

DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 1^{RE} LIGNE

Semaine 1

Semaines 2 à 5

Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

 Excluez la présence d'une pathologie sous-jacente grave; **si faisceau de drapeaux rouges**, référez le patient sans tarder (voir Cadre 1)

 Si la douleur radiculaire est peu importante et que la douleur lombaire prédomine, le patient peut suivre l'itinéraire « lombalgies ».

◆ Mesurez la **force musculaire** en utilisant l'échelle MRC 3 = drapeau rouge et avis chirurgical immédiat 4 = avis chirurgical dans les 48h 5 = poursuite de l'itinéraire

 Pensez à aborder les conditions de travail du patient et son aptitude au travail



1.A

 **EXAMEN COMPLEMENTAIRE : PAS en l'absence de drapeaux rouges et de faiblesse musculaire**
✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

1.B

PRISE EN CHARGE

- **AUTOGESTION:** Rassurez le patient et encouragez l'activité physique; Informez le patient des signes d'alarme qui doivent le pousser à consulter d'urgence
- Médicament **seulement si nécessaire** (p.ex. à cause de l'intensité de la douleur ou de la demande du patient)
 - **AINS oraux** à la dose efficace minimale durant la plus courte période possible
 - Pas de **paracétamol** comme seule médication de manière systématique
 - Pas de **morphiniques** de manière systématique
 - Pas d'antidépresseurs, d'antiépileptiques ou de myorelaxants.



1.C

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- **Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail**
- **Si vous prescrivez une incapacité de travail :**
 - Prévoyez une durée d'incapacité **la plus courte possible** (jusqu'à la prochaine consultation, **endéans les 15 jours max**).
 - Demandez au patient s'il pense pouvoir **reprendre le travail à la fin du congé de maladie prescrit**. S'il exprime de sérieux doutes, essayez d'obtenir les **coordonnées de son service de médecine du travail**.
 - Rappelez au patient que son salaire n'est **couvert par l'employeur que pendant une période limitée**



coordonnées de son service de médecine

1.D

SUIVI

- Planifiez un rendez-vous pour une visite de suivi **après 1 semaine maximum** suivant le début de la douleur.
- Conseillez au patient de prendre un rendez-vous plus rapidement (dans les jours qui suivent) s'il présente une douleur de forte intensité, un déficit fonctionnel significatif ou des problèmes de sommeil importants.

1.E

DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 1^{RE} LIGNE

Semaine 1

Semaines 2 à 5

Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

Si faisceau de drapeaux rouges, référez le patient sans tarder (voir tableau 1) ! ATTENTION si apparition de nouveaux symptômes ou modification de symptômes existants

- Mesurez la **force musculaire** en utilisant l'échelle MRC **≤3 = drapeau rouge et avis chirurgical immédiat** 4 ou perte progressive = avis chirurgical dans les 48h 5 ou stable = poursuite de l'itinéraire
- Evaluer l'**amélioration des symptômes**
- Vérifier l'absence de **problème lombaire**
- Déterminer l'éligibilité pour une **infiltration épidurale**
- Évaluez les facteurs de risque de **passage à la chronicité**
- Abordez les conditions et aptitude au travail

AMÉLIORATION

Si problème lombaire

Si pas de problème lombaire

PAS OU PEU D'AMÉLIORATION

Si éligible pour une infiltration épidurale (douleur sévère)

Si PAS éligible pour une infiltration épidurale

RISQUE FAIBLE

RISQUE MOYEN

RISQUE ÉLEVÉ

2.A

EXAMEN COMPLEMENTAIRE : SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire ou éligibilité à une injection épidurale
V Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

IRM (ou CT-scan si IRM contre-indiquée)

2.B

PRISE EN CHARGE SI AMÉLIORATION ET PROBLÈME LOMBAIRE

→ Renvoi vers l'itinéraire de la lombalgie



2.C.1

PRISE EN CHARGE SI AMÉLIORATION ET PAS DE PROBLÈME LOMBAIRE

→ **Autogestion**: Rassurez le patient et encouragez l'activité physique

2.C.2

PRISE EN CHARGE SI INFILTRATION ÉPIDURALE ET IRM ILLUSTRATIF

- Autogestion
- Médicament si nécessaire
- Infiltration d'**anesthésiques locaux** et de **stéroïdes** par un anesthésiste/algologue ou un chirurgien du rachis mais PAS avant la fin de la 2^e sem. de douleur

2.C.3

PRISE EN CHARGE RISQUE FAIBLE

- **Soutien simple et de basse intensité**
- **Autogestion**
- Médicament **seulement si nécessaire** (p.ex. à cause de l'intensité de la douleur ou de la demande du patient)

2.C.4.1

PRISE EN CHARGE RISQUE MOYEN A ÉLEVÉ

- **Soutien plus complexe et plus intensif: APPROCHE MULTIMODALE**
- **Autogestion**
- Médicament **seulement si nécessaire**
- **Information sur les signes d'alarme**
- Programme d'**exercices supervisés**
- +/- Techniques manuelles
- +/- Intervention psychologique cognitivo-comportementale

2.C.4.2

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail
- Si vous prescrivez une incapacité de travail:
 - Prévoyez une durée d'incapacité **la plus courte possible** (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 4 sem max).
 - Prévoyez que la **mutualité** du patient devra recevoir un **certificat précisant le diagnostic** (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
 - Demandez au patient s'il pense pouvoir **reprendre le travail** à la fin du congé de maladie prescrit. Plusieurs modalités d'aides sont possibles (e.g. **visite de pré-reprise** chez le médecin du travail, reprise progressive du travail, demande spontanée d'un **trajet de réintégration**, etc.)

2.D

SUIVI Selon l'itinéraire de la lombalgie



2.E.1

SUIVI Sortie de l'itinéraire



2.E.2

SUIVI
Le patient est revu par le spécialiste après 1 à 2 semaines:

- Si amélioration, sortie de l'itinéraire
- Si peu d'amélioration, 2^e infiltration ?
- Si toujours pas d'amélioration, prise en charge en 1^{ère} ligne selon le niveau de risque de passage à la chronicité

2.E.3

SUIVI
→ Planifiez un rendez-vous pour une visite de suivi **endéans 4 sem. max. (au début de la phase subaiguë)**.
→ Conseillez au patient de prendre un rendez-vous plus rapidement (dans les jours qui suivent) s'il présente une douleur de forte intensité, un déficit fonctionnel significatif ou des problèmes de sommeil importants.
→ Le patient en autogestion devrait pouvoir sortir de l'itinéraire si un soulagement de la douleur est constatée. ✓

2.E.4

DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 1^{RE} LIGNE

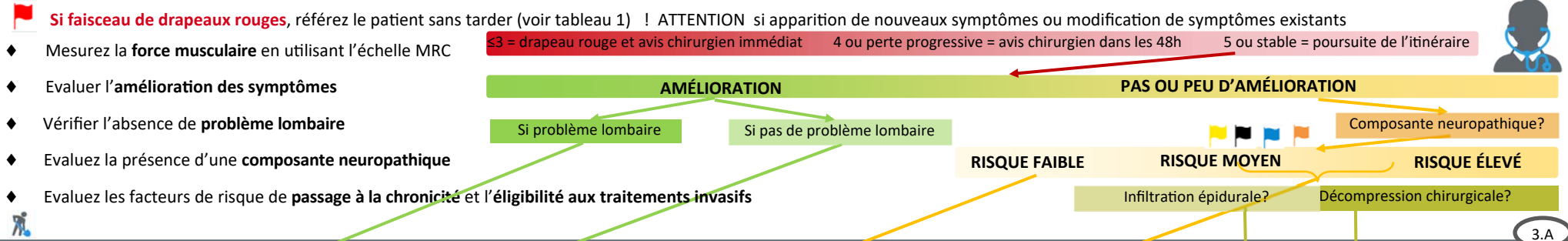
Semaine 1

Semaines 2 à 5

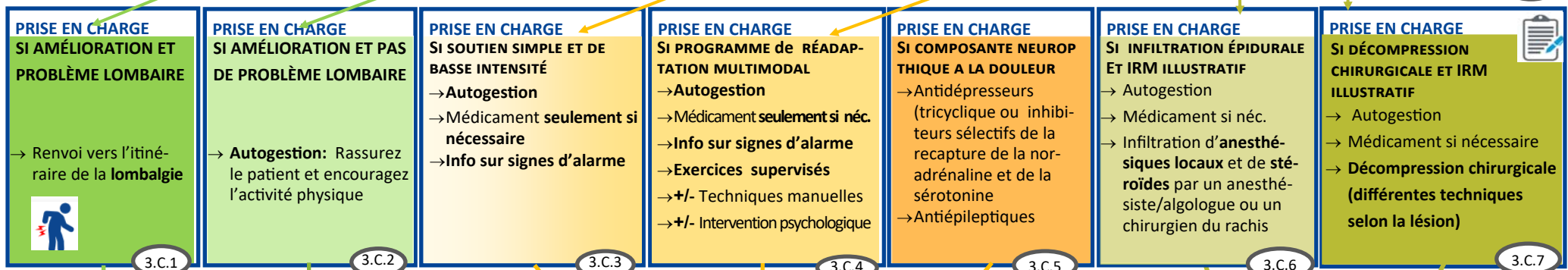
Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

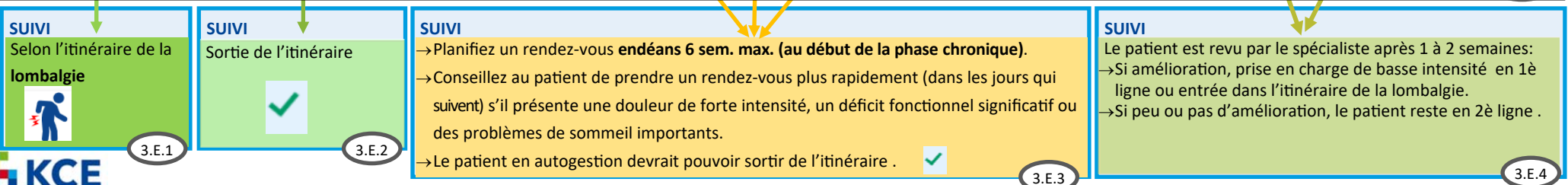


EXAMEN COMPLEMENTAIRE : SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire, injection épidurale ou décompression chirurgicale
✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis



ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- **Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail**
 - **Si vous prescrivez une incapacité de travail**:
 - Prévoyez une durée d'incapacité **la plus courte possible** (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 6 sem max).
 - Prévoyez que la **mutualité** du patient devra recevoir un **certificat précisant le diagnostic** (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
 - Après un maximum de 2 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le **médecin-conseil** doit évaluer les capacités restantes du travailleur.
 - Demandez au patient s'il pense pouvoir **reprendre le travail** à la fin du congé de maladie prescrit. Plusieurs modalités d'aides sont possibles. (e.g. **visite de pré-reprise** chez le médecin du travail, reprise progressive du travail, demande spontanée d'un **trajet de réintégration**, etc.)
- 3.D



DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 1^{RE} LIGNE

Semaine 1

Semaines 2 à 5

Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

! Vous vous voyez ce patient pour la première fois pour cet épisode de douleur radiculaire (claudication neurogène)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

 **Si faisceau de drapeaux rouges**, référez le patient sans tarder (voir tableau 1) ! ATTENTION si apparition de nouveaux symptômes ou modification de symptômes existants

♦ Mesurez la **force musculaire** en utilisant l'échelle MRC ≤ 3 = drapeau rouge et avis chirurgical immédiat 4 ou perte progressive = avis chirurgical dans les 48h 5 ou stable = envoi 2^e ligne

 Abordez les **conditions et aptitude au travail**

4.A

EXAMEN COMPLEMENTAIRE : SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire ou décompression chirurgicale

✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

4.B

PRISE EN CHARGE

→ Un patient avec une douleur radiculaire qui dure depuis plus de 12 semaines doit être pris en charge en deuxième ligne.

≤ 3 = drapeau rouge

4 ou perte progressive

5 ou Stable non opéré sous l'avis du chirurgien

→ avis chirurgical immédiat

→ avis chirurgical dans les 48h

→ envoi au chirurgien du rachis

4.A

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

→ Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail

→ Si vous prescrivez une incapacité de travail :

- Prévoyez une durée d'incapacité **la plus courte possible** (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 4 sem max).
- Prévoyez que la **mutualité** du patient devra recevoir un **certificat précisant le diagnostic** (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
- Après un maximum de 2 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le **médecin-conseil** doit évaluer les capacités restantes du travailleur.
- Après 4 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité ou en cas d'incapacité définitive, l'**employeur peut amorcer un trajet de réintégration**.
- Après 6 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le médecin-conseil procède à une réévaluation de l'**incapacité de travail**.

4.D

SUIVI

→ Le patient est suivi en 2^e ligne

8.A

DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 1^{RE} LIGNE

Semaine 1 Semaine 2 Semaines 3 à 5 Semaines 6 à 11 Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

! Vous suivez déjà ce patient pour cet épisode de douleur radiculaire

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

 **Si faisceau de drapeaux rouges**, référez le patient sans tarder (voir tableau 1) ! ATTENTION si apparition de nouveaux symptômes ou modification de symptômes existants

- ◆ Évaluez l'amélioration des symptômes
- ◆ Vérifier l'absence de **problème lombaire**
-  Abordez l'aptitude au travail



AMÉLIORATION

PAS OU PEU D'AMÉLIORATION

Si problème lombaire

Si pas de problème lombaire

4.F

EXAMEN COMPLEMENTAIRE : SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire, ou décompression chirurgicale

✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

4.G

PRISE EN CHARGE

SI AMÉLIORATION ET PROBLÈME LOMBAIRE

→ Renvoi vers l'itinéraire de la lombalgie



4.H.1

PRISE EN CHARGE

SI AMÉLIORATION ET PAS DE PROBLÈME LOMBAIRE

→ **Autogestion**: Rassurez le patient et encouragez l'activité physique

4.H.2

PRISE EN CHARGE

PAS OU PEU D'AMÉLIORATION

Envoyez le patient vers un spécialiste (2e ligne)

- De préférence vers un chirurgien du rachis
- Avec une lettre de référence la plus complète possible

4.H.3

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- **Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail**
- **Si vous prescrivez une incapacité de travail** :
 - Prévoyez une durée d'incapacité **la plus courte possible** (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 4 sem max).
 - Prévoyez que la **mutualité** du patient devra recevoir un **certificat précisant le diagnostic** (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
 - Après un maximum de 2 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le **médecin-conseil** doit évaluer les capacités restantes du travailleur.
 - Après 4 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité ou en cas d'incapacité définitive, **l'employeur peut amorcer un trajet de réintégration**.
 - Après 6 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le médecin-conseil procède à une réévaluation de l'**incapacité de travail**.



4.I

SUIVI

→ Selon l'itinéraire de la lombalgie



SUIVI

→ Le patient en autogestion devrait pouvoir sortir de l'itinéraire

SUIVI

→ Le patient est suivi en 2^e ligne



DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 2^{ME} LIGNE

Semaine 1

Semaine 2

Semaines 3 à 5

Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

! Les patients présentant pour la première fois une douleur radiculaire sans pathologie sévère sous-jacente devraient être pris en charge en première ligne pendant les 5 premières semaines.

DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 2^{ME} LIGNE

Semaine 1

Semaines 2 à 5

Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

Si faisceau de drapeaux rouges, référez le patient sans tarder (voir tableau 1) ! ATTENTION si apparition de nouveaux symptômes ou modification de symptômes existants

Mesurez la **force musculaire** en utilisant l'échelle MRC

≤3 = drapeau rouge et avis chirurgical immédiat

4 ou perte progressive = avis chirurgical dans les 48h

5 ou stable = poursuite de l'itinéraire

Évaluez la présence d'une **composante neuropathique**

Composante neuropathique?

Évaluez les facteurs de risque de **passage à la chronicité** et l'**éligibilité aux traitements invasifs**

RISQUE FAIBLE

RISQUE MOYEN

RISQUE ÉLEVÉ

Relevez et enregistrez les PROMS

Abordez les **conditions et aptitude au travail**

Infiltration épidurale?

Décompression chirurgicale?

IRM (ou CT-scan si IRM contre-indiquée)

EXAMEN COMPLEMENTAIRE : - Imagerie SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire, injection épidurale ou décompression chirurgicale
- ENMG SEULEMENT SI doute et si influence sur le choix thérapeutique

✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

PRISE EN CHARGE

SI SOUTIEN SIMPLE ET DE BASSE INTENSITÉ

- Autogestion
- Médicament seulement si nécessaire
- Info sur signes d'alarme

7.C.1

PRISE EN CHARGE

SI PROGRAMME DE RÉADAPTATION MULTIMODAL (COORDONNÉ EN MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION)

- Autogestion
- Médicament seulement si nécessaire
- Info sur signes d'alarme
- Exercices supervisés
- +/- Techniques manuelles
- +/- Intervention psychologique

7.C.2

PRISE EN CHARGE

SI COMPOSANTE NEUROPATHIQUE A LA DOULEUR

- Antidépresseurs (tricyclique ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine)
- Antiépileptiques
- + au minimum Autogestion

7.C.3

PRISE EN CHARGE

SI INFILTRATION ÉPIDURALE ET IRM ILLUSTRATIF

- Autogestion et
- Médicament si nécessaire
- Infiltration d'anesthésiques locaux et de stéroïdes par un anesthésiste/algologue ou un chirurgien du rachis

7.C.4

PRISE EN CHARGE

SI DÉCOMPRESSION CHIRURGICALE ET IRM ILLUSTRATIF

- Autogestion et
- Médicament si nécessaire
- Décompression chirurgicale (différentes techniques selon la lésion)

7.C.5

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

→ Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail

→ Si vous prescrivez une incapacité de travail :

- Prévoyez une durée d'incapacité la **plus courte possible** (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 6 sem max).
- Prévoyez que la **mutualité** du patient devra recevoir un **certificat précisant le diagnostic** (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
- Après un maximum de 2 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le **médecin-conseil** doit évaluer les capacités restantes du travailleur.
- Demandez au patient s'il pense pouvoir **reprendre le travail** à la fin du congé de maladie prescrit. Plusieurs modalités d'aides sont possibles. (e.g. **visite de pré-reprise** chez le médecin du travail, reprise progressive du travail, demande spontanée d'un **trajet de réintégration**, etc.)

7.D

SUIVI

→ Le patient est revu **endéans 6 sem. max. (au début de la phase chronique)**.

→ Conseillez au patient de prendre un rendez-vous plus rapidement (dans les jours qui suivent) s'il présente une douleur de forte intensité, un déficit fonctionnel significatif ou des problèmes de sommeil importants.

→ Le patient en autogestion devrait pouvoir sortir de l'itinéraire.

7.E.1

SUIVI

Le patient est revu par le spécialiste après 1 à 2 semaines:

→ Si amélioration, renvoi en 1^{ère} ligne pour sortie de l'itinéraire ou entrée dans l'itinéraire de la lombalgie.

→ Si peu ou pas d'amélioration, le patient reste en 2^{ème} ligne chez un chirurgien du rachis.

7.E.2

SUIVI

Le patient est revu par le chirurgien

→ Si amélioration, renvoi en 1^{ère} ligne pour sortie de l'itinéraire ou entrée dans l'itinéraire de la lombalgie.

→ Si peu ou pas d'amélioration, le patient doit être suivi par une équipe multidisciplinaire.

7.E.3



DOULEUR RADICULAIRE SOINS DE 2^{ME} LIGNE

Semaine 1

Semaine 2

Semaines 3 à 5

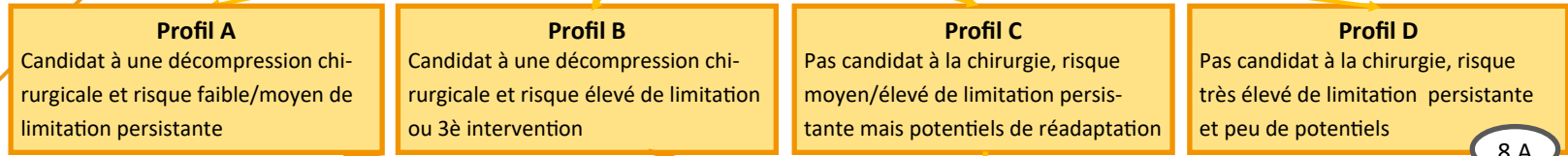
Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

Si faisceau de drapeaux rouges, référez le patient sans tarder (voir tableau 1) ! ATTENTION si apparition de nouveaux symptômes ou modification de symptômes existants

- ♦ Mesurez la **force musculaire** en utilisant l'échelle MRC ≤ 3 = drapeau rouge et avis chirurgical immédiat 4 ou perte progressive = rapide décompression lombaire? 5 ou stable = poursuite de l'itinéraire
- ♦ Évaluez la présence d'une **composante neuropathique** Composante neuropathique?
- ♦ Affinez le profil du patient en vous basant sur les facteurs de risque de limitation fonctionnelle persistante, les potentiels de réadaptation et l'éligibilité à une intervention chirurgicale
- Relevez et enregistrez les PROMS
- Abordez les conditions et aptitude au travail



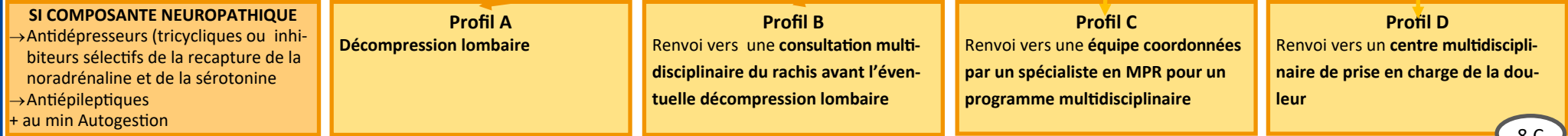
8.A

EXAMEN COMPLEMENTAIRE : SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire, ou décompression chirurgicale
✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

IRM (ou CT-scan si IRM contre-indiquée)

8.B

PRISE EN CHARGE



8.C

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail
- Si vous prescrivez une incapacité de travail :
 - Prévoyez une durée d'incapacité **la plus courte possible** (le patient a peut-être déjà reçu un congé de maladie d'un autre médecin pour le même épisode de lombalgie).
 - Après un maximum de 2 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le **médecin-conseil** doit évaluer les capacités restantes du travailleur.
 - Après 4 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité ou en cas d'incapacité définitive, **l'employeur peut amorcer un trajet de réintégration**.
 - Après 6 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le médecin-conseil procède à une réévaluation de l'**incapacité de travail**.

8.D

SUIVI

- Le timing du RDV dépend du traitement**
- Si les symptômes sont améliorés, le patient devrait être renvoyé vers son médecin généraliste
 - Si le soulagement de la douleur est insuffisant, le patient doit être renvoyé vers une consultation multidisciplinaire du rachis
 - Si le patient est arrivé à la fin de l'itinéraire de soins et que ses symptômes ne sont pas améliorés, le patient doit être renvoyé vers son médecin généraliste afin que celui-ci puisse élaborer avec lui et avec le spécialiste de référence de la 2e ligne un programme de soutien/coaching

8.E