



**CENTRE  
HOSPITALIER  
LAVAL**

# Nouvelles recommandations Prise en charge de la lombalgie

Dr Romain CHAMPAGNE  
Médecine Physique et Réadaptation





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MÉMO

# Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mars 2019

## Partie 1. Poussée aiguë de lombalgie

### Évaluation clinique d'une douleur lombaire avec ou sans radiculalgie

- Histoire de la maladie
- Examen physique
- Recherche de signes neurologiques
- Recherche de cause extra-vertébrale, drapeaux rouges 🚩

Suspicion de pathologie grave, extra-rachidienne ou nécessitant une prise en charge spécifique urgente

## Diagnostic de LOMBALGIE COMMUNE

### POUR TOUS LES PATIENTS

#### AUTO-GESTION

- Informer sur la nature bénigne de la lombalgie/lomboradiculalgie et conseiller en s'adaptant aux besoins du patient.
- Encourager à poursuivre les activités quotidiennes (y compris activité professionnelle) autant que possible, et à pratiquer une activité physique adaptée.

#### IMAGERIE

- Informer les patients qu'une imagerie n'est pas nécessairement requise.

### AU CAS PAR CAS

#### PRISE EN CHARGE

- Traitement antalgique possible pour la gestion de l'accès douloureux (AINS en 1<sup>er</sup> intention après évaluation de la balance bénéfice/risque).
- Évaluation des facteurs de risque de passage à la chronicité (drapeaux jaunes 🟡) : indication de kinésithérapie précoce en cas de risque de chronicité identifié.

### POUR TOUS LES PATIENTS

#### RÉÉVALUATION DES SYMPTÔMES à 2-4 semaines

(douleur, activités quotidiennes et professionnelles)

### AU CAS PAR CAS

Si arrêts de travail répétés ou prolongés : évaluation des facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (drapeaux bleus 🟦 et noirs 🖤)

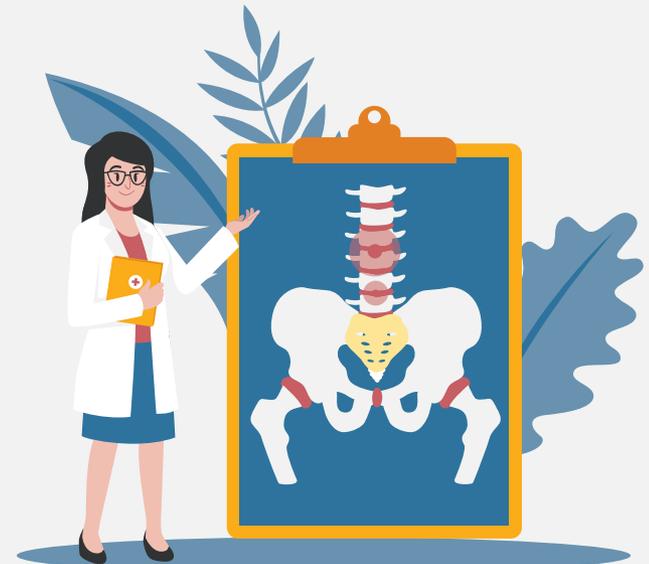
#### → DESESCALADE DU TRAITEMENT

- Recommander la pratique régulière d'exercices d'auto-rééducation et/ou d'une activité physique

⋯→ Amélioration de la situation clinique

→ Absence d'amélioration de la situation clinique

## Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité



## Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité/chronique

### POUR TOUS LES PATIENTS À RISQUE DE CHRONICITÉ

#### RÉÉVALUATION GLOBALE ET PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

- Rééducation active en kinésithérapie avec réalisation d'exercices à domicile.
- Réévaluation pharmacologique pour la gestion des accès aigus.
- Encouragement à la reprise des activités quotidiennes (y compris activité professionnelle) et à la pratique d'activité physique.
- Éducation à la neurophysiologie de la douleur.

### EN CAS DE RADICULALGIE PERSISTANTE

Imagerie rachidienne puis discussion d'une infiltration (dans le cadre d'une décision partagée avec le patient).

### → RÉÉVALUATION DES SYMPTÔMES à 6-12 semaines (douleur, activités quotidiennes et professionnelles)

- Évaluation des facteurs de risque de chronicité (drapeaux jaunes 🚩).

→ DESESCALADE DU TRAITEMENT  
→ Recommander la pratique régulière d'exercices d'auto-rééducation et/ou d'une activité physique

### POUR TOUS LES PATIENTS AVEC UNE LOMBALGIE CHRONIQUE

#### EN CAS D'ÉCHEC DE LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

- Réaliser une imagerie rachidienne.

#### PRISE EN CHARGE

- Évaluation psychologique, thérapie cognitivo-comportementale, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose.
- Si composante dépressive associée : anti-dépresseurs (IRSNa<sup>\*</sup> ou tricyclique).

### EN CAS DE RADICULALGIE PERSISTANTE SANS AMÉLIORATION

#### RÉÉVALUATION

- Rechercher une composante neuropathique pour discuter un traitement par gabapentinoïdes, antidépresseur (IRSNa<sup>\*</sup> ou tricyclique).

#### PRISE EN CHARGE

- Envisager une prise en charge chirurgicale en fonction de la concordance radio-clinique.

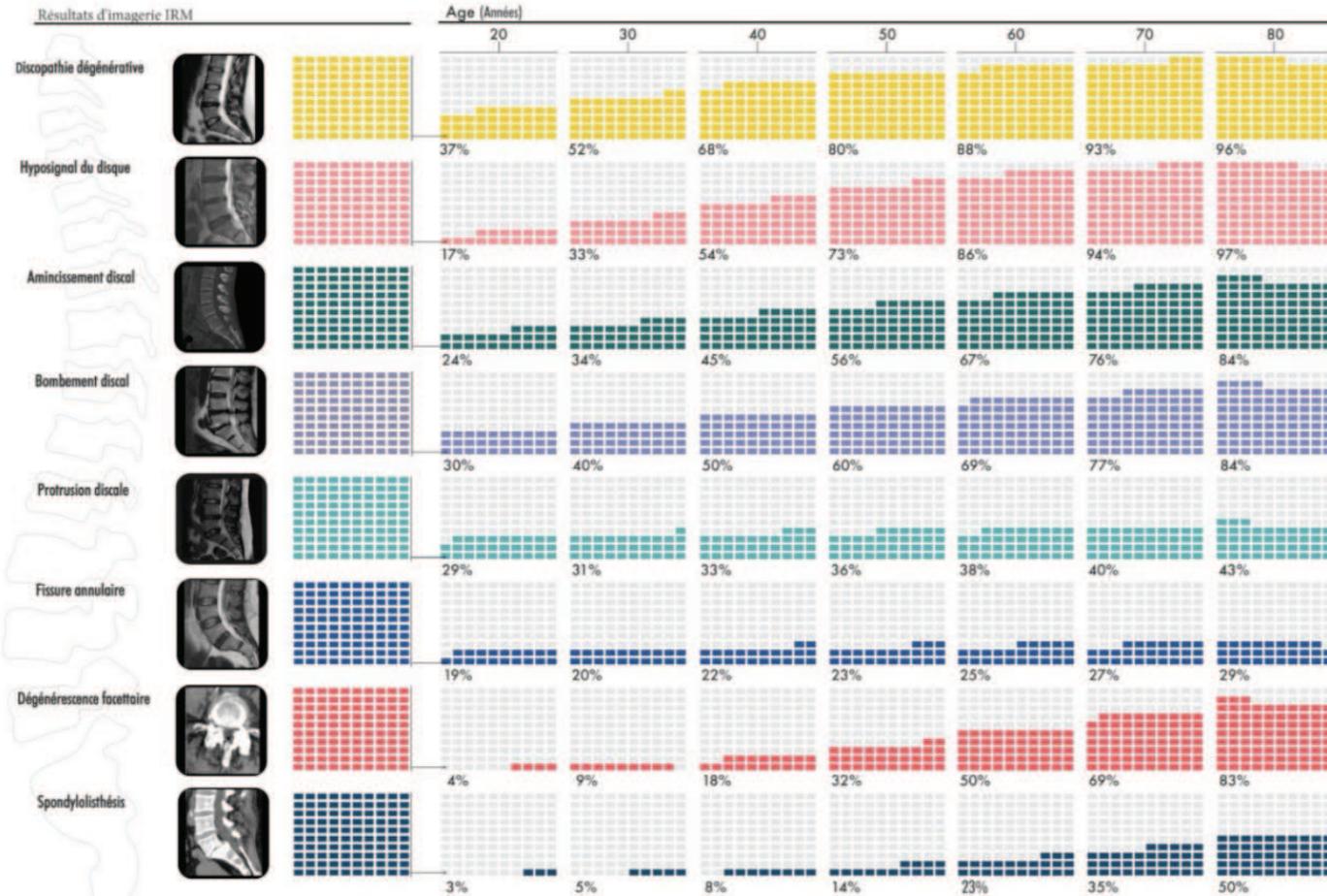
### AU CAS PAR CAS

#### POURSUITE DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

- Programme de réadaptation multidisciplinaire.
- Avis chirurgical.
- Centre d'évaluation et de traitement de la douleur.

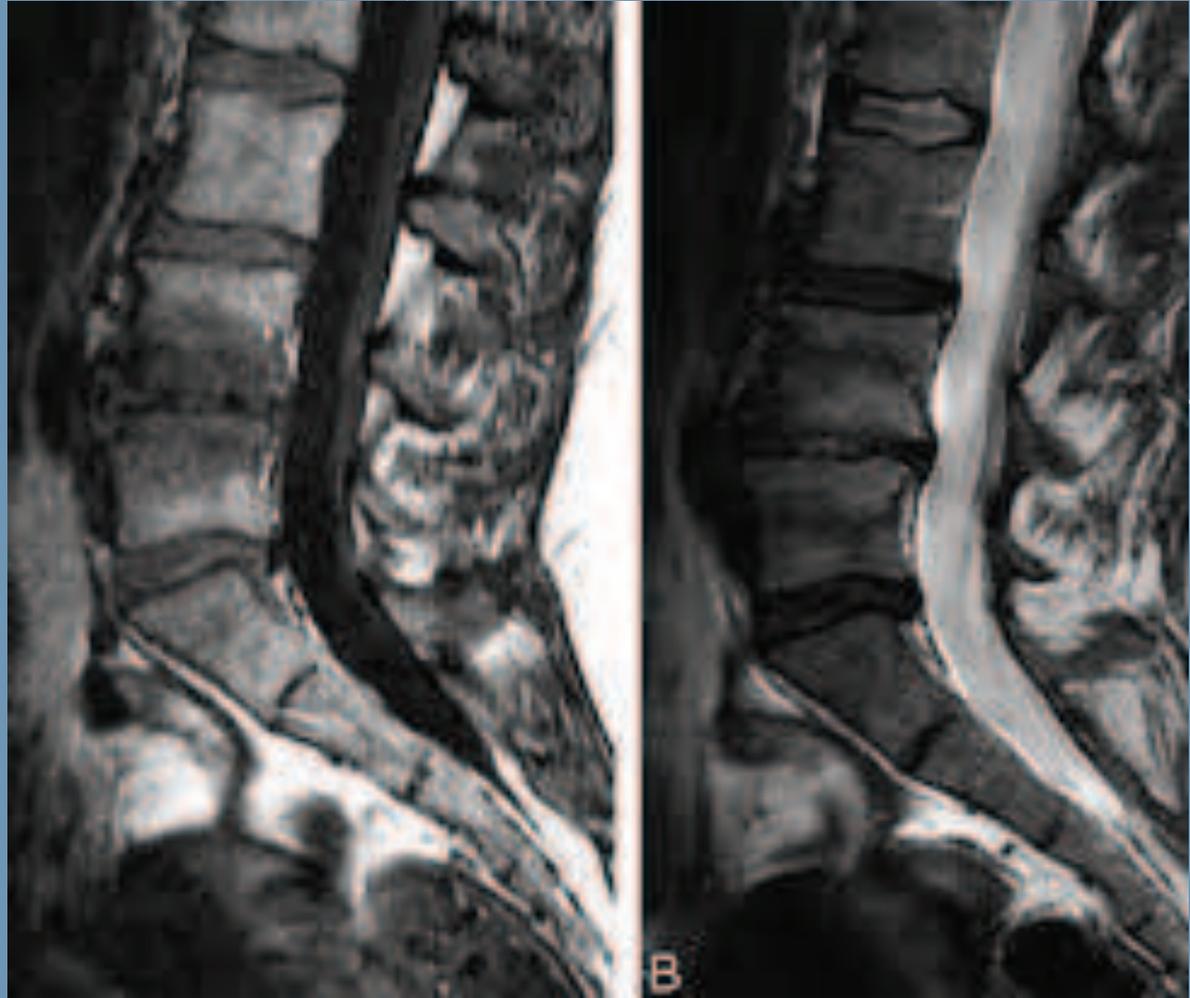


# Prévalence à l'imagerie de signes dégénératifs de la colonne lombaire chez des personnes asymptomatiques \*



\*Source: Brinjikji W., et al. AJNR Am J Neuroradiol. 2015 April; 36(4):811-816

# Modic 1



# Traitements médicamenteux

AINS en 1<sup>ère</sup> intention



Paracétamol

Myorelaxants



Gabapentinoïdes / Antidépresseurs



Acupan / Corticoïdes



Opioides



Antibiotiques / Vitamine D / Versatis / Anti TNF alpha





# Traitements **Non Médicamenteux**



Manipulations vertébrales

Ceinture lombaire

Sophrologie / Méditation /  
Relaxation / Hypnose



**Activité physique  
adaptée  
Kinésithérapie  
ACTIVE  
Thérapie cognitivo-  
comportementale**



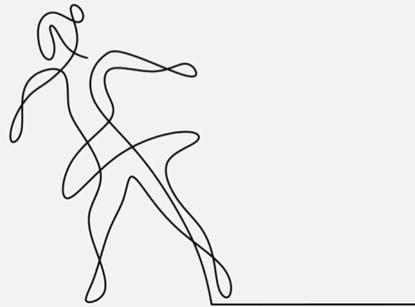
Ultrasons  
Tractions  
Semelles  
Acupuncture  
Dry Needling



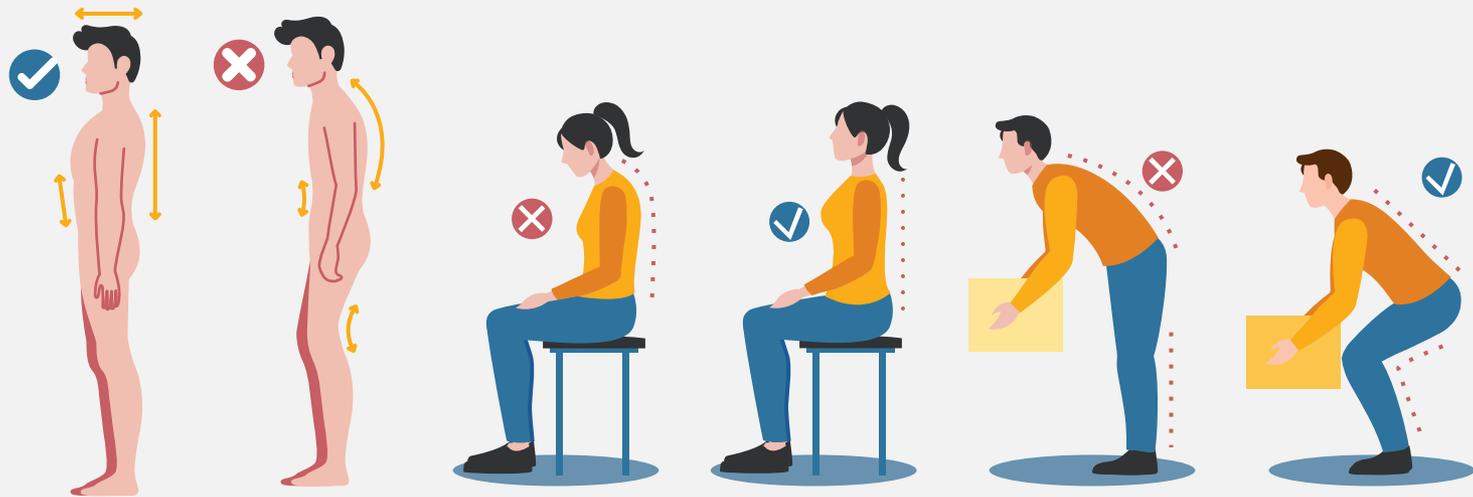
# Activité Physique

**La bonne activité physique est celle que le patient fait**

Aucune contre-indication

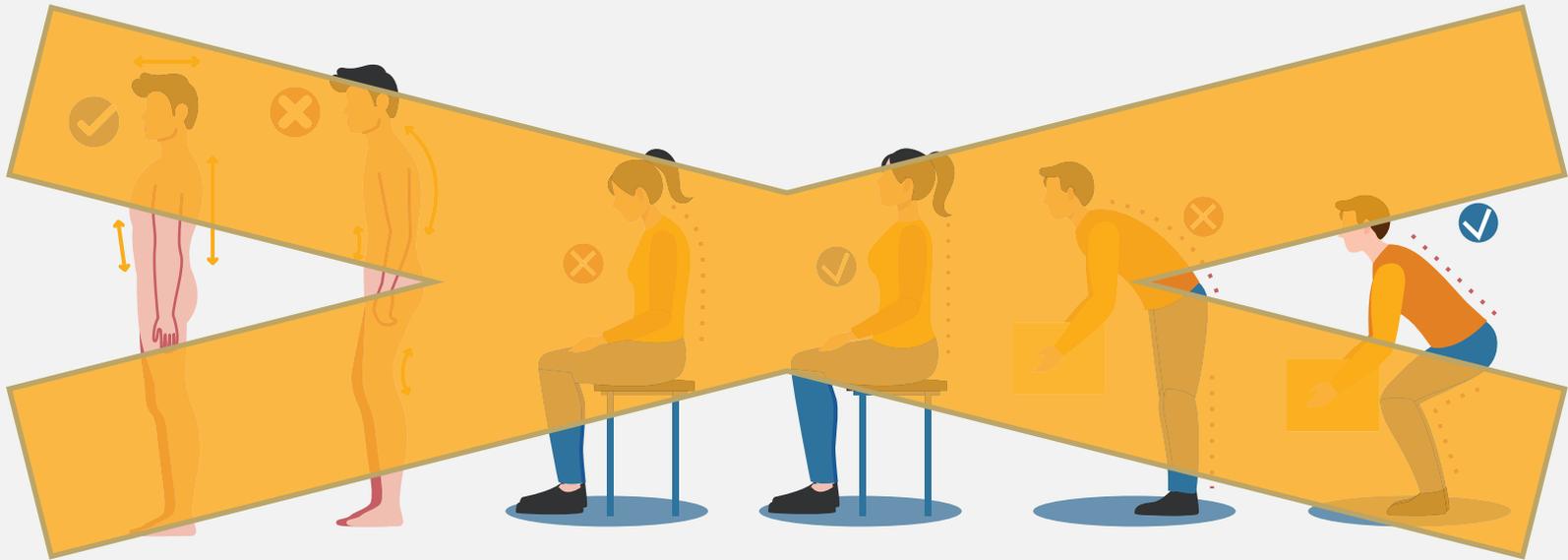


# Gestes et Postures



# Gestes et Postures

*La bonne posture, c'est celle que l'on peut changer régulièrement*



# Manual workers with low back pain, lift with *less* lumbar flexion than their co-workers who have no history of pain related to lifting



## THE PROBLEM

- Lifting is a common trigger for LBP
- There is a widely held belief that lifting with a more rounded/flexed lumbar spine is a risk factor for LBP
- The advice to avoid flexing the lumbar spine is promoted globally in occupational health, by gym instructors and healthcare practitioners



## WHAT WE DID

- Our study compared lumbar flexion during lifting in manual workers who either, (i) had a history LBP related to lifting, or (ii) had no history of LBP and had been in manual employment for > 5 years
- Intra-lumbar flexion (L3-L5 relative to L5-S1 segment) was measured using a Vicon motion analysis system
- There were 100 lifts from the floor - 25 were with an empty box and 75 with a box weighing 10% of body weight
- Pain was reported after every 10 lifts, so the relationship between lumbar flexion and change in pain intensity could be explored

## What We Found



### MANUAL WORKERS WITH LIFTING-RELATED LBP DURING LIFTING...

- Had less peak lumbar flexion
- Were further from end of range lumbar flexion

### WE ALSO FOUND...

- Both groups demonstrated more peak lumbar flexion across the 100 lifts (i.e. they flexed more over time). However, lumbar flexion and increasing pain intensity during lifting were not correlated in the manual workers with LBP

## What Does This Mean?

- These findings are in-line with our previous systematic review which reported that there is currently NO in-vivo evidence to support the common belief that lumbar flexion is associated with or a risk factor for LBP during lifting (Saraceni et al 2020 - "to flex or not to flex")
- The reason for the reduced lumbar flexion during lifting in people with LBP is not known
- There is currently no in-vivo evidence for the common advice and training to minimise lumbar flexion during lifting to prevent or manage LBP

Does intra-lumbar flexion during lifting differ in manual workers with and without a history of low back pain? A cross-sectional laboratory study.  
Nic Saraceni, Emily Campbell, Peter Kent, Leo Ng, Leon Straker & Peter O'Sullivan  
Published in Ergonomics January 2022 DOI: 10.1080/00140139.2022.2026819  
This infographic is a summary only. Please consult the full paper for clarification and references.



# Merci!

**Avez vous des questions?**  
Romain.champagne@chlaval.fr



@MPRAngevin

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon** and infographics & images by **Freepik**

