

# Lombalgie subaiguë : être alerte... sans alarmer

par Marc Filiatrault

**La lombalgie chronique est la première cause d'invalidité chez les patients de moins de 45 ans. Les coûts, tant économiques (soins de santé, perte de revenus, etc.) que sociaux (incapacité, perte de productivité, perte de jouissance, etc.) sont faramineux. Il s'agit donc d'un problème de santé majeur.**

**P**EU NOMBREUX sont les médecins qui aiment recevoir un patient dont la lombalgie évolue depuis plus d'un mois sans amélioration notable. Plusieurs sont alors tentés de lui prescrire le traitement qui n'a pas fonctionné, de lui en suggérer un nouveau ou encore de lui faire passer un examen, en espérant que l'état du patient se sera amélioré à la prochaine consultation. D'autres l'adresseront tout simplement à un spécialiste. Dans cet article, nous verrons certains principes vous permettant de vous sentir plus à l'aise pour traiter plus adéquatement ce genre de patient.

La lombalgie est dite chronique lorsqu'elle excède douze semaines<sup>1</sup>. Plusieurs études, qui ont évalué les différents traitements de la lombalgie chronique, montrent que la rééducation fonctionnelle multidisciplinaire intensive semble la meilleure stratégie, même si des traitements spécifiques de dénervation (thermolésion facettaire par radiofréquence ou thermoplastie annulaire [*Intra-Discal Electrothermal Therapy*]) font leur apparition depuis quelques années comme méthode efficace, mais uniquement dans certains cas bien sélectionnés<sup>1-4</sup>. Actuellement, l'approche biopsychosociale est le traitement de base recommandé dans les cas de lombalgie chronique, comme pour toute autre douleur chronique.

Les quatre premières semaines correspondent à la période de lombalgie aiguë. Plusieurs guides de pratique ont été publiés sur la conduite à tenir durant cette période, ce que les articles précédents résument bien. On sait qu'en période de lombalgie aiguë, une fois les lésions graves éliminées (*red flags*), le rôle du médecin est de soulager, de ras-

surer et de tenter de réactiver son patient. L'évolution naturelle de la lombalgie aiguë est généralement bénigne. La majorité des patients récupèrent en moins de sept semaines. On doit donc s'attendre à une amélioration progressive assez rapide durant les premiers jours ou les premières semaines. Il suffit donc de poursuivre la même approche lorsque les patients présentent encore des symptômes après quelques semaines, à savoir soulager (médicament, chaleur locale, physiothérapie, manipulation) et surtout rassurer (explications) et réactiver (retour progressif aux activités).

## Qu'en est-il du traitement de la lombalgie subaiguë ?

Peu d'études ont comparé les différents traitements en phase subaiguë. Seuls les exercices se sont avérés efficaces entre 4 et 12 semaines (sans qu'un type d'exercice précis n'ait présenté d'avantages). Les autres traitements ne se sont pas révélés efficaces ou n'ont pas suffisamment été étudiés.

Il faut donc tenter de faire le pont entre ce qui s'est révélé efficace en phases aiguë et chronique pour mieux cibler notre approche en période subaiguë. On doit se rappeler que le patient qui nous consulte pour une lombalgie se présente avec quatre problèmes :

- il a mal ;
- il a de la difficulté à bouger ;
- il a de la difficulté à travailler ;
- il a peur.

Ces quatre problèmes nécessitent une approche multimodale, que le patient souffre de lombalgie aiguë ou subaiguë<sup>1</sup>.

Le traitement en phase subaiguë consiste à poursuivre les mesures entreprises en période aiguë, mais surtout à entreprendre une approche plus globale (biopsychoso-

ciale) dont l'efficacité a été prouvée en phase chronique. Plus particulièrement, il s'agit de tenter de reconnaître les patients présentant un risque élevé de chronicité. Il est important de connaître les facteurs de risque, tant biologiques que psychosociaux, surtout ceux que l'on peut modifier. L'article des D<sup>rs</sup> Rossignol et Neveu résume très bien ces différents facteurs de risque.

Quand on pense à l'approche biopsychosociale, on a tendance à oublier l'aspect biologique et à ne retenir que le côté psychosocial. Tout d'abord, il faut encore une fois s'assurer que le patient ne présente pas de lésions graves (*red flags*). Deuxièmement, il faut l'interroger et l'examiner de façon adéquate pour tenter de préciser le diagnostic. Il faut tenter de déterminer, en cas de douleur irradiant aux membres inférieurs, si cette dernière est radiculaire ou bien somatique rapportée (*somatic referred pain*). La présence d'une sciatgie associée à un déficit neurologique, de mises en tension radiculaire positives (signes de Lasègue et du tripode) ou d'un blocage rachidien provoquant un spasme musculaire avec déviation dite en baïonnette militent en faveur d'un diagnostic de hernie discale<sup>5</sup>. Ce dernier ne modifiera pas notre approche globale ou multimodale, mais comme il s'agit d'un mauvais pronostic, on pourra s'attendre à une évolution plus lente.

### Comment avoir une approche globale ?

Il faut toujours avoir à l'esprit que l'on ne traite pas la lombalgie, mais le patient souffrant de lombalgie. On peut et on doit traiter la douleur, mais toujours en ayant comme objectif l'amélioration fonctionnelle de la personne. Par le fait même, il ne faut pas encourager le comportement douloureux (*pain behavior*) qui est, en soi, un facteur de risque de chronicité. Le médecin doit retenir qu'il peut influencer de façon positive ou négative le comportement douloureux.

**Chaque acte médical doit donc viser un but ultime : l'amélioration fonctionnelle. Tout examen radiologique doit être demandé dans un but spécifique. Il n'est indiqué que si son résultat éventuel modifie notre conduite thérapeutique.** On voit malheureusement trop de patients qui, après avoir appris qu'ils souffraient d'arthrose, étaient convaincus que leur dos était fini ! Le but premier de la radiographie simple est d'éliminer une fracture ou une tumeur. En disant au patient qu'il a beaucoup d'arthrose, on augmente souvent son anxiété, alors que les études ne montrent aucune corrélation entre l'arthrose et la lombalgie.

Le même principe s'applique aux examens par tomodensitométrie ou par imagerie par résonance magnétique

**Le traitement en phase subaiguë consiste à poursuivre les mesures entreprises en période aiguë, mais surtout à entreprendre une approche plus globale (biopsychosociale) dont l'efficacité a été prouvée en phase chronique. Plus particulièrement, il s'agit de tenter de reconnaître les patients présentant un risque élevé de chronicité.**

**Il faut toujours avoir à l'esprit que l'on ne traite pas la lombalgie, mais le patient souffrant de lombalgie. On peut et on doit traiter la douleur, mais toujours en ayant comme objectif l'amélioration fonctionnelle de la personne. Par le fait même, il ne faut pas encourager le comportement douloureux qui est, en soi, un facteur de risque de chronicité. Le médecin doit retenir qu'il peut influencer de façon positive ou négative le comportement douloureux.**

(IRM) qui doivent servir à confirmer un diagnostic soupçonné à l'anamnèse et à l'examen physique, non pas à « aller à la pêche » si la lombalgie persiste après un certain temps. L'étude de Jensen a montré un taux significatif d'anomalies à l'IRM chez des patients sans symptômes. Par exemple, les résultats d'un examen par IRM montrent un bombement discal chez près de 30 % des patients de 30 à 39 ans ne présentant aucun symptôme de lombalgie, d'où l'importance d'une bonne corrélation clinique<sup>6</sup>.

Il en est de même pour la prescription des traitements qui doivent ultimement améliorer l'état fonctionnel du patient. Si l'on prescrit au patient un analgésique, il est très important de lui expliquer que l'apaisement de la douleur n'est pas une fin en soi, mais sert seulement à améliorer son état fonctionnel.

Lorsque l'on prescrit des traitements de physiothérapie, il faut éviter les modalités passives sans exercices, centrées uniquement sur la douleur, afin de ne pas inciter le patient à adopter un comportement douloureux. En effet, lorsque les traitements n'ont qu'un but antalgique et que la première question que le thérapeute pose au patient est : « Et votre douleur ? », on encourage un comportement centré sur la douleur. **Il est préférable de poser des questions sur les capacités du patient, qui aura souvent vu son niveau fonctionnel s'améliorer, même si la souffrance persiste.** Il se rendra alors compte des gains réalisés, même s'ils sont parfois petits. Il aura ainsi moins l'impression de stagner du fait que sa douleur est toujours présente. Il faut donc mettre l'accent sur l'état fonctionnel du patient.

### Le comportement douloureux

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, un des rôles du médecin au stade subaigu est de reconnaître le comportement douloureux et de ne pas l'encourager. Il faut souligner que le médecin de première ligne joue un rôle considérable en ce sens dès les premiers contacts avec le patient. Pour ce faire, il doit donner de bonnes explications à son patient et le rassurer, sans cependant banaliser sa dou-

leur ni son état. Cela fait partie de l'art de la médecine. Le médecin doit tenter de travailler avec des thérapeutes (physiothérapeute, ergothérapeute ou autres) qui ont la même vision que lui pour éviter les explications contradictoires qui ne font qu'accroître l'anxiété et les craintes du patient. Il n'y a pas pire patient que celui qui s'est fait dire par un premier médecin qu'il souffre d'arthrose (« j'ai le dos fini »), par un physiothérapeute qu'il ne doit pas bouger en cas de douleur, par un deuxième médecin qu'il a trois hernies discales sous-ligamentaires, par un chiropraticien qu'il a des vertèbres déplacées, par le médecin évaluateur d'une tierce partie qu'il n'a rien et par son voisin qu'il devrait aller voir tel « ramancheur » ! Il faut véhiculer un message unique, d'où l'importance d'une bonne communication entre tous les intervenants.

### Comment reconnaître le comportement douloureux ?

**Le comportement douloureux se reconnaît à l'amplification des symptômes, qui vient souvent non pas d'une simulation, mais plutôt d'une détresse du patient.** Cette détresse est généralement due à des craintes injustifiées, à une dépression sous-jacente ou encore à des facteurs externes. Les signes de Waddell sont généralement utilisés pour reconnaître ces patients. Contrairement à ce qui est souvent véhiculé, ces signes ne témoignent pas d'une simulation ou de l'absence de lésion traitable. Ils permettent plutôt de reconnaître que le problème médical déborde de l'aspect purement biologique et qu'il faut envisager un questionnement plus global associé à une approche biopsychosociale<sup>7</sup>. Lorsque l'on croit déceler un comportement douloureux, il faut adresser le patient à une équipe multidisciplinaire comprenant un médecin, un physiothérapeute, un ergothérapeute et un psychologue, au besoin.

### L'approche multidisciplinaire

Par définition, l'approche multidisciplinaire correspond à l'application simultanée de diverses interventions prodi-

**Le médecin doit donner de bonnes explications à son patient et le rassurer, sans cependant banaliser sa douleur ni son état. Il doit tenter de travailler avec des thérapeutes (physiothérapeute, ergothérapeute ou autres) qui ont la même vision que lui pour éviter les explications contradictoires. Il faut véhiculer un message unique, d'où l'importance d'une bonne communication entre tous les intervenants.**

guées par différents professionnels travaillant en équipe. Cette équipe peut comprendre, en plus du médecin, un physiothérapeute, un éducateur physique, un ergothérapeute et un psychologue. De plus, dans les cas d'accidents de travail, si des facteurs de risque de chronicité liés à l'emploi semblent présents, on devrait demander l'intervention d'un conseiller en réadaptation de la CSST.

**Les quatre composantes de l'approche multidisciplinaire sont l'éducation, les exercices, la thérapie comportementale et l'entraînement à l'effort** en visant spécifiquement les activités de travail (*work hardening*). Ces différentes composantes varient selon le type de stratégie multidisciplinaire, dont elles sont issues. Il en existe trois types différents<sup>1</sup>.

Le premier type est celui de la stratégie de rééducation fonctionnelle développée au Texas par Mayer. Les interventions cardinales sont les exercices spécifiques, la simulation de tâches de travail et la rééducation à l'effort. Le tout est complété par l'éducation et la thérapie comportementale.

Le deuxième est la thérapie comportementale qui met l'accent sur des interventions psychosociales prenant la forme de thérapie cognitive ou de modèle opérant. On y associe également l'éducation et les exercices.

Le troisième est l'école du dos (*back school*) basée principalement sur l'éducation, mais combinant aussi les exercices.

Il est important que tous les intervenants de l'équipe travaillent ensemble. Même si chaque membre a un rôle bien défini, tous doivent avoir une connaissance générale des interventions effectuées par les autres. Par exemple, les exercices peuvent être enseignés par un éducateur physique, un physiothérapeute ou un ergothérapeute. Si on vise une simulation de tâches ou une intervention en milieu de travail, on donnera priorité à l'ergothérapeute. Les interventions cognitives ou comportementales nécessiteront un psychologue, mais les principes prônés par ce dernier devront également être appliqués par les autres thérapeutes.

Naturellement, dans un monde idéal, tous les patients auraient accès plusieurs heures par jour à un programme donné par une équipe complète (par exemple, le programme Prévicap donné par une équipe multidisciplinaire et comportant une approche de réadaptation en milieu clinique ET en milieu de travail). Cependant, le coût considérable de ces programmes, nonobstant leurs nombreux avantages, en restreint l'utilisation généralisée à l'ensemble des patients. Dans la majorité des cas, une équipe plus modeste, avec les mêmes intervenants travaillant tou-

jours en équipe avec la même vision (médecin, éducateur physique, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue ou agent de réadaptation), mais disponibles au besoin seulement, pourra obtenir des résultats comparables à moindres coûts. Parfois, deux intervenants suffiront. Il faut cependant s'assurer que les différents professionnels travaillent dans le même centre, avec la même philosophie.

### En résumé, la conduite en phase subaiguë est de :

- réviser ce qui a été entrepris en phase aiguë ;
- s'assurer d'un bon diagnostic ;
- viser une approche globale (biopsychosociale) en mettant l'accent sur l'état fonctionnel du patient ;
- s'assurer autant que possible que tous les intervenants véhiculent le même message.

### Quelle conduite avoir avec Madame C.D. et Monsieur G.H. ?

Madame C.D. semble présenter une hernie discale. Il faut d'abord lui expliquer ce qu'est une hernie discale et lui dire que l'évolution en est généralement favorable. Il faut la rassurer sur le fait qu'elle ne paralysera pas et qu'une intervention chirurgicale est rarement indiquée en pareil cas. La conduite demeure la même que pour un cas de lombalgie. Des médicaments antidouleur peuvent être prescrits, et on encouragera la patiente à demeurer active. La physiothérapie passive peut être utilisée, mais elle devrait faire place assez rapidement à la physiothérapie active, comme l'indique l'article de M<sup>me</sup> Chartrand. L'ergothérapie peut être utilisée pour lui enseigner les techniques de transfert de patient et pour la rééducation à l'effort. Une affectation temporaire peut avoir lieu durant la période de récupération. On tentera donc de rassurer la patiente, de soulager sa douleur et de la réactiver en respectant ses capacités. Si la sciatgie persiste en phase subaiguë, une épидurale peut être envisagée, mais toujours dans le but d'améliorer son niveau fonctionnel.

Monsieur G.H. constitue le plus grand défi. Il a déjà connu des épisodes de lombalgie assez longue. Le dernier date d'environ un an et a été traité au moyen de la physiothérapie passive pendant six mois. Monsieur G.H. semble convaincu que son problème est majeur. Il sera difficile d'éliminer rapidement ses craintes et de modifier ses croyances. Il faudra l'interroger à ce sujet. A-t-il peur de paralyser ? Pense-t-il finir ses jours en chaise roulante ? Il est surprenant de voir le nombre de patients qui ont cette crainte injustifiée, surtout

lorsque leurs crises de lombalgie sont plus intenses et plus fréquentes. Un lien de confiance doit s'établir. On ne peut nier tout ce qu'il croit en un tour de main. C'est ici que l'art de la médecine prend toute son importance.

Dans le cas de Monsieur G.H., si l'état du patient ne s'améliore pas rapidement, le médecin devrait travailler de préférence avec une équipe multidisciplinaire ayant la même vision que lui ou orienter son patient vers ce genre d'équipe. Il faut éviter l'approche centrée uniquement sur la douleur et tenter de l'axer sur l'état fonctionnel. Le patient doit réaliser que son état s'améliore. S'il demeure souffrant, il croit souvent, à tort, qu'il n'a fait aucun gain fonctionnel. L'utilisation de la physiothérapie active ou de l'ergothérapie, en mettant l'accent sur les capacités du patient et sur son état fonctionnel, fera réaliser à ce dernier peu à peu les gains obtenus, malgré la persistance de la douleur. Il prendra ainsi confiance en son dos. Des activités de simulation de tâches de travail en ergothérapie seront prodiguées. On mettra sur l'éducation pour tenter d'atténuer ses craintes et ses fausses croyances. Naturellement, cela peut sembler facile, mais il ne s'agit pas seulement de dire au patient d'oublier sa douleur et de l'entraîner au maximum, en le poussant de plus en plus. Le médecin et toute l'équipe traitante doivent plutôt combiner un mélange de savoir et d'empathie pour développer un lien de confiance essentiel avec le patient, en plus de faire preuve d'une bonne dose de fermeté pour l'encourager à demeurer actif autant que possible. ☘

Date de réception : 29 avril 2003

Date d'acceptation : 1<sup>er</sup> août 2003

Mots clés : lombalgie, lombalgie subaiguë, prévention, équipe multidisciplinaire.

## Bibliographie

1. Bogduk N, McGuirk B, *Medical Management of Acute and Chronic Low Back Pain. An Evidenced-Based Approach*. Pain Research and Clinical Management, vol. 13, éd. Elsevier Science 2002, ISBN 0-444-50845-7.

## S U M M A R Y

**Low back pain problems: how to prevent chronicity in the sub-acute phase.** In treating sub-acute low back pain patients, although the goals are basically the same as in the acute phase, there should be a gradual shift towards a more global approach. Focus should be made on bio-psycho-social factors, without neglecting the biological needs.

Physicians should bear in mind that they are not healing low back pain but treating a low back pain patient who needs not only relief from pain but functional rehabilitation. Active physical therapy with exercises and patient education rather than passive therapy is required.

During follow-up visits, the physician should monitor the patient's behaviour towards pain. Being on the alert without alarming is an approach with a more favourable impact, especially on a worried patient or a patient with previous ill-managed back problem. These patients are best managed through a multidisciplinary team work.

**Key words:** back pain, sub-acute low back pain, risk prevention, multidisciplinary team.

2. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions, *Spine* 1997; 22 (18): 2128-56.
3. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F et coll. The role of activity in the therapeutic management of back pain: Report of the international Paris task force on back pain. *Spine* 2000; 25 (suppl): 1-33.
4. Philadelphia panel evidenced-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther*. 2001; 81: 1641-74.
5. Bergeron Y. Le rachis lombaire. Dans: Depuis-Leclaire, rédacteurs. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Edisem; 1986, p. 252-4.
6. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *NEJM* 1994; 331 (2): 69-73.
7. Main CJ, Waddell G. Spine update behavioral responses to examination: A reappraisal of the interpretation of "nonorganic signs". *Spine* 1998; 23 (21): 2367-71.



Médecins omnipraticiens

Avez-vous déjà vu  
ce programme ?

(Ensché avec le présent numéro de la revue.)

