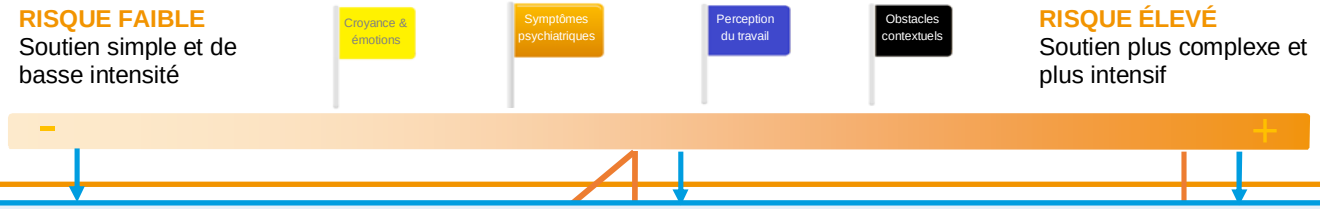
ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

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



RISQUE ÉLEVÉ
Soutien plus complexe et plus intensif

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

IMAGERIE
PAS systématiquement
Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

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.

KCE