

Recommandations *

FACTEURS DE RISQUE : La littérature actuelle n'apporte pas de cause définitive en ce qui concerne les premiers épisodes de lombalgie.

Les facteurs de risque sont multiples, spécifiques d'une population, et sont faiblement associés au fait de développer une lombalgie. (Recommandations basées sur des preuves modérées.)

EVOLUTION CLINIQUE : L'évolution clinique de la lombalgie peut être décrite comme aiguë, subaiguë, récurrente, ou chronique. Etant donné la haute prévalence des lombalgies récurrentes et des lombalgies chroniques et de leurs coûts associés, les praticiens devraient placer une priorité élevée sur les interventions qui préviennent (1) les récurrences et (2) la transition vers la lombalgie chronique. (Recommandations basées sur des preuves théoriques/fondamentales)

DIAGNOSTIC/CLASSIFICATION : Une lombalgie, sans signes ou symptômes de pathologies médicales ou psychologiques graves, associée à des marqueurs cliniques de (1) déficit de mobilité au niveau des régions thoracique, lombaire, ou sacro-iliaque, (2) de douleur référée ou irradiante dans un membre inférieur, et (3) de douleur généralisée, est utile pour classer un patient lombalgique dans les catégories de la Classification Internationale des Maladies (CIM) suivantes: lombalgie, lumbago, dysfonction lombo-sacrée segmentaire/somatique, entorse lombaire, instabilités spinales, syndrome du dos plat, lumbago du à un déplacement du disque intervertébral, lumbago avec sciatique; et aux catégories associées à la Classification internationale du Fonctionnement, des Incapacités et de la Santé (CIF) liées aux douleurs lombaires qui catégorisent la lombalgie en se basant sur la déficience (b28013 Douleur du dos, b28018 Douleur d'une partie du corps, spécifié comme une douleur dans la fesse, l'aîne, et la cuisse) et aux déficiences des fonctions organiques suivantes:

- Lombalgie aiguë ou subaiguë avec des déficits de mobilité (b7101 Mobilité de plusieurs articulations)
- Lombalgie aiguë, subaiguë, ou chronique avec déficiences dans la coordination du mouvement (b7601 Contrôle des mouvements volontaires complexes)
- Lombalgie aiguë avec douleur référée dans le membre inférieur (b28015 Douleur dans le membre inférieur)
- Lombalgie aiguë, subaiguë, ou chronique avec douleur irradiante (b2804 Douleur irradiante dans un segment ou une région)
- Lombalgie aiguë ou subaiguë avec des tendances cognitives ou affectives liées (b2703 Sensibilité à un stimulus nociceptif, b1522 fluctuation des émotions, b1608 Fonctions de la pensée, indiquées comme une tendance à élaborer des symptômes physiques pour des raisons cognitives/conceptuelles, b1528 Fonctions émotionnelles, indiquées comme une tendance à élaborer des symptômes physiques pour des raisons émotionnelles/affectives)
- Lombalgie chronique avec des douleurs généralisées (b2800 Douleurs généralisées, b1520 Pertinence des émotions, b1602 Contenu de la pensée)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : Les cliniciens devraient prendre en considération les classifications diagnostiques associées avec des états médicaux graves ou des facteurs psycho-sociaux et devraient prendre l'initiative de réorienter le patient vers le praticien médical approprié quand (1) l'examen clinique du patient suggère une pathologie médicale ou psychologique grave, (2) les limitations d'activités reportées ou les déficiences de fonctions organiques et de structures ne sont pas cohérents avec ceux présentés dans la partie diagnostic/classification de ces recommandations, ou (3) les symptômes du patient ne se résolvent pas avec les interventions visant à normaliser les fonctions organiques du patient. (Recommandation fondée sur des preuves fortes)

EXAMEN - CRITÈRES DE SUIVI : Les cliniciens devraient utiliser des questionnaires d'auto-évaluation validés, comme le Oswestry Disability Index et le Roland-Morris Disability Questionnaire. Ces outils sont utiles pour déterminer la situation de départ du patient en ce qui concerne la douleur, la fonction, et l'incapacité et pour surveiller un changement dans la situation du patient tout au long du traitement. (Recommandation fondée sur des preuves fortes.)

EXAMEN - MESURES DES LIMITATIONS D'ACTIVITES ET DES RESTRICTIONS DE PARTICIPATIONS : Les cliniciens devraient évaluer de façon routinière la limitation d'activité et la restriction de la participation à l'aide de mesures validées et basées sur la performance.

Les changements dans le niveau de limitation d'activité et de restriction de participation du patient devraient être surveillés avec ces mêmes mesures tout au long du traitement. (Recommandation fondée sur avis d'expert).

INTERVENTIONS - THERAPIE MANUELLE : Les cliniciens devraient envisager d'utiliser des techniques manipulatives avec thrust pour réduire la douleur et l'incapacité chez les patients avec des déficits de mobilité et une lombalgie aiguë et des douleurs dans la fesse ou la cuisse d'origine lombaire. Les manipulations avec thrust et les mobilisations (sans thrust) peuvent aussi être utilisées pour améliorer la mobilité du rachis et de la hanche et réduire la douleur et l'incapacité chez les patients avec une lombalgie subaiguë et chronique et des douleurs des membres inférieurs d'origine lombaire. (Recommandation fondée sur des preuves fortes.)

INTERVENTIONS - EXERCICES DE COORDINATION, DE RENFORCEMENT, ET D'ENDURANCE DU TRONC : Les cliniciens devraient envisager d'utiliser des exercices de coordination, de renforcement, et d'endurance du tronc pour réduire les douleurs lombaires et l'incapacité des patients lombalgiques en phase aiguë et chronique présentant des déficiences dans la coordination du mouvement et chez les patients après micro-dissectomie lombaire. (Recommandation fondée sur des preuves fortes.)

INTERVENTIONS - CENTRALISATION ET EXERCICES DE PRÉFÉRENCE DIRECTIONNELLE : Les cliniciens devraient envisager l'utilisation de mouvements répétés, d'exercices, ou de procédures visant à promouvoir la centralisation pour réduire

Recommandations (suite)*

les symptômes des patients présentant une lombalgie aiguë avec douleur référée dans le membre inférieur.

Les cliniciens devraient envisager d'utiliser des exercices répétés dans une direction spécifique déterminées par la réponse au traitement pour améliorer la mobilité et réduire les symptômes pour les patients lombalgiques en phase aiguë, subaiguë, ou chronique présentant des déficits de mobilité. (Recommandation fondée sur des preuves fortes.)

INTERVENTIONS - EXERCICE DE FLEXION : Les cliniciens devraient envisager l'utilisation d'exercices en flexion, combinés à d'autres interventions comme de la thérapie manuelle, des exercices de renforcement, des techniques de mobilisation neurale, et de la marche progressive, pour diminuer la douleur et l'incapacité des personnes âgées présentant une lombalgie chronique avec douleur irradiante. (Recommandation fondée sur des preuves faibles.)

INTERVENTIONS - TECHNIQUES DE MOBILISATION NERVEUSE POUR LE QUADRANT INFÉRIEUR : Les cliniciens devraient considérer l'utilisation de techniques de mobilisation nerveuse pour le quadrant inférieur pour réduire la douleur et l'incapacité des patients lombalgiques en phase subaiguë et chronique avec douleur irradiante. (Recommandation fondée sur des preuves faibles.)

INTERVENTIONS - TRACTIONS : Il y a des preuves contradictoires quant à l'efficacité de tractions lombaires intermittentes pour les patients lombalgiques.

Il y a des preuves préliminaires qu'un sous-groupe de patients avec des signes de compression nerveuse avec une périphérisation des symptômes ou un signe de Lassègue croisé positif trouveront des bénéfices dans des tractions lombaires intermittentes en procubitus.

Il y a des preuves modérées suggérant que les cliniciens ne devraient pas utiliser de tractions lombaires intermittentes ou statiques pour réduire les symptômes des patients aiguë ou subaiguë, avec une lombalgie non-radiculaire ou bien chez des patients lombalgiques chroniques. (Recommandations fondées sur preuves contradictoires.)

INTERVENTIONS - CONSEILS ET ÉDUCATION DU PATIENT : Les cliniciens ne devraient pas utiliser de stratégies d'éducation et de conseil du patient qui augmenteraient directement ou indirectement la menace perçue ou la peur associée à la lombalgie, tels que des stratégies faisant la promotion (1) de repos prolongé au lit ou (2) d'explications trop appuyées mettant en avant une cause patho-anatomique spécifique à la lombalgie du patient.

Les stratégies d'éducation et de conseil des patients lombalgiques devraient mettre l'accent sur (1) sur la promotion de la compréhension de la solidité anatomique/structurelle inhérente à la colonne vertébrale humaine, (2) les neurosciences expliquant la perception de la douleur, (3) le pronostic favorable de la lombalgie, (4) l'utilisation de stratégies active de gestion de la douleur visant à diminuer la peur et le catastrophisme, (5) la reprise précoce des activités personnelles et professionnelles normales, même si le patient est encore douloureux, et (6) l'importance de progresser dans les niveaux d'activité, pas seulement dans le soulagement de la douleur. (Recommandations fondées sur des preuves modérées.)

INTERVENTIONS - ACTIVITÉS DE REMISE EN FORME ET EXERCICE PROGRESSIF D'ENDURANCE : Les cliniciens devraient envisager (1) l'utilisation d'exercices d'intensité modérée à haute pour les patients lombalgiques chroniques sans douleurs généralisées, (2) l'incorporation progressive d'activités d'endurance et de remise en forme, sous-maximales et de faibles intensités, dans la prise en charge de la douleur et dans les stratégies de promotion de la santé pour les patients lombalgiques chroniques avec des douleurs généralisées. (Recommandation fondée sur des preuves fortes.)

* Ces recommandations et guides de pratique clinique sont basés sur la littérature scientifique publiée avant janvier 2011.

*Titre original de cet article: «Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association», paru dans le Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT), Vol 42/Number 4, 2012.

*Nous remercions la rédaction du JOSPT pour son aimable autorisation de traduction et de re-publication. Nicolas Savouroux assume l'entière responsabilité de l'exactitude de la traduction française de cet article.