cités ne sont pas classés par chronologie d'indications*