KCE REPORT 287Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RÉSUMÉ

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LES DOULEURS LOMBAIRES ET RADICULAIRES





KCE REPORT 287Bs
GOOD CLINICAL PRACTICE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RÉSUMÉ

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LES DOULEURS LOMBAIRES ET RADICULAIRES

PETER VAN WAMBEKE, ANJA DESOMER, LUC AILLIET, ANNE BERQUIN, CHRISTOPHE DEMOULIN, BART DEPREITERE, JOHAN DEWACHTER, MIEKE DOLPHENS, PATRICE FORGET, VIRGINIE FRASELLE, GUY HANS, DAVY HOSTE, GENEVIÈVE MAHIEU, JEF MICHIELSEN, HENRI NIELENS, THOMAS ORBAN, THIERRY PARLEVLIET, EMMANUEL SIMONS, YANNICK TOBBACKX, JAN VAN ZUNDERT, JACQUES VANDERSTRAETEN, PATRICK VANSCHAEYBROECK, JOHAN VLAEYEN, PASCALE JONCKHEER

PRÉFACE

Quand nous étions jeunes (!), on soignait un lumbago ou une sciatique avec…deux ou trois valises ! Il fallait rester couché à plat sur le dos, les valises glissées sous les mollets, de manière à avoir les hanches et les genoux fléchis à 90°. Depuis cette époque, les conceptions ont diamétralement changé, et le principal message de notre guide de pratique clinique de 2006 reste intégralement valable aujourd'hui : rangez vos valises, mettez-vous debout et bougez !

Mais que savons-nous de plus aujourd'hui qu'en 2006 ? À vrai dire, notre moisson d'études est carrément décevante. Nous ne parlons pas de la quantité, mais de la qualité. N'est-il pas déconcertant, voire alarmant, de devoir constater qu'on n'a pas pu dégager les moyens nécessaires pour réaliser une étude correcte sur un mal qui empoisonne la vie de tant de monde, et qui pèse aussi lourdement sur la société ? Alors finalement, qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas ?

Heureusement, pour développer ce guide de pratique clinique, nous avons pu compter sur un groupe de travail multidisciplinaire composé d'experts extrêmement dynamiques, qui ont mis en commun tout leur *know how* pour nous aider à trier le bon grain de l'ivraie. Nous les remercions chaleureusement pour cette précieuse contribution.

Ce guide de pratique clinique n'est que le premier volet d'un diptyque. Une proposition d'itinéraire clinique viendra s'y ajouter ; sa publication est prévue pour l'automne prochain. Et peut-être devrons-nous aussi, après les vacances (quand nous aurons défait nos valises), nous mettre nous-même au travail pour réaliser une bonne étude clinique, dans le cadre de notre propre programme d'études cliniques KCE-Trials ?

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

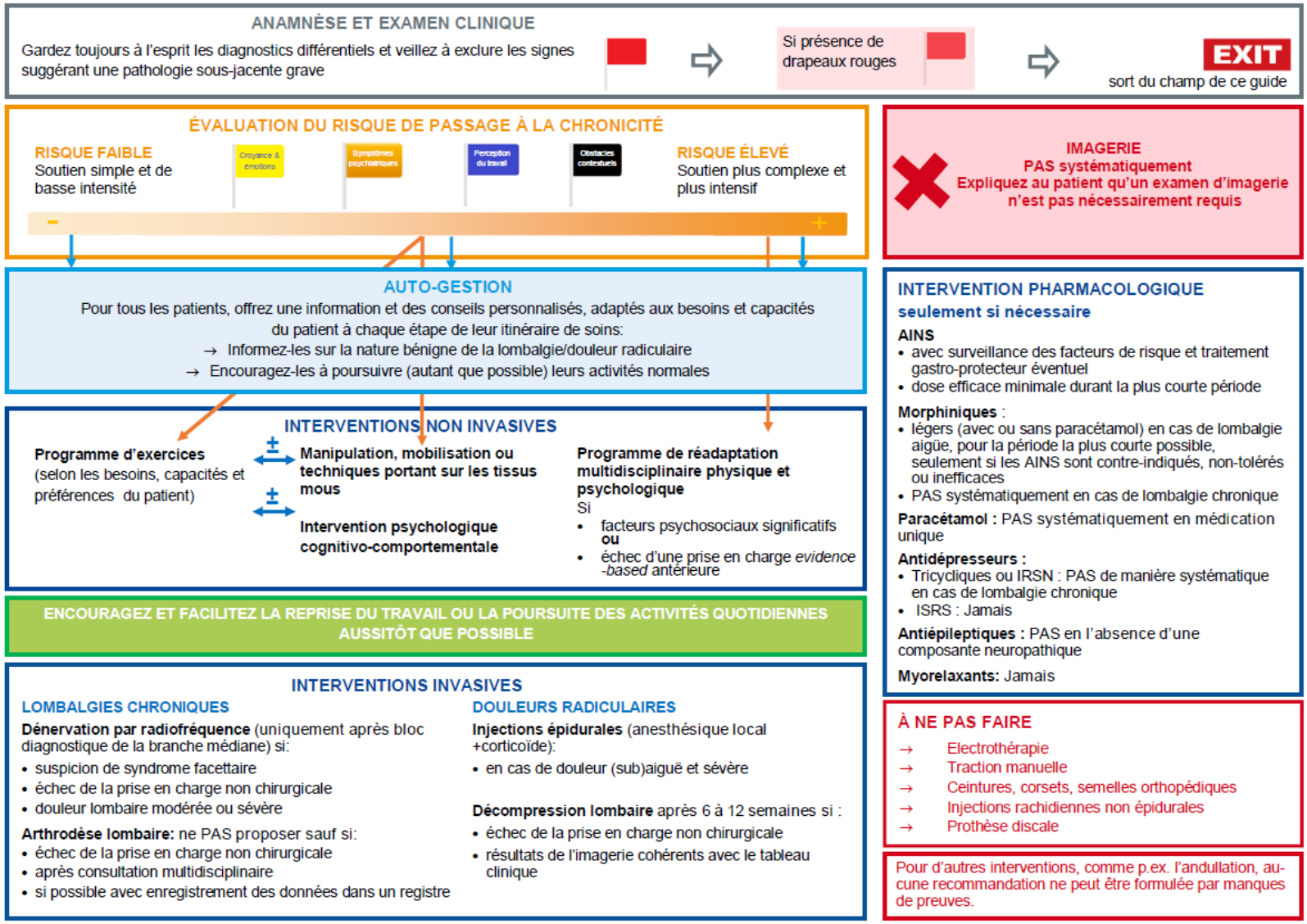
Raf MERTENS
Directeur Général

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ABBRÉVIATION	DÉFINITION
ABSYM-BVAS	Association Belge des Syndicats Médicaux - Belgische Vereniging van Artsensyndicaten
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdiens
APBMT-BBVAG	Association professionnelle belge des médecins du travail - Belgische Beroepsvereniging voor Arbeidsgeneesheren
AXXON	Association représentative des kinésithérapeutes en Belgique
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BBS	Belgian Back Society
BPS	Belgian Pain Society
BSN	Belgian Society of Neurosurgery
BSS	Belgian Spine Society
BVC	Belgische Vereniging van Chiropractors
CBIP - BCFI	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique – Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
CEBAM	Centre belge pour l'evidence-based medicine
CHC	Centre hospitalier chrétien
CHU-UVC	Centre Hospitalier Universitaire - Universitair Verplegingscentrum
Fedris	Agence fédérale des risques professionnels
FNO	Fonds Nuts Ohra
GBS – VBS	Groupement des unions professionnelles Belges de médecins spécialistes - Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten
GDG	Guideline Development group
GRID	Groupe Régional Interdisciplinaire Douleur
IDEWE	Belgische Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk
INAMI – RIZIV	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité - Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering

IRM	Imagerie par résonnance magnétique
KU	Katholieke Universiteit
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NRS	Numerical rating scale
OKE	Het Ondersteunings-en Kenniscentrum Ergotherapie
RCT	Randomized controlled trial – Essai randomisé et contrôlé
RBSPRM	Royal Belgian Society of Physical and Rehabilitation Medicine
RZ	Regionaal Ziekenhuis
SPF - FOD	Service Publique Fédéral - Federale Overheidsdienst
SSBe	Spine Society of Belgium
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
SSST	Société Scientifique de Santé au Travail
UBC – BVC	Union Belge des Chiropractors – Belgische Vereniging van Chiropractors
UKO	Unie voor gediplomeerden in de Kinesitherapie en Osteopathie
UZ	Universitair Ziekenhuis
VAVP	Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding
VE	Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw
VWVA	Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Arbeidsgeneeskunde
WIP	World Institute of Pain
WVVK	Wetenschappelijke vereniging van Vlaamse kinesitherapeuten
ZNA	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen
ZOL	Ziekenhuis Oost-Limburg

ALGORITHME


ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE
Gardez toujours à l'esprit les diagnostics différentiels et veillez à exclure les signes suggérant une pathologie sous-jacente grave
Si présence de drapeaux rouges
EXIT
sort du champ de ce guide
ÉVALUATION DU RISQUE DE PASSAGE À LA CHRONICITÉ
RISQUE FAIBLE
Soutien simple et de basse intensité
Croyance & émotions
Symptômes psychiatriques
Perception du travail
Obstacles contextuels
RISQUE ÉLEVÉ
Soutien plus complexe et plus intensif
IMAGERIE
PAS systématiquement
Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis
AUTO-GESTION
Pour tous les patients, offrez une information et des conseils personnalisés, adaptés aux besoins et capacités du patient à chaque étape de leur itinéraire de soins:
→ Informez-les sur la nature bénigne de la lombalgie/douleur radiculaire
→ Encouragez-les à poursuivre (autant que possible) leurs activités normales
INTERVENTIONS NON INVASIVES
Programme d'exercices (selon les besoins, capacités et préférences du patient)
Manipulation, mobilisation ou techniques portant sur les tissus mous
Intervention psychologique cognitivo-comportementale
Programme de réadaptation multidisciplinaire physique et psychologique
Si
• facteurs psychosociaux significatifs ou
• échec d'une prise en charge evidence -based antérieure
ENCOURAGEZ ET FACILITEZ LA REPRISE DU TRAVAIL OU LA POURSUITE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES AUSSITÔT QUE POSSIBLE
INTERVENTIONS INVASIVES
LOMBALGIES CHRONIQUES
Dénervation par radiofréquence (uniquement après bloc diagnostique de la branche médiane) si:
• suspicion de syndrome facettaire
• échec de la prise en charge non chirurgicale
• douleur lombaire modérée ou sévère
Arthrodèse lombaire: ne PAS proposer sauf si:
• échec de la prise en charge non chirurgicale
• après consultation multidisciplinaire
• si possible avec enregistrement des données dans un registre
DOULEURS RADICULAIRES
Injections épidurales (anesthésique local +corticoïde):
• en cas de douleur (sub)aiguë et sévère
Décompression lombaire après 6 à 12 semaines si :
• échec de la prise en charge non chirurgicale
• résultats de l'imagerie cohérents avec le tableau clinique
INTERVENTION PHARMACOLOGIQUE
seulement si nécessaire
AINS
• avec surveillance des facteurs de risque et traitement gastro-protecteur éventuel
• dose efficace minimale durant la plus courte période
Morphiniques :
• légers (avec ou sans paracétamol) en cas de lombalgie aigüe, pour la période la plus courte possible, seulement si les AINS sont contre-indiqués, non-tolérés ou inefficaces
• PAS systématiquement en cas de lombalgie chronique
Paracétamol : PAS systématiquement en médication unique
Antidépresseurs :
• Tricycliques ou IRSN : PAS de manière systématique en cas de lombalgie chronique
• ISRS : Jamais
Antiépileptiques : PAS en l'absence d'une composante neuropathique
Myorelaxants: Jamais
À NE PAS FAIRE
→ Electrothérapie
→ Traction manuelle
→ Ceintures, corsets, semelles orthopédiques
→ Injections rachidiennes non épidurales
→ Prothèse discale
Pour d'autres interventions, comme p.ex. l'andullation, aucune recommandation ne peut être formulée par manques de preuves.

RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**
ALGORITHME **4**
RÉSUMÉ **5**
1. INTRODUCTION **7**
1.1. MÉTHODOLOGIE 7
2. ÉVALUATION DES DOULEURS LOMBAIRES ET RADICULAIRES **8**
2.1. ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE 8
2.2. STRATIFICATION DU RISQUE 12
2.3. IMAGERIE 14
3. PRISE EN CHARGE NON INVASIVE **15**
3.1. AUTO-GESTION (SELF-MANAGEMENT) 15
3.2. PROGRAMMES D'EXERCICES SUPERVISÉS 16
3.3. TECHNIQUES MANUELLES 16
3.4. INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES 17
3.5. PROGRAMME DE RÉADAPTATION MULTIDISCIPLINAIRE 18
3.6. REPRISE DU TRAVAIL 18
4. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES **19**
4.1. ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS, MORPHINIQUES OU PARACETAMOL 19
4.2. ANTIDÉPRESSEURS ET ANTIÉPILEPTIQUES 21
5. INTERVENTIONS INVASIVES **22**
5.1. INFILTRATIONS EPIDURALES : POUR LES DOULEURS RADICULAIRES (SUB)AIGUËS 22
5.2. DÉNERVATION PAR RADIOFRÉQUENCE : EN CAS DE SUSPICION DE DOULEUR CHRONIQUE DES FACETTES ARTICULAIRES 23

5.3. CHIRURGIE DE DÉCOMPRESSION LOMBAIRE : POUR LES DOULEURS RADICULAIRES PERSISTANTES 24
5.4. ARTHRODÈSE : UNIQUEMENT POUR CERTAINES DOULEURS LOMBAIRES TRÈS SPÉCIFIQUES 24
6. INTERVENTIONS NON RECOMMANDÉES 26
7. INTERVENTIONS SANS RECOMMANDATION CLAIRE 28
8. PROPOSITIONS DE QUESTIONS DE RECHERCHE 29
9. SUJETS NON ÉTUDIÉS 30
10. IMPLÉMENTATION 30
11. GLOSSAIRE 31
12. QUESTIONNAIRES 32

1. INTRODUCTION

Ce guide de pratique clinique couvre l'entièreté de la prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires, depuis la première évaluation jusqu'à la reprise d'une activité professionnelle, y compris tous les types de traitements invasifs et non invasifs. Il se limite toutefois aux **douleurs lombaires[a] ou radiculaires qui ne sont pas causées par une pathologie sous-jacente spécifique sévère** (infection, tumeur, ostéoporose, fracture, déformation structurelle, maladie inflammatoire, syndrome de la queue de cheval ou maladie neurologique grave).

Le terme **« douleur lombaire »** ne nécessite pas de définition particulière ; par contre, le terme « **douleur radiculaire »** est sujet à controverses. Dans ce guide de pratique clinique, nous définirons la douleur radiculaire comme une douleur des extrémités inférieures, siégeant dans un (ou plusieurs) dermatome(s). Chez certains patients, elle prédomine sur la lombalgie; chez d'autres, elle se manifeste de façon isolée. Les douleurs radiculaires ne présentent pas toutes une composante neuropathique (= douleur provoquée par une lésion du système nerveux) ; elles peuvent être associées ou non à des signes et symptômes neurologiques (insensibilité et/ou paresthésies dans le dermatome correspondant, perturbation des réflexes ou faiblesse motrice dans un myotome associé).

Ce guide de pratique clinique se veut multidisciplinaire ; il s'adresse à tous les dispensateurs de soins impliqués dans les lombalgies : kinésithérapeutes, médecins généralistes, spécialistes en médecine physique et réadaptation, anesthésistes-algologues, chirurgiens orthopédiques, neurochirurgiens, psychologues et autres cliniciens concernés par cette problématique.

[a] Nous avons choisi d'éviter des termes comme « non spécifique » et « aspécifique » car leur signification est très variable dans la littérature existante.

1.1. Méthodologie

Les recommandations présentées ici proviennent en grande partie du guideline « *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management* », publié par NICE le 30 novembre 2016.

Chacune des recommandations cliniques a été adaptée au contexte belge selon la méthode ADAPTE (www.adapte.org). Cette démarche a nécessité l'implication active d'un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé, appelé ci-après le *Guideline Development Group* (GDG).

Les différences entre la version belge et la version originale de NICE sont clairement soulignées dans le rapport scientifique.

Chaque recommandation est caractérisée par un **niveau de force** qui traduit le degré de confiance que le GDG accorde au fait que les effets désirables d'une intervention sont plus importants que ses effets indésirables. Ce niveau est défini sur la base de quatre éléments : la qualité des données probantes, le rapport risques-bénéfices de l'intervention, les valeurs et préférences des cliniciens et des patients et enfin, une estimation du coût (utilisation des ressources). Pour chaque recommandation, le niveau de force fait l'objet d'une discussion au sein du GDG. Il est ensuite exprimé selon une formulation précise :

- « Proposer » = recommandation forte en faveur de l'intervention
- « Envisager » = recommandation faible en faveur de l'intervention
- « Ne pas proposer » = recommandation forte en défaveur de l'intervention
- « Ne pas proposer systématiquement » = recommandation faible en défaveur de l'intervention

En cas d'absence de donnée probante (p.ex. si aucune étude répondant à la question de recherche n'a été trouvée) sur un sujet considéré comme essentiel par le GDG, une opinion d'experts peut être formulée pour autant qu'un consensus soit obtenu au sein du GDG. Ces opinions d'experts sont articulées autour d'un verbe autre que « proposer » ou « envisager ».

Pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée, nous vous invitons à consulter le chapitre 2 du rapport scientifique.

2. ÉVALUATION DES DOULEURS LOMBAIRES ET RADICULAIRES

2.1. Anamnèse et examen clinique

L'anamnèse et l'examen clinique détaillés constituent la première étape essentielle de la prise en charge des patients présentant une lombalgie et/ou une douleur radiculaire. Ils permettent de faire un diagnostic différentiel et de déceler les signes d'une pathologie grave sous-jacente, même si ces pathologies sont rares.

Aucun examen particulier ne peut être recommandé. NICE a axé la recherche de littérature sur les examens cliniques spécifiques à effectuer en cas de **douleur radiculaire** uniquement et n'a trouvé aucune étude répondant à ses critères de recherche. Le GDG belge ajoute qu'aucun examen isolé n'allie une sensibilité et une spécificité suffisantes pour identifier la cause d'une douleur radiculaire, par exemple une hernie discale. Le plus important lors de l'anamnèse et de l'examen clinique est de s'assurer qu'il n'y a pas d'affection sévère sous-jacente aux douleurs lombaires et radiculaires. Cette recherche repose sur l'identification de signes et symptômes traditionnellement dénommés « drapeaux rouges ». Ici aussi, un drapeau rouge isolé présente une sensibilité et une spécificité très limitée, mais la combinaison de plusieurs d'entre eux (*cluster)* peut orienter vers une affection spécifique, pour autant qu'elle concorde avec l'impression clinique du praticien. La présence ou l'absence d'une affection spécifique sous-jacente devrait toutefois toujours être considérée comme une hypothèse plutôt que comme un diagnostic définitif et la détection des drapeaux rouges devrait être réitérée lors de chaque consultation.

Une liste de drapeaux rouges élaborée par le GDG est proposée dans le cadre 1. La prise en charge des patients avec drapeaux rouges sort du cadre de ce guide de pratique clinique.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Gardez toujours à l'esprit les diagnostics différentiels lors de l'examen d'un patient présentant une douleur lombaire ou radiculaire, en particulier en cas d'apparition de nouveaux symptômes ou de modification des symptômes existants. Veillez à exclure les signes suggérant une pathologie sous-jacente grave (drapeaux rouges) telle qu'un cancer, une infection, un traumatisme, une maladie inflammatoire comme la spondylarthrite ou un problème neurologique sérieux comme le syndrome de la queue de cheval.	Opinion d'experts	Sans objet

Encadré 1 – Liste de drapeaux rouges groupés par clusters (opinion d'experts)

Urgent (immédiat)		
Drapeau rouge		**Action**
Urgences neurologiques • Symptômes neurologiques (signes pyramidaux, troubles de la coordination, déficit moteur ou sensitif) étendus (p.ex. membres supérieurs, nerfs crâniens ou atteinte bilatérale) • Symptômes neurologiques progressifs • Hypoesthésie/Anesthésie périnéale ou « en selle », rétention urinaire, incontinence fécale ou urinaire, trouble de l'érection (syndrome de la queue de cheval) • Déficience motrice grave (Score MRC ≤ 3/5) < 48 h	→	Envoyer le patient au **service d'urgence**
Fracture traumatique • Douleurs lombaires importantes après traumatisme à haute énergie • Douleurs lombaires consécutives à tout traumatisme en présence d'une spondylarthrite ankylosante	→	Envoyer le patient au **service d'urgence**
Problème vasculaire • Signes vasculaires (pieds froids, diminution du pouls artériel périphérique) pouvant évoquer une rupture d'anévrisme aortique s'ils sont combinés à une lombalgie voire à un état de choc.	→	**Ultrasons** & consulter un **chirurgien vasculaire**

Semi-urgent (dans les 48h)		
Drapeau rouge		**Action**
Fracture pathologique Douleur lombaire consécutive à un traumatisme mineur ou sans notion de traumatisme : • Antécédents/risque d'ostéoporose • Prise chronique de corticoïdes • Douleur thoracique • Âge avancé • Perte de poids inexpliquée, fatigue • Antécédents de cancer	→	1/ **Rayons X** (ou CT) 2/ Consulter un **chirurgien du rachis**
Infection • Signes objectifs (transpiration nocturne, fièvre, frissons) • Abus de drogues intraveineuses • Patient immunodéficient • Perte de poids inexpliquée • Antécédents connus ou concomitance d'une infection systémique ou risque d'infection • Intervention chirurgicale récente • Infection urinaire ou cutanée	→	**1/ IRM** & **Analyses sanguines** (p.ex. numération des leucocytes, CRP, VS) **2/** Consulter un **chirurgien du rachis** et/ou un **interniste/infectiologue**

Moins urgent	
Drapeau rouge	**Action**
Tumeur • Douleur d'apparition récente avant 18 ans ou après 55 ans • Antécédents de cancer • Perte de poids inexpliquée, fatigue • Douleurs nocturnes sévères	**1/ IRM** **2/** Consulter un **oncologue** & un **chirurgien du rachis**
Maladie inflammatoire • Douleur non mécanique constante et progressive • Douleur lombaire qui s'améliore à l'exercice mais pas au repos- • Douleur nocturne sévère • Raideur matinale > 30 min ou réveils nocturnes chez des patients jeunes	Consulter un **rhumatologue**
Divers • Douleur postopératoire croissante • Douleur lombaire insupportable & résistante au traitement >6 semaines • Signes pyramidaux unilatéraux	**1/ IRM** **2/** Consulter un **spécialiste du rachis** (spécialiste en médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédiste ou neurochirurgien) ou un **anesthésiste/algologue**

LA SPÉCIFICITÉ DES DRAPEAUX ROUGES PRIS ISOLÉMENT EST LIMITÉE ; C'EST LEUR COMBINAISON (CLUSTER) QUI DOIT ATTIRER L'ATTENTION ET FAIRE SUSPECTER UNE PATHOLOGIE GRAVE SOUS-JACENTE A LA DOULEUR

2.2. Stratification du risque

Il est bon de rappeler que la grande majorité des douleurs lombaires et radiculaires évolue spontanément de manière favorable et que seule une minorité de patients développera une limitation fonctionnelle persistante. Identifier ces patients dits « à risque » et leur proposer une prise en charge spécifique pour tenter d'éviter ce passage à la chronicité doit faire partie intégrante de la prise en charge.

L'étape d'évaluation (ou de stratification) du risque est donc primordiale. Elle consiste à rechercher les éléments signalant une susceptibilité élevée de développer des douleurs chroniques et invalidantes. Ces facteurs de risque peuvent être d'ordre psychologique, psychiatrique, contextuel ou liés au travail ; on les dénomme drapeaux jaunes, orange, noirs et bleus (voir cadre 2).

Le moment auquel est effectuée l'évaluation du risque doit être judicieusement choisi. En effet, il faut identifier les patients à risque avant qu'ils ne s'enfoncent dans la spirale de la chronicité. Mais il faut également éviter de les étiqueter trop rapidement « à risque », afin de ne pas « surtraiter » ceux qui pourraient quand même évoluer spontanément de manière favorable. C'est pourquoi il est déconseillé de réaliser la stratification du risque moins de 48 heures après l'apparition de la douleur. Pour le GDG belge, c'est plutôt au cours de la seconde rencontre (après environ 2 semaines) que cette évaluation devrait être effectuée.

Parmi les différents outils permettant de prédire le risque d'une évolution vers une incapacité fonctionnelle chronique, on peut citer les questionnaires *STarT Back Screening tool* et *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ) short version*, qui comportent environ 10 questions chacun et sont relativement simples à réaliser dans la pratique (voir à la fin de ce document : Cadre 3 – Outil *STarT Back* et Cadre 4 – *Örebro short version*). Ces deux tests ont chacun leurs avantages et inconvénients[b] et peuvent être utilisés dans différents contextes.

Encadré 2 – Liste de drapeaux jaunes, bleus, noirs et orange

Drapeaux jaunes

Croyances et perceptions

- Croyances délétères concernant la douleur : lésion présentée comme incontrôlable ou susceptible de s'aggraver
- Prévision de mauvais résultats thérapeutiques, retour au travail retardé

Réactions émotionnelles

- Détresse ne répondant pas aux critères diagnostiques d'une maladie mentale
- Inquiétude, peurs, anxiété

Comportement face à la douleur (en ce compris stratégies d'adaptation)

- Évitement de certaines activités par crainte de la douleur ou d'une nouvelle lésion
- Dépendance excessive aux traitements passifs (hot packs, cold packs, analgésiques)

Drapeaux orange

Symptômes psychiatriques

- Dépression clinique
- Trouble de la personnalité

Drapeaux noirs

Obstacles contextuels ou liés au système

- Législation limitant les possibilités en termes de reprise du travail
- Conflit avec la compagnie de l'assurance autour de la demande d'indemnisation pour dommage
- Sollicitude excessive de la famille et des prestataires de soins
- Activité professionnelle lourde avec possibilités limitées de modifier les tâches

Drapeaux bleus

Perception du rapport entre travail et santé

- Conviction que le travail est trop pénible et risque de provoquer des lésions supplémentaires
- Conviction de ne pas être soutenu par le supérieur et les collègues

Source: Michael K. Nicholas et al., in « Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in patients with low back pains: A Reappraisal ». PHYS THER. 2011; 91:737-753.

[b] L'ÖMPSQ (en tout cas dans sa longue version) semble un meilleur outil pronostique que le Start Back tool mais ce dernier permet d'adapter le traitement non seulement en fonction du niveau de risque mais aussi du type de facteurs de risque identifiés (plutôt physique dans le niveau moyen et plutôt psychologique dans la catégorie élevée).

Ces outils ont été validés soit dans des populations composées exclusivement de patients lombalgiques, soit dans des populations mixtes comportant des personnes victimes de douleurs lombaires et/ou radiculaires ; aucun des deux n'a toutefois été validé spécifiquement pour les douleurs radiculaires. Il en existe une traduction française et néerlandaise (mais seule celle du *STarT Back* est actuellement validée).

NICE distingue deux catégories de risque, associées à des prises en charge différentes. Toutefois, les scores utilisés dans chacun des outils ne sont pas strictement superposables à ces deux catégories. Ainsi par exemple, la catégorie « risque élevé » de NICE recouvre les profils de « risque modéré » et « risque élevé » identifiés par l'outil *STarT Back*. La catégorisation d'un patient dans l'une ou l'autre catégorie dépend aussi de l'analyse du clinicien.

Mais indépendamment du nombre de catégories de risque déterminées par les outils de stratification, le principal message à retenir est que **les patients à faible risque n'ont besoin que d'une approche simple, tandis que les sujets présentant un risque plus élevé nécessitent une approche plus complexe et multimodale**.

Il est également important de garder à l'esprit que les outils de stratification du risque offrent un soutien à la prise de décision clinique, mais qu'ils ne peuvent jamais s'y substituer. En outre, les patients devraient être réévalués à plusieurs reprises au cours de leur prise en charge.

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez d'effectuer une stratification du risque de passage à la chronicité (par exemple via l'outil d'évaluation des risques STarT Back ou la version courte du questionnaire Örebro) chez chaque patient présentant un nouvel épisode de lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Cette stratification du risque ne devrait pas être effectuée pendant les premières 48h qui suivent le début de la douleur*. Le but de la stratification du risque est d'établir, conjointement avec le patient, une prise en charge adaptée au risque.	Faible	Faible à très faible
• En vous basant sur la stratification du risque, envisagez: o Un soutien simple et de basse intensité pour les patients lombalgiques avec ou sans douleur radiculaire qui vont probablement présenter une amélioration rapide et une évolution favorable. Par soutien simple et de basse intensité, on entend, par exemple, rassurer le patient, lui conseiller de rester actif et le guider dans l'auto-gestion de sa lombalgie. o Un soutien plus complexe et intensif pour les patients lombalgiques avec ou sans douleur radiculaire qui présentent un risque moyen ou élevé d'évolution défavorable. Par soutien plus complexe et intensif, on entend par exemple un programme d'exercices supervisés avec ou sans addition de techniques manuelles et/ou d'une approche psychologique de type cognitivo-comportementale.	Faible	Faible à très faible

**Il est conseillé d'effectuer une stratification des risques lors du deuxième contact, après environ deux semaines de douleur.*

2.3. Imagerie

Dans le cas de douleurs lombaires ou radiculaires, le diagnostic est toujours incertain et il n'est pas rare que le médecin ait recours à l'imagerie (RX, IRM ou CT-scan) pour rassurer son patient – et se rassurer lui-même. Pourtant, en l'absence de drapeaux rouges[c], les preuves de l'intérêt clinique et du rapport coût-efficacité de ces examens sont peu nombreuses et contradictoires. Les études concluent généralement que l'imagerie ne permet ni de confirmer, ni d'infirmer les hypothèses diagnostiques. Sans compter que ces examens débouchent très souvent sur des constats tels que dégénérescence articulaire ou hernie discale, auxquelles on sera tenté d'attribuer la cause des douleurs lombaires, alors qu'elles se retrouvent aussi très fréquemment chez des individus asymptomatiques. Dans ce cas de figure, l'imagerie peut donc même avoir des effets iatrogènes et achever de persuader le patient que ses symptômes sont dus à des atteintes graves de sa colonne lombaire.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer le risque lié à l'exposition cumulée aux radiations médicales, ni le coût de ces examens pour la collectivité. Par conséquent, l'imagerie ne devrait être utilisée que lorsqu'elle est nécessaire à la gestion future du problème (p.ex. lorsque l'on envisage une infiltration épidurale ou une chirurgie rachidienne) et non pour remédier à une incertitude diagnostique.

En Belgique, puisque les patients peuvent accéder directement à la médecine spécialisée, il n'est pas opportun d'opérer une distinction entre 1re et 2e ligne en termes de recours à l'imagerie.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• En l'absence de drapeaux rouges, ne proposez pas systématiquement un examen d'imagerie aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Ne prescrivez un examen d'imagerie que lorsque le résultat attendu de l'examen est susceptible d'influencer la prise en charge, par exemple lorsqu'une intervention invasive est envisagée.	Faible	Faible à très faible
• Expliquez aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis, même si vous les orientez vers un spécialiste pour avis.	Opinion d'experts	Sans objet

[c] Le recours à l'imagerie en présence de signes ou symptômes suggérant une pathologie grave sous-jacente à la douleur lombaire ou radiculaire (drapeaux rouges) sort du cadre de ce guide de pratique clinique et n'est donc pas abordé dans ce chapitre.

3. PRISE EN CHARGE NON INVASIVE

Puisque les douleurs lombaires et radiculaires ont une grande probabilité d'évoluer spontanément de manière favorable en quelques jours ou semaines, la première chose à faire (et à continuer à faire par la suite) est de rassurer le patient quant à l'évolution naturelle de sa douleur, l'encourager à s'autogérer et lui recommander de rester actif. Une étape supplémentaire consistera à lui proposer des programmes d'exercice supervisés.

Si l'évaluation du risque met au jour un risque important de passage à la chronicité (voir chapitre 2.2. Stratification du risque), il peut être nécessaire de mettre en place une intervention plus complexe incluant des techniques manuelles et/ou un support psychologique. C'est ce que l'on appelle une **prise en charge multimodale**. Lors de l'élaboration du plan de prise en charge multimodale, le choix des interventions devrait être guidé par les besoins, préférences et capacités spécifiques du patient.

3.1. Auto-gestion (self-management)

La notion d'auto-gestion désigne ici la capacité du patient à mettre en place des stratégies d'adaptation positives et à éviter les cercles vicieux du déconditionnement physique, de la déprime, de l'abandon des activités ordinaires et de l'anxiété.

Dans la littérature, les preuves en faveur de l'auto-gestion en tant qu'intervention isolée sont faibles ; par contre, elles sont plus convaincantes lorsque l'auto-gestion est associée à d'autres interventions, ou incluse dans des programmes de revalidation multidisciplinaire (ce qui est souvent le cas). Il est donc conseillé d'encourager l'auto-gestion en tant que bonne pratique à toutes les étapes de la prise en charge.

Pour favoriser cette auto-gestion, on peut notamment informer et rassurer le patient sur la nature généralement bénigne de l'origine des douleurs lombaires, lui recommander de rester physiquement actif et de poursuivre ses activités ordinaires dans les limites du possible, voire l'encourager à effectuer des exercices (non supervisés). Cette approche permet aussi de prendre en compte les inquiétudes des patients concernant leurs douleurs et de personnaliser les conseils en fonction de leurs capacités et croyances individuelles.

La recommandation de rester couché a également été étudiée par NICE, qui a conclu qu'il n'existe aucune preuve que l'alitement soit dommageable sur le court terme, mais que rien ne suggère non plus qu'il soit bénéfique.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Offrez à chaque patient une information et des conseils personnalisés, adaptés à leurs besoins et à leurs capacités, pour les aider à auto-gérer leur lombalgie ou douleur radiculaire, à chaque étape de leur itinéraire de soin, et notamment : o Informez-les sur la nature bénigne de la lombalgie et de la douleur radiculaire o Encouragez-les à poursuivre autant que possible une activité normale, voire à faire de l'exercice.	Opinion d'experts	Moyen à très faible

3.2. Programmes d'exercices supervisés

La notion de « programme d'exercices » recouvre un vaste éventail d'exercices, issus de modèles théoriques différents et pouvant être effectués dans des environnements variés. Ils peuvent être dispensés par toute une série de professionnels de la santé, de façon individuelle ou en groupe. Dans cette section, nous nous sommes intéressés uniquement aux exercices supervisés. Les exercices réalisés sans supervision sont considérés comme une forme d'auto-gestion et repris dans la section précédente.

Quand ils sont comparés avec les soins habituels ou avec d'autres interventions non invasives, tous les types d'exercices permettent d'obtenir un certain bénéfice, et ce sans risque d'effets indésirables démontré. Sur la base des données probantes dont nous disposons, **ils devraient être les seuls éléments obligatoires d'une approche thérapeutique multimodale.**

Aucune preuve univoque ne permet de conclure à la supériorité d'un type spécifique d'exercice, ni d'un programme, d'une durée ou d'une intensité données. L'efficacité semble comparable dans les lombalgies aiguës et chroniques. Il est important d'adapter le programme en fonction de l'individu, en tenant compte de ce qui est réalisable pour lui. NICE souligne que les exercices en groupe pourraient contribuer à comprimer les coûts. Qu'ils se pratiquent en groupe ou en individuel, le plus important est que les exercices fassent appel à la participation active du patient lombalgique.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez un programme d'exercices (exercices spécifiques ou une combinaison d'approches) chez les personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Tenez compte des besoins, des capacités et des préférences propres à chaque patient lors du choix du programme d'exercice.	Faible	Moyen à faible

3.3. Techniques manuelles

La notion de techniques manuelles recouvre différentes sortes de manipulations, de mobilisations et de techniques de travail des tissus mous (en ce compris les massages, mais pas uniquement). Le GDG belge a choisi de privilégier le terme de « techniques manuelles » afin d'éviter toute confusion avec la « thérapie manuelle », terme qui désigne, en Belgique, un domaine spécifique de qualification professionnelle des kinésithérapeutes et qui intègre les techniques manuelles dans une prise en charge kinésithérapeutique plus globale.

Les données probantes en faveur des techniques manuelles ne sont pas suffisamment robustes pour recommander leur utilisation isolée. Associées à des approches actives (p.ex. exercices), elles permettent néanmoins d'obtenir un bénéfice clinique tant sur la douleur que sur la fonction. C'est pourquoi on peut considérer qu'il s'agit d'une modalité thérapeutique optionnelle.

Elles peuvent être proposées en complément aux patients chez qui l'auto-gestion et l'exercice sont jugés insuffisants, que ce soit en raison de leur évolution clinique, de leur niveau de risque ou de leurs besoins, préférences et capacités spécifiques.

Par contre, la littérature n'a pas permis d'observer de bénéfice clinique pour la traction (manuelle), également considérée comme une technique manuelle par NICE ; cette approche spécifique fait donc l'objet d'une recommandation négative (voir chapitre 6).

La recommandation relative aux techniques manuelles concerne les patients atteints de douleurs lombaires ou radiculaires, mais les membres du GDG belge ont tenu à rappeler que des manipulations imprudentes peuvent avoir des conséquences dommageables en présence d'un syndrome radiculaire.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez une manipulation, une mobilisation ou des techniques portant sur les tissus mous dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.	Faible	Elevé à très faible

3.4. Interventions psychologiques

Les données probantes disponibles ne sont pas suffisantes pour formuler des recommandations concernant les interventions psychologiques utilisées de façon isolée dans les douleurs lombaires ou radiculaires. Toutefois en association avec d'autres mesures telles que l'auto-gestion ou les exercices, une intervention psychologique (essentiellement approche cognitivo-comportementale) pourrait apporter un bénéfice au patient.

Les interventions psychologiques ne devraient jamais être obligatoires, mais elles pourraient représenter un volet important de la prise en charge chez certains patients à un moment donné de leur parcours (en fonction du niveau de risque).

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez une intervention psychologique* de type cognitivo-comportementale dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.	Faible	Moyen à très faible

**Les interventions psychologiques sont optionnelles et ne concernent que certains patients à certains moments, en fonction du niveau de risque.*

3.5. Programme de réadaptation multidisciplinaire

Les programmes de réadaptation multidisciplinaire relèvent de l'approche biopsychosociale. Ils combinent une composante physique (p.ex. exercices spécifiques, techniques manuelles) et au moins un autre élément de prise en charge, psychologique, social, éducatif ou ergonomique).

Les données probantes disponibles sont assez disparates, certaines – mais pas toutes – montrant un bénéfice de ces programmes. Leur coût élevé plaide en leur défaveur.

Par conséquent**, ces programmes devraient être réservés aux patients présentant une lombalgie chez qui la stratification du risque a permis de déceler des obstacles psychosociaux significatifs au rétablissement ou qui n'ont pas été soulagés par les traitements antérieurs.**

En Belgique, l'accès aux programmes de réadaptation multidisciplinaire en milieu hospitalier et leur remboursement est actuellement limité aux patients dont les douleurs lombaires persistent depuis au moins 6 semaines.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez un programme de réadaptation multidisciplinaire physique et psychologique incluant une approche cognitivo-comportementale (qui tienne compte des besoins et capacités spécifiques de chacun) chez les personnes présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistantes: o Si ces personnes présentent des facteurs psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou o Si une prise en charge *evidence-based* antérieure n'a pas été efficace.	Faible	Moyen à très faible

3.6. Reprise du travail

NICE n'a pas trouvé de données probantes permettant de confirmer les bénéfices des programmes spécifiquement axés sur le retour au travail. Mais, pour NICE comme pour le GDG belge, cela n'infirme en rien l'importance du maintien ou de la reprise d'une activité professionnelle en soi.

Il a également été souligné que ce n'est pas nécessairement la notion de « travail » qui importe. Pour les personnes n'ayant pas ou plus d'activité professionnelle, la reprise des activités quotidiennes est tout aussi importante. NICE a donc formulé un avis de consensus – rejoint par le GDG belge – qui présente la reprise du travail ou des activités ordinaires comme l'un des objectifs thérapeutiques à atteindre chez les patients lombalgiques.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Encouragez et facilitez la reprise du travail ou la poursuite des activités quotidiennes aussitôt que possible chez les personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire.	Opinion d'experts	Elevé à très faible

4. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

4.1. Anti-inflammatoires non stéroïdiens, morphiniques ou paracétamol

Il n'est pas toujours nécessaire de prescrire un traitement médicamenteux dans la prise en charge des lombalgies avec ou sans douleurs radiculaires et cela quel que soit le niveau de risque d'évolution défavorable. Lorsqu'il est requis, **NICE retient comme premier choix les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** pour autant que la personne les tolère, suivis par les analgésiques morphiniques légers, avec ou sans paracétamol.

L'efficacité à court terme des AINS (versus placebo) sur la sévérité de la douleur et sur la fonction a été confirmée. Cette efficacité doit toutefois être soupesée en fonction du risque d'effets secondaires. La recommandation en faveur de la prise d'AINS oraux est donc faible et assortie de plusieurs précautions. Elle ne spécifie pas quel type d'AINS il convient d'utiliser, les différentes molécules n'ayant pas été comparées entre elles en termes d'efficacité. Le choix d'un produit plutôt qu'un autre devrait prendre en compte les facteurs de risque et les préférences du patient.

En ce qui concerne les **analgésiques morphiniques,** certaines données probantes suggèrent un effet dans les lombalgies **chroniques** mais aussi un risque élevé d'effets secondaires et notamment d'addiction. Pour cette raison, ces produits ne sont pas recommandés systématiquement dans cette indication et, quand ils sont prescrits, cela doit toujours être fait avec une grande prudence. Aucune différence n'a été observée entre morphiniques légers et puissants.

Dans les lombalgies **aiguës** ou dans les épisodes aigus d'une lombalgie récurrente, aucune donnée en faveur de l'usage des analgésiques morphiniques n'a été trouvée. Toutefois, sur base d'un consensus d'experts, une prescription limitée de morphiniques légers est envisageable chez les patients intolérants aux AINS ou chez qui ces produits sont inadaptés, et toujours pour la durée la plus courte possible. Les morphiniques peuvent alors être combinés avec le paracétamol, mais l'association fixe « paracétamol-tramadol » n'est pas recommandée par le CBIP[d].

Des données récentes concernant le **paracétamol seul** n'ont pas montré de bénéfice en comparaison avec un placebo chez les patients souffrant de lombalgies aiguës d'intensité modérée (sur la base d'une étude unique). De ce fait, il est délicat de recommander son utilisation dans cette population. Dans la mesure où il peut se montrer efficace chez certains patients présentant des douleurs légères (même s'il ne s'agit que d'un effet placebo), il pourrait néanmoins être la seule option envisageable lorsque les AINS et les morphiniques sont tous deux contre-indiqués (p.ex. chez des patients âgés avec des facteurs de risque).

Les **myorelaxants** ne sont pas recommandés dans la prise en charge des lombalgies et douleurs radiculaires et sont mentionnés dans le chapitre 6 (interventions non recommandées).

[d] D'après le CBIP – BCFI, « l'association fixe de paracétamol + tramadol n'a pas beaucoup de sens : le tramadol est difficile à doser et les deux constituants ont une demi-vie très différente ».

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Si un traitement médicamenteux est nécessaire dans la prise en charge d'une personne présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire (par exemple en fonction de la sévérité de la douleur et des préférences du patient), envisagez des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale en tenant compte des différences potentielles de toxicité gastro-intestinale, hépatique et cardio-rénale, ainsi que des facteurs de risque du patient, dont son âge.	Faible	Moyen à très faible
• Si vous prescrivez des AINS oraux pour une lombalgie, prévoyez une évaluation clinique adéquate, une surveillance continue de l'évolution des facteurs de risque et considérez l'utilité d'un traitement gastro-protecteur.*	Opinion d'experts	Sans objet
• Si vous prescrivez des AINS oraux, privilégiez la dose efficace minimale durant la plus courte période possible.**	Opinion d'experts	Sans objet
• Pensez à un morphinique léger (avec ou sans paracétamol) pour la période la plus courte possible dans la prise en charge d'une lombalgie aiguë avec ou sans douleur radiculaire seulement si les AINS sont contre-indiqués ou non tolérés, ou s'ils se sont avérés inefficaces.	Opinion d'experts	Sans objet
• Ne proposez pas des morphiniques de manière systématique aux personnes présentant une lombalgie chronique avec ou sans douleur radiculaire	Faible	Elevé à très faible
• Ne proposez pas systématiquement du paracétamol (comme seule médication) dans la prise en charge d'une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire.	Faible	Elevé à très faible

**Le GDG souligne qu'un traitement gastro-protecteur n'est pas systématiquement nécessaire et que cela dépend du type d'AINS (habituellement pas pour les COX-2 sélectifs), de la durée du traitement (pas si court terme) et des caractéristiques du patient.*

***La dose efficace minimale évoque la plus faible dose ayant un effet en fonction de chaque patient pris individuellement. Le GDG belge souligne le risque de sous- ou de surdosage et suggère de commencer dans la plupart des cas par la dose recommandée et de tester ensuite une diminution de cette dose si une amélioration survient.*

4.2. Antidépresseurs et antiépileptiques

NICE propose les antidépresseurs et antiépileptiques en traitement initial dans les douleurs neuropathiques de l'adulte. Par contre, ces médicaments ne sont pas recommandés chez les patients atteints de lombalgies sans composante neuropathique.

Cette position a toutefois été quelque peu nuancée par le GDG belge pour deux types d'antidépresseurs : les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs non-sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. En effet, ces produits ont montré qu'ils pouvaient être actifs en cas de douleur chronique avec sensibilisation centrale (c.-à-d. avec une augmentation d'activité du système nociceptif).

En ce qui concerne les antiépileptiques, la seule étude probante identifiée par NICE ne portait que sur des patients présentant des douleurs radiculaires ; elle montrait un bénéfice potentiel au niveau de la douleur, par rapport au placébo, mais aussi des effets secondaires plus fréquents.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Ne proposez pas d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRN) aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire.	Forte	Moyen à très faible
• Ne proposez pas de manière systématique des antidépresseurs tricycliques, ou des inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Cette recommandation s'applique uniquement aux douleurs chroniques ; l'utilisation d'antidépresseurs n'est pas recommandée en cas de douleur aigüe.	Faible	Moyen à très faible
• Ne proposez pas d'antiépileptiques aux personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire en l'absence de composante neuropathique.	Forte	Moyen à faible

5. INTERVENTIONS INVASIVES

5.1. Infiltrations épidurales : pour les douleurs radiculaires (sub)aiguës

Il existe quelques données probantes suggérant que les injections par voie épidurale d'anesthésiques et stéroïdes locaux peuvent avoir un bénéfice dans les douleurs radiculaires, ou qu'elles permettent de réduire le nombre de patients nécessitant une intervention chirurgicale. La plupart des essais randomisés et contrôlés (RCT) concernent des patients présentant des douleurs radiculaires modérément sévères (score ≥ 5 sur une échelle numérique 0-10 d'intensité de la douleur).

Dans le contexte belge, où les patients bénéficient d'un accès direct à la médecine spécialisée sans qu'il y ait nécessairement de délai avant la première consultation, il est important de préciser que l'infiltration épidurale est une option envisageable dans les douleurs radiculaires aiguës, mais pas avant deux semaines de douleur.

Depuis le 1er novembre 2016, seules les infiltrations radiculaires ou transforaminales guidées par imagerie et ciblant une seule racine nerveuse par séance sont remboursées dans notre pays, avec un maximum de 3 traitements par an. Le recours aux corticostéroïdes dépôt administrés par voie épidurale relève d'une utilisation off-label et implique donc de recueillir le consentement éclairé du patient (au moins 24 h) avant l'infiltration (cfr KCE Report 252B https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_252B_Utilisation_off-label_medicaments_Synthese.pdf).

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez des injections épidurales d'un anesthésique local et d'un corticoïde* chez les personnes présentant une douleur radiculaire (sub)aiguë (càd après au moins 2 à 3 semaines de douleur) et sévère**.	Faible	Moyen à très faible

**En Belgique, depuis le 1er novembre 2016, seules les injections radiculaires ou transforaminales guidées par imagerie sont remboursées.*
***La sévérité de la douleur radiculaire devrait être évaluée au cas par cas, avec le patient mais un score de 5 ou plus sur une échelle numérique d'intensité de la douleur peut être considéré comme un critère suffisant.*

5.2. Dénervation par radiofréquence : en cas de suspicion de douleur chronique des facettes articulaires

Les facettes articulaires sont de petites articulations postérieures localisées de chaque côté de la colonne vertébrale et innervées par les branches médiales du rameau postérieur. Elles peuvent être une source de symptômes douloureux, mais ce diagnostic clinique est incertain. Les blocs de branche médiale à l'aide d'un anesthésique local permettent de réduire le degré d'incertitude du diagnostic; ils sont un prérequis au traitement très spécifique qu'est la dénervation par radiofréquence.

Certaines données probantes (issues de 4 RCT de petite taille) montrent un bénéfice clinique de la dénervation chez les patients avec une suspicion de douleur des facettes articulaires. Toutes ces données concernent des douleurs chroniques avec un score moyen de douleur supérieur à 5 et ne répondant pas à un traitement conservateur adéquat.

Par conséquent, la dénervation par radiofréquence ne devrait être envisagée que dans cette population spécifique. De plus, comme il s'agit d'une procédure exigeante sur le plan technique, elle ne devrait être réalisée que par des médecins ayant bénéficié d'une formation appropriée. Il n'est pas nécessaire de réaliser une imagerie en préalable à l'intervention.

En Belgique, la dénervation par radiofréquence est remboursée à condition d'être guidée par imagerie, de porter sur au moins trois niveaux articulaires (unilatéraux) et d'être réalisée au maximum 3 fois par an.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez une évaluation en vue d'une dénervation par radiofréquence chez les personnes présentant une lombalgie chronique avec suspicion de syndrome facettaire lorsque: o la prise en charge non chirurgicale multimodale et *evidence-based* n'a pas fonctionné et o la source principale de la douleur semble provenir des structures concernées par les branches médiales du rameau nerveux postérieur et o le patient présente au moment où il est référé une douleur lombaire localisée de niveau modéré ou sévère (évaluée à 5 ou plus sur une échelle numérique 0-10 d'intensité de la douleur). Il est inutile de réaliser une imagerie en préalable à une dénervation par radiofréquence.	Faible	Moyen à très faible
• Ne procédez à une dénervation par radiofréquence chez les personnes présentant une lombalgie chronique qu'après avoir obtenu une réponse positive à un bloc diagnostique de la branche médiale.	Expert opinion	Sans objet

5.3. Chirurgie de décompression lombaire : pour les douleurs radiculaires persistantes

Même si la majorité des symptômes radiculaires semblent connaître une évolution naturelle favorable au fil du temps, il est nécessaire de prévoir une option thérapeutique pour soulager la douleur dans le sous-groupe de patients confrontés à des radiculalgies sévères résistantes à une prise en charge conservatrice adéquate. Les données probantes disponibles suggèrent que cette option devrait être la décompression vertébrale. La question de savoir s'il existe ou non une fenêtre temporelle optimale pour sa réalisation reste très controversée et il convient donc de déterminer au cas par cas le moment idéal de l'intervention.

En cas d'hernie discale, au vu de l'incidence élevée des évolutions spontanément favorables, il est préférable d'attendre au moins six semaines, à moins que le patient ne présente des déficits neurologiques significatifs ou une douleur incontrôlable en dépit d'une approche antalgique *evidence-based*. L'imagerie est un prérequis à l'intervention ; les observations radiologiques doivent en outre concorder avec les observations cliniques.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Envisagez une chirurgie de décompression lombaire pour les personnes présentant une douleur radiculaire (au moins 6 à 12 semaines après le début des symptômes) si une prise en charge non chirurgicale multimodale et *evidence-based* n'a pas atténué la douleur ou amélioré la fonction et si les résultats de l'imagerie sont cohérents avec le tableau clinique actuel.	Faible	Faible à très faible

5.4. Arthrodèse : uniquement pour certaines douleurs lombaires très spécifiques

Étant donné qu'il n'est pas établi que la fusion vertébrale (arthrodèse) présente un réel avantage sur les traitements auxquels elle a été comparée, mais qu'elle présente bel et bien des risques potentiels, cette intervention ne devrait pas être recommandée de manière systématique chez les personnes présentant une lombalgie.

On ne peut toutefois pas exclure que quelques rares sous-groupes de patients (p.ex. antélisthésis d'origine dégénérative avec instabilité marquée, déformations dégénératives graves) puissent en retirer un bénéfice, à condition d'être soigneusement sélectionnés et après l'échec d'une prise en charge non chirurgicale multimodale.

Dans ces cas exceptionnels, la décision devrait être précédée d'une consultation multidisciplinaire et le rapport risques-bénéfices devrait systématiquement être évalué. À l'échelon belge, l'analyse de données récoltées dans le cadre d'un registre semble plus facile à réaliser que l'essai randomisé et contrôlé proposé par NICE.

Recommandations	Niveau de la recommandation	Niveau de preuve
• Ne proposez pas d'arthrodèse lombaire aux personnes présentant une lombalgie, excepté dans les conditions suivantes : o après échec d'une prise en charge non chirurgicale multimodale *evidence-based* o après une évaluation lors d'une consultation multidisciplinaire et o de préférence avec enregistrement des données dans un registre	Forte	Faible à très faible

6. INTERVENTIONS NON RECOMMANDÉES

Plusieurs interventions ne sont pas recommandées, soit parce que les données disponibles concluent à une absence de bénéfices cliniques, soit parce que le rapport risques-bénéfices ne leur est pas favorable. Elles sont considérées comme inutiles, voire, dans certains cas, dangereuses.

Nous en dressons la liste dans le tableau ci-dessous, avec une brève explication des motifs justifiant la formulation d'une recommandation forte à leur encontre.

Tableau 1 – Interventions de prise en charge des douleurs lombaires et/ou radiculaires non recommandées

Intervention	Explication
Ceintures ou corsets	Sur la base de 5 RCT, l'efficacité des corsets ou ceintures n'apparait pas supérieure à la prise en charge standard dans les lombalgies sans douleurs radiculaires, alors qu'ils sont susceptibles de représenter un coût pour le patient. Aucune donnée probante n'a été trouvée pour les personnes présentant une douleur radiculaire.
Semelles orthopédiques	Dans 4 études incluant des patients lombalgiques avec ou sans douleurs radiculaires, les semelles orthopédiques n'ont pas permis d'obtenir de bénéfices cliniques suffisants. Elles représentent également un coût pour le patient.
Chaussures instables (semelles convexes)	Aucun bénéfice n'a pu être observé avec ce type de chaussures en comparaison avec des chaussures plates. Il existe également un risque d'inconfort et de coût pour le patient.
Traction (manuelle)	Les données probantes confirmant l'intérêt de la traction sont très limitées. Deux études seulement ont observé un bénéfice, mais elles présentaient d'importants problèmes méthodologiques. En outre, cette intervention est potentiellement risquée.
Ultrasons	L'éventuel bénéfice clinique des ultrasons n'est pas suffisamment étayé pour les recommander dans le traitement des lombalgies ou douleurs radiculaires. Les seules données confirmant leurs avantages sont de piètre qualité et reposent sur de petits nombres de patients.
Neurostimulation électrique percutanée (PENS)	Des données probantes de faible qualité portant sur des populations limitées suggèrent un effet potentiel de la neurostimulation électrique percutanée mais celle-ci n'est pas largement utilisée dans la pratique actuelle. Une recommandation en faveur de son utilisation représenterait un changement de pratique significatif qui n'est en rien justifié par les données disponibles.
Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)	Bien qu'un bénéfice clinique ait été observé au niveau de la qualité de vie et de la douleur chez les patients lombalgiques en comparaison avec un traitement placebo, il s'agit ici de données limitées provenant d'un petit nombre de patients. Dans l'ensemble, les données disponibles ne permettent pas de confirmer les bénéfices de la neurostimulation électrique transcutanée.
Courants interférentiels	Les bénéfices cliniques de cette forme d'électrothérapie dans une population lombalgique ne sont pas suffisamment démontrés. Plus précisément, deux RCT de haute qualité n'ont pas observé de différence avec une intervention placebo.

Myorelaxants	Les données disponibles n'apportent pas d'arguments en faveur de l'usage des décontractants musculaires dans les lombalgies. Étant donné leurs effets secondaires, ils ne devraient pas être utilisés en pratique clinique dans cette indication. NICE a proposé d'investiguer l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des benzodiazépines dans le traitement aigu des douleurs lombaires, mais cette question a été jugée dépassée par le GDG belge et ne figure donc pas dans ce guide de pratique clinique. En Belgique, certains myorelaxants (Tetrazepam) ont en outre été retirés du marché. Nous émettons donc une recommandation négative à l'égard de ces produits.
Antibiotiques	Une seule étude (qualité modérée à faible) a été trouvée à ce sujet ; elle portait sur des patients porteurs d'un prolapsus discal confirmé par IRM. Au vu des effets secondaires observés par cette étude, de l'impact sociétal de l'usage des antibiotiques et de la surconsommation bien réelle qui existe en Belgique, il a été décidé que ces médicaments ne devaient en aucun cas être proposés dans la prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleur radiculaires.
Injections rachidiennes non épidurales	Il n'existe pas de données probantes convaincantes de bonne qualité démontrant l'efficacité de ces techniques à court ou à long terme chez des patients présentant une lombalgie. Il n'y a pas non plus de preuves d'effets indésirables, mais la majorité de ces injections étant guidées par imagerie, elles engendrent une exposition aux rayons ionisants. Le GDG belge souligne toutefois que cette recommandation en défaveur des injections rachidiennes ne recouvre pas l'injection d'anesthésiques locaux dans les facettes articulaires.
Remplacement d'un disque intervertébral (prothèses discales)	Les données probantes sont limitées et les bénéfices observés au niveau de la qualité de vie proviennent principalement d'une étude comparant le remplacement d'un disque à la fusion lombaire antérieure, une procédure qui n'est pas couramment réalisée étant donné son manque d'efficacité. En outre, comparé à l'arthrodèse, le placement d'une prothèse discale s'accompagne d'un nombre plus élevé d'effets indésirables.

7. INTERVENTIONS SANS RECOMMANDATION CLAIRE

Le manque de données probantes (de qualité suffisante) ne permet pas de formuler des conclusions sur certaines interventions étudiées par NICE.

Elles sont reprises ci-dessous, accompagnées d'un exposé succinct des raisons qui s'opposent à une recommandation claire.

Tableau 2 – Interventions de prise en charge des douleurs lombaires et/ou radiculaires sans recommandation claire

Intervention	Explication
AINS topiques	Les AINS topiques étaient inclus dans la revue de littérature de NICE, mais aucune donnée n'a pu être trouvée concernant leur utilité dans les lombalgies. Il n'a donc pas été possible de formuler une recommandation concernant spécifiquement les AINS topiques dans le cadre de ce guide de pratique clinique.
Thérapies posturales	Aucune donnée probante provenant de RCT ou d'études observationnelles n'a pu être trouvée concernant l'efficacité isolée d'une éducation posturale/d'exercices posturaux.
Technique Alexander	Les données probantes en faveur de cette approche (en termes de gain potentiel de qualité de vie chez les personnes présentant des douleurs lombaires) provenaient d'une seule étude et étaient donc insuffisantes pour formuler une recommandation. Le GDG belge souligne par ailleurs que la technique Alexander ne fait pas partie des matières obligatoires dans la formation des kinésithérapeutes et ergothérapeutes.
Acupuncture	L'acupuncture n'a pas clairement démontré sa supériorité sur un traitement placebo dans les douleurs lombaires, mais il n'existe pas non plus de preuves d'éventuels effets indésirables. Il est possible que cette technique soit davantage indiquée dans les douleurs neuropathiques que dans les douleurs mécaniques, mais la revue de la littérature n'a pas permis de distinguer ces deux types de douleur. Il n'est donc pas possible de formuler une recommandation univoque.
École du dos	Si le terme d'« école du dos » est largement utilisé en Belgique, il convient de préciser qu'il désigne un programme multidisciplinaire beaucoup plus large que celui du concept original utilisé par NICE (uniquement séances d'éducation sur la nature des douleurs lombaires). L'école du dos dans sa forme initiale a été jugée dépassée et reflétant mal la pratique actuelle au Royaume-Uni, et n'a donc pas été étudiée par NICE.
Infiltrations facettaires intra-articulaires dans le syndrome facettaire	Le GDG belge souligne que la population incluse dans les études consacrées aux injections rachidiennes non épidurales était très large et que les patients présentant des douleurs d'origine facettaire n'étaient pas clairement identifiés. Le manque de données spécifiques sur les effets bénéfiques et indésirables des infiltrations facettaires ne permet donc pas de formuler une recommandation claire.
Techniques de diagnostic électrophysiologique avant décompression vertébrale	Le rôle de l'exploration électrophysiologique (électromyogramme, potentiels évoqués) dans le diagnostic des douleurs radiculaires n'a pas été évoqué par NICE et aucune conclusion ne peut donc être formulée à ce sujet.

8. PROPOSITIONS DE QUESTIONS DE RECHERCHE

NICE a sélectionné un certain nombre de thèmes qu'il recommande d'étudier. Le GDG belge n'est pas favorable à toutes ces propositions, mais formule quatre questions de recherche.

Ces questions mériteraient soit le suivi de nouveaux essais cliniques, soit un projet de recherche clinique belge.

Tableau 3 – Interventions de prise en charge des douleurs lombaires et/ou radiculaires pour lesquelles une question de recherche a été formulée.

Intervention et question	Explication	Méthode
Laser. Quels sont l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité du traitement par laser dans la prise en charge des lombalgies et douleurs radiculaires ?	Bien que certaines études comparatives aient relevé un bénéfice clinique du laser sur la douleur et la fonction, la qualité des données probantes et l'applicabilité de la technique laissent à désirer. L'efficacité et l'efficience de la thérapie par laser restent incertaines en dépit de données prometteuses. Il est donc nécessaire d'investiguer l'efficacité et le rapport coût-efficacité de cette intervention dans les lombalgies avec ou sans douleurs radiculaires via des essais cliniques de haute qualité.	Suivi de la publication de nouveaux essais cliniques de haute qualité
Dénervation par radiofréquence : Quels sont l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité de la dénervation par radiofréquence sur le long terme dans les lombalgies chroniques avec suspicion de douleur facettaire ?	La durée de l'amélioration de la douleur après l'intervention est incertaine. Les données issues d'essais randomisés et contrôlés suggèrent qu'elle se maintient pendant au moins 6-12 mois, mais aucune étude n'a rapporté de résultats à plus long terme.	Suivi de la publication de nouveaux essais cliniques de haute qualité ou Recherche à réaliser en Belgique
Programme de réadaptation multidisciplinaire : Quelle est la durée idéale d'un programme de réadaptation multidisciplinaire chez les patients présentant une douleur lombaire avec ou sans douleur radiculaire?	Le rapport-coût efficacité d'un soutien à long terme (>12 mois) par un programme de réadaptation multidisciplinaire chez les patients présentant des douleurs lombaires n'est pas connu et NICE a proposé d'investiguer ce rapport coût-efficacité en termes d'utilisation des ressources. Le GDG belge estime que, au vu du manque de données sur les effets à long terme, des recherches sur la durée optimale du programme de réadaptation seraient plus utiles pour la pratique clinique.	Recherche à réaliser en Belgique
Arthrodèse : Sur la base d'une analyse du registre des sujets ayant subi une arthrodèse, dans quels sous-groupes de patients cette intervention pourrait-elle être proposée en tant qu'option chirurgicale ?	Dans la mesure où les bénéfices observés sont moindres que les risques de l'intervention, l'arthrodèse devrait être réservée aux patients dont l'état n'a pas pu être amélioré par une prise en charge non chirurgicale multimodale *evidence-based*, moyennant un accord au sein de la consultation multidisciplinaire. L'analyse des résultats de l'arthrodèse tels que repris dans un registre devrait permettre d'identifier les patients susceptibles de retirer un bénéfice de cette intervention.	Recherche à réaliser en Belgique

9. SUJETS NON ÉTUDIÉS

Plusieurs interventions ne figurent pas dans ce guide de pratique clinique parce qu'elles n'ont pas été examinées par NICE.

Néanmoins, certaines font l'objet d'une promotion dans les médias actuels et/ou sont utilisées par les cliniciens. Nous estimons que la prudence est de mise lors du recours à de telles options thérapeutiques.

Tableau 4 – Interventions de prise en charge des douleurs lombaires et/ou radiculaires non reprises dans le guide de pratique clinique

Intervention	Contexte
Méthylprednisolone par voie orale	La méthylprednisolone orale a été avancée comme option thérapeutique par un seul membre du GDG dans le traitement des lombalgies (p.ex. en cas de déficit moteur léger), mais il est apparu qu'il ne s'agissait pas d'une approche courante en Belgique et qu'une revue de littérature supplémentaire ne se justifiait pas.
Andullation	Les magazines et les journaux toutes-boîtes véhiculent actuellement de nombreuses publicités pour la technique d' « andullation » (matelas de massage). Vu le manque de littérature *peer-reviewed* sur cette intervention, ce guide de pratique clinique ne peut pas soutenir son usage.
Ondes de choc	Le traitement par ondes de choc extracorporelles est quelquefois utilisé chez les patients présentant une lombalgie chronique, mais n'est pas mentionné par NICE.
Ostéopathie	Les techniques ostéopathiques autres que celles qui relèvent des techniques manuelles n'ont pas été examinées par NICE. Des ostéopathes belges impliqués dans le développement de ce guide de pratique clinique belge n'ont pas non plus jugé nécessaire d'élargir la recherche aux autres techniques. Un rapport du KCE consacré à l'ostéopathie et à son utilisation en Belgique (publié en 2011) est disponible sur : https://kce.fgov.be/publication/report/osteopathy-and-chiropractic-state-of-affairs-in-belgium#.WI9Z7PKTMW0

10. IMPLÉMENTATION

Les recommandations de ce guide de pratique clinique seront intégrées dans un itinéraire de soins belge pour la prise en charge des lombalgies (qui sera disponible en automne 2017 sur le site internet du KCE).

Les associations professionnelles impliquées dans les projets du KCE seront sollicitées pour soutenir l''implémentation du guide et de l'itinéraire de soins dans la pratique clinique belge.

11. GLOSSAIRE

Approche cognitivo-comportementale	Thérapie brève, validée scientifiquement, qui vise à remplacer les croyances délétères ou négatives et les comportements inadaptés (comme l'évitement du mouvement lié à la peur) par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.
Arthrodèse ou fusion vertébrale	Opération réalisée en vue d'obtenir une fusion solide entre deux ou plusieurs vertèbres afin de les stabiliser, en utilisant soit le tissu osseux du patient, soit un substitut artificiel.
Auto-gestion	Approche destinée à aider les patients présentant des lombalgies et des douleurs radiculaires à reprendre leurs activités normales ainsi qu'à gérer leur symptômes et leur traitement. Ce concept souligne l'importance d'un processus interactif, collaboratif entre le patient et le soignant et vise à l'autonomisation du patient. Cette approche comprend des conseils (comme rester actif), des programmes d'éducation et de réassurance par information écrite et des encouragements à effectuer des exercices (non supervisés).
Décompression lombaire	Intervention consistant à éliminer la pression exercée sur les structures nerveuses du rachis. Le présent guide de pratique clinique couvre les procédures suivantes : discectomie, séquestration, laminectomie, facettectomie, foraminotomie, recalibration et décompression interlaminaire.
Dénervation par radiofréquence	Traitement percutané par radiofréquence de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire. Cette procédure percutanée minimalement invasive est réalisée sous anesthésie locale ou sédation intraveineuse légère. L'énergie de radiofréquence est administrée au travers d'une aiguille isolée mise en contact avec les nerfs-cibles pour les désactiver.
Injections épidurales	Injection dans l'espace épidural de la colonne vertébrale soit de corticostéroïdes (avec ou sans anesthésiques locaux) soit d'agents anti-TNF, utilisés pour leurs propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives.
Injections rachidiennes non épidurales	Injection de divers agents dans différentes parties de la colonne vertébrale, dans les ligaments, les muscles ou les zones gâchette (là où, dans les muscles, une forte pression génère de la douleur). Le but de ces injections est soit de réduire l'inflammation tissulaire, soit justement d'induire une inflammation afin de stimuler la régénération du tissu sain. Cette notion recouvre différentes techniques dont l'infiltration facettaire, le bloc de branches médiales, les injections intradiscales et la prolothérapie.
Programmes de réadaptation multidisciplinaire	Interventions comprenant une composante physique (p.ex. modalités d'exercices spécifiques, mobilisations, massages) et au moins un autre élément relevant d'une approche psychosociale, qui peut être psychologique ou social ou ergonomique ou éducatif (intervention éducative définie comme p.ex. information sur l'anatomie, la psychologie, l'imagerie, les mécanismes d'adaptation, les médicaments, la famille, la vie professionnelle et sociale…). Ces différentes composantes doivent être proposées dans le cadre d'un programme intégré, soit par un seul prestataire de soins, soit par plusieurs prestataires intervenant de manière concertée. L'aspect multidisciplinaire fait référence aux interventions comprises dans le programme (à travers différentes disciplines) plutôt qu'au nombre de personnes ou de disciplines qui en assurent la réalisation concrète.
Technique Alexander	Technique visant à libérer l'individu d'habitudes posturales et motrices malsaines et à développer une meilleure maîtrise de sa manière d'aborder ses activités. Le formateur aide le patient à être attentif au feedback sensoriel postural et aux mécanismes neuromusculaires pour déterminer le soutien postural adéquat.
Techniques manuelles	Mouvements actifs ou passifs dispensés au système neuro-musculo-squelettique en se centrant sur les articulations et tissus mous afin d'améliorer la mobilité et la fonction ainsi que de diminuer la douleur. Les techniques manuelles analysées dans ce guide comprennent les interventions portées aux tissus mous (comme les massages), les tractions, les manipulations ou les mobilisations et leurs combinaisons.
Thérapies posturales	Thérapies visant à prévenir ou à soulager les lombalgies en se concentrant sur la correction de postures considérées comme sous-optimales et responsables d'une surcharge dommageable pour la colonne vertébrale.

12. QUESTIONNAIRES

Encadré 3 – The STarT Back Screening Tool

Nom du patient: Date :

Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines:

		Pas d'accord 0	D'accord 1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos **s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s).**	□	□
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'**épaule** ou au **cou**.	□	□
3	Je n'ai **parcouru à pied que de courtes distances** à cause de mon mal de dos.	□	□
4	Au cours des 2 dernières semaines, **je me suis habillé(e) plus lentement** que d'habitude à cause de mon mal de dos.	□	□
5	Il n'est **pas vraiment prudent** pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	□	□
6	J'ai souvent été **préoccupé**(e) par mon mal de dos.	□	□
7	Je considère que **mon mal de dos est épouvantable** et j'ai l'impression que cela **ne s'améliorera jamais**.	□	□
8	De manière générale, je n'ai **pas apprécié** toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos	□	□

9 Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il **gêné**(e) **au cours des 2 dernières semaines** ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
□	□	□	□	□
0	0	0	1	1

Score total (les 9 items) : _____ **Sous-Score (Items 5-9) :** _____

≤3 = risque faible ≥4= voir le sous-score ≤3 =risque moyen ≥4= risque élevé

Source: https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/translations/French%20translation_STarT%20Back%20Tool.pdf;

Il s'agit d'un outil sous licence (© 2007 Keele University) qui ne peut-être pas être modifié. Le copyright (© 2007) de l'outil STarT Back et le matériel associé sont administrés par l'Université de Keele, leur développement ayant été en partie financé par Arthritis Research UK :
i) l'outil est conçu pour être utilisé par les professionnels de la santé, avec traitement approprié pour chacun des profils de risque identifiés ;
II) l'outil ne vise pas à recommander l'utilisation d'un quelconque produit particulier. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter http://www.keele.ac.uk/sbst/
Aucune licence n'est requise pour un usage non commercial. Si vous souhaitez incorporer la version Française du STarT Back tool de quelque manière que ce soit dans des matériaux à visée commerciale, veuillez contacter info@kce.fgov.be pour des conseils supplémentaires. »

Encadré 4 – The Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire short version

Nom du patient: **Date :**

Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelle que soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.

1. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.

□ 0-1 semaine □ 2-3 semaines □ 4-5 semaines □ 6-7 semaines □ 8-9 semaines

□ 10-11 semaines □ 12-23 semaines □ 24-35 semaines □ 36-52 semaines □ >52 semaines

2. Quelle était l'intensité de votre douleur durant les sept derniers jours ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur										*Douleur maximale imaginable*

3. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Complètement calme et relâché										*Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été*

4. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										*Extrêmement*

5. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de risque										*Risque très élevé*

6. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans six mois ? Entourez un chiffre.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune chance										*Très grande chance*

Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.										
7. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										*Complètement d'accord*
8. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										*Complètement d'accord*
Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.										
9. Je peux faire un travail léger pendant une heure.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										*Je peux le faire sans que la douleur soit un problème*
10. Je peux dormir la nuit.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										*Je peux le faire sans que la douleur soit un problème*

Item 1. La première catégorie « 0-1 semaine » vaut 1 et la dernière «>52 semaines » vaut 10. La catégorie « 8-9 semaines » vaut 5.
Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8. Le score est celui du chiffre entouré.
Item 6, 9 et 10. Le score égale 10 moins le chiffre entouré.

Total =
Score >49= risque élevé

Outil reproduit avec la permission du Professeur Steven J. Linton détenteur du copyright de l'Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.

COLOPHON

Titre :	Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires – Résumé
Auteurs :	Peter Van Wambeke (UZ Leuven, GDG president), Anja Desomer (KCE), Luc Ailliet (BVC), Anne Berquin (Cliniques universitaires Saint-Luc), Christophe Demoulin (Université de Liège, CHU de Liège), Bart Depreitere (UZ Leuven), Johan Dewachter (Universiteit Antwerpen), Mieke Dolphens (Universiteit Gent), Patrice Forget (UZ Brussel, VUB), Virginie Fraselle (Cliniques universitaires Saint-Luc), Guy Hans (Universitair ziekenhuis Antwerpen), Davy Hoste (AZ Sint Lucas Brugge), Geneviève Mahieu (Unité du dos CHU UCL Namur), Jef Michielsen (UZ Antwerpen), Henri Nielens (Cliniques universitaires Saint-Luc), Thomas Orban (SSMG), Thierry Parlevliet (UZ Gent), Emmanuel Simons (CHU/UVC Brugmann), Yannick Tobbackx (VUB), Jan Van Zundert (ZOL, Genk), Jacques Vanderstraeten (SSMG), Patrick Vanschaeybroeck (Imelda Ziekenhuis, RZ Tienen), Johan Vlaeyen (UZ Leuven), Pascale Jonckheer (KCE)
Coordinateur de projet :	Marijke Eyssen (KCE)
Rédaction synthèse :	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Raf Mertens (KCE), Dominique Roberfroid (KCE)
Experts externes :	Michael Bruneau (Hôpital Erasme ULB), Pierre Duquenne (CHC Liège; GRID), Philippe Mairiaux (Université de Liège), Everard Munting (Clinique St Pierre Ottignies; UCL), Etienne Pendeville (UCL), Benoît Pirotte (Chirec; ULB), Irène Salamun (Université de Liège), Johan Van Lerbeirghe (AZ Sint-Lucas, Gent), Dominique Verhulst (ZNA, Antwerpen)
Stakeholders :	Geoffrey Brands (CHC Liège), John Collin (APBMT), Jean-Raphael De Caluwé (AXXON, WVVK), Saskia Decuman (RIZIV – INAMI), Lies De Ruddere (Universiteit Gent), Patrick Dufrane (INAMI – RIZIV), Lode Godderis (KU Leuven), Greta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Martine Jeunehomme (AXXON), Caroline Larock (AXXON), Vincianne Magotteaux (VIVALIA), Michel Muller (SSST), Aline Ollevier (VIVES University College), Yves Paulus (INAMI – RIZIV), Nathalie Pauwen (AXXON), Alain Piette (SPF Emploi – FOD Werkgelegenheid), Olivier Poot (Fedris), Nathalie Roussel (Universiteit Antwerpen), Nicolas Sabbe (AXXON), Pierre-René Somville (CHU de Liège; Université de Liège), Veerle Stevens (Militair Hospitaal Koningin Astrid - Hôpital Militaire Reine Astrid), Koen Van Boxem (Sint-Jozef Kliniek, VAVP), Erik Van de Kelft (AZ Nikolaas), Dominique Van de Velde (Universiteit Gent), Michel Van den Abeele (UKO), Omer Van Haute (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique),
Évaluateurs externs :	An De Sutter (Universiteit Gent), Maurits Van Tulder (Vrije Universiteit Amsterdam)
Validateurs externes :	Fons De Schutter (CEBAM), Trudy Bekkering (CEBAM), Patrick Vankrunkelsven (CEBAM)
Remerciements :	Nicolas Fairon (KCE)

Remerciements particuliers :

Les auteurs de ce guide tiennent à exprimer leur gratitude au National Institute for Health and Care Excellence (NICE) pour le travail impressionnant qu'il a consacré à la préparation d'un guide de pratique clinique sur la lombalgie et la sciatique ainsi que pour l'autorisation qu'il a accordée au KCE et aux travailleurs de la santé belges de faire usage de ce travail.

Le guide de pratique clinique original de NICE auquel se réfère le présent document a été produit en 2016 et a été préparé pour le Service National de santé d'Angleterre et du pays de Galles. NICE n'a pas participé à l'élaboration ou à l'adaptation du guide pour une utilisation en Belgique.

Autres intérêts déclarés :

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Peter Van Wambeke (RBSPRM, BPS, SSBe), Luc Ailliet (BVC), Anne Berquin (BPS; RBSPRM), Geoffrey Brands (CHC de Liège; Absym; GBS), Michaël Bruneau (médecin à l'Hôpital Chirec), Jean-Raphaël De Caluwé (AXXON ; WVVK), Mieke Dolphens (BBS), Virginie Fraselle (médecin réadaptateur UCL ; SSBe), Patrice Forget (anesthésiste, BPS et Cochrane collaboration), Lode Godderis (BBvAg & VWVA), Davy Hoste (SSBe), Martine Jeunehomme (AXXON), Geneviève Mahieu (BBS, SSBe, Eurospine), Philippe Mairiaux (APBMT), Michel Muller (médecin du travail, SSST), Aline Ollevier (VE; OKE), Thomas Orban (SSMG), Erik Van de Kelft (BSN), Michel Van den Abeele (UKO), Johan Van Lerbeirghe (SSBe), Patrick Van Schaeybroeck (SSBe), Jan Van Zundert (BPS, VAVP, WIP)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Luc Ailliet (bourse de doctorat VU Amsterdam 2011 - 2015)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('Principal investigator') ou de chercheur : Luc Ailliet (doctorat VU Amsterdam 2011 – 2015 «*Rol van biopsychosociale factoren in het herstel van mensen met nekpijn en /of low back pain* »), Anne Berquin (validation version française questionnaire Ombro (OMPSQ)), Mieke Dolphens (chercheur IWT-TBM projet financé «*A modern neuroscience approach to chronic spinal pain »* (1 nov. 2013 – 31 okt 2017), Lode Godderis (développement d'instruments afin d'évaluer les besoins de support pour les personnes handicapées (financé par le SPF Sécurité Social) ; développement d'un questionnaire pour évaluer le pronostic de reprise du travail), Aline Ollevier (coordinateur et chercheur principal de « eUlift »), Veerle Stevens (directeur du programme « *Optimizing physical and psychosocial assessment in patients with non-specific chronic low back pain* »), Maurits Van Tulder (différents études scientifiques dans le domaine des douleurs lombaires, financé par ZonMW ; chercheur principal dans des études concernant la dénervation par radiofréquence pour les douleurs facettaires et articulaires sacro-iliaques, la discectomie percutanée transforaminale endoscopique et les injections épidurales McKenzieplus ; chercheur chez NHMRC en Australie), Johan Vlaeyen (Methusalem program « *From acute aversive sensations to chronic bodily symptons* » (FNO)).

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche: Aline Ollevier (Erasmus + fonds EPOS)

	Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Lode Godderis (Knowlegde, Information and Development Manager chez IDEWE), Virginie Fraselle (BPS), Martine Jeunehomme (Keep Moving; Commission Prevention des Risques) Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Peter Van Wambeke (membre du Conseil d'Administration RBSPRM, SSBe), Michaël Bruneau (conseil de gestion Hôpital chirec), Mieke Dolphens (BBS), Pierre Duquennes (président du GRID), Christophe Dumoulin (BBS), Patrice Forget (vice-président BPS), Lode Godderis (membre du Conseil d'Administration du BBvAg & VWVA), Guy Hans (président BPS), Martine Jeunehomme (membre de AXXON), Philippe Mairiaux (membre du bureau de la SSST), Aline Ollevier (membre du Conseil d'Administration VE; président OKE), Thomas Orban (président SSMG), Thierry Parlevliet (membre du Conseil d'Administration SSBe, trésorier RBSPRM), Michel Van den Abeele (Président UKO), Omer Van Haute (évaluation en économie de la santé des programmes de soins chroniques, vice-président vzw ICF-Platform), Johan Van Lerbeirghe (ancien président SSBe, trésorier SSBe), Jan Van Zundert (chef de service médical du centre multidisciplinaire de la douleur, ZOL, Genk), Dominique Verhulst (président BSS) Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Martine Jeunehomme (travaux de fin d'études), Maurits van Tulder (co-éditeur de Cochrane Back and Neck Group)
Layout :	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :	27 novembre 2017 (2nd edition ; 1st edition : 19 mai 2017)
Domaine :	Good Clinical Practice (GCP)
MeSH :	Low back pain, sciatica, practice guideline
Classification NLM :	WE 755

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2017/10.273/34

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.

Comment citer ce rapport ? Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Fraselle V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsen J, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbackx Y, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vanschaeybroeck P, Vlaeyen J, Jonckheer P. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 287Bs. D/2017/10.273/34.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.