



# La lombalgie

Présenté par Dre Brigitte Migneault

25 octobre 2016

CHUM

Université   
de Montréal

  
CHUM



# Quelques chiffres

- ▶ 80-85% de la population générale souffrira d'un épisode de lombalgie au cours d'une vie.
- ▶ 75% de récurrence, surtout dans la première année.
- ▶ 5% de lombalgie chronique.
- ▶ 90% des cas: cause non spécifique
- ▶ Palmarès: ♂ 25-64 ans, travailleurs
- ▶ 5% des patients engendrent 75% des coûts.
- ▶ Coûts sociétaux comparables à ceux des maladies cardiovasculaires



# Facteurs de risque

- **Activité physique / sédentarité**
- **ATCD personnel de lombalgie**
- Activités (emploi, sports)
- Obésité
- Tabagisme, abus de substance
- Histoire familiale
- 2 grossesses et plus

# Facteurs de risque de chronicisation

## *Yellow flags*

TABLEAU I | FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICISATION (YELLOW FLAGS)<sup>1,4,5</sup>

### Facteurs psychologiques et comportementaux

- ▶ Humeur dépressive, anxiété, isolement social, faible soutien familial ou surprotection
- ▶ Fausses croyances concernant la lombalgie, catastrophisation, kinésiophobie, comportement favorisant le repos prolongé
- ▶ Attentes excessives par rapport au traitement, attitude passive

### Facteurs professionnels

- ▶ Insatisfaction au travail, tâche lourde, horaires atypiques, faible soutien de l'employeur
- ▶ Conflit dans l'indemnisation

### Facteurs cliniques

- ▶ Antécédents personnels de lombalgie, d'arrêt de travail ou de réclamation
- ▶ Douleur modérée ou grave, atteinte fonctionnelle importante, douleur radiculaire



# Évaluation primaire

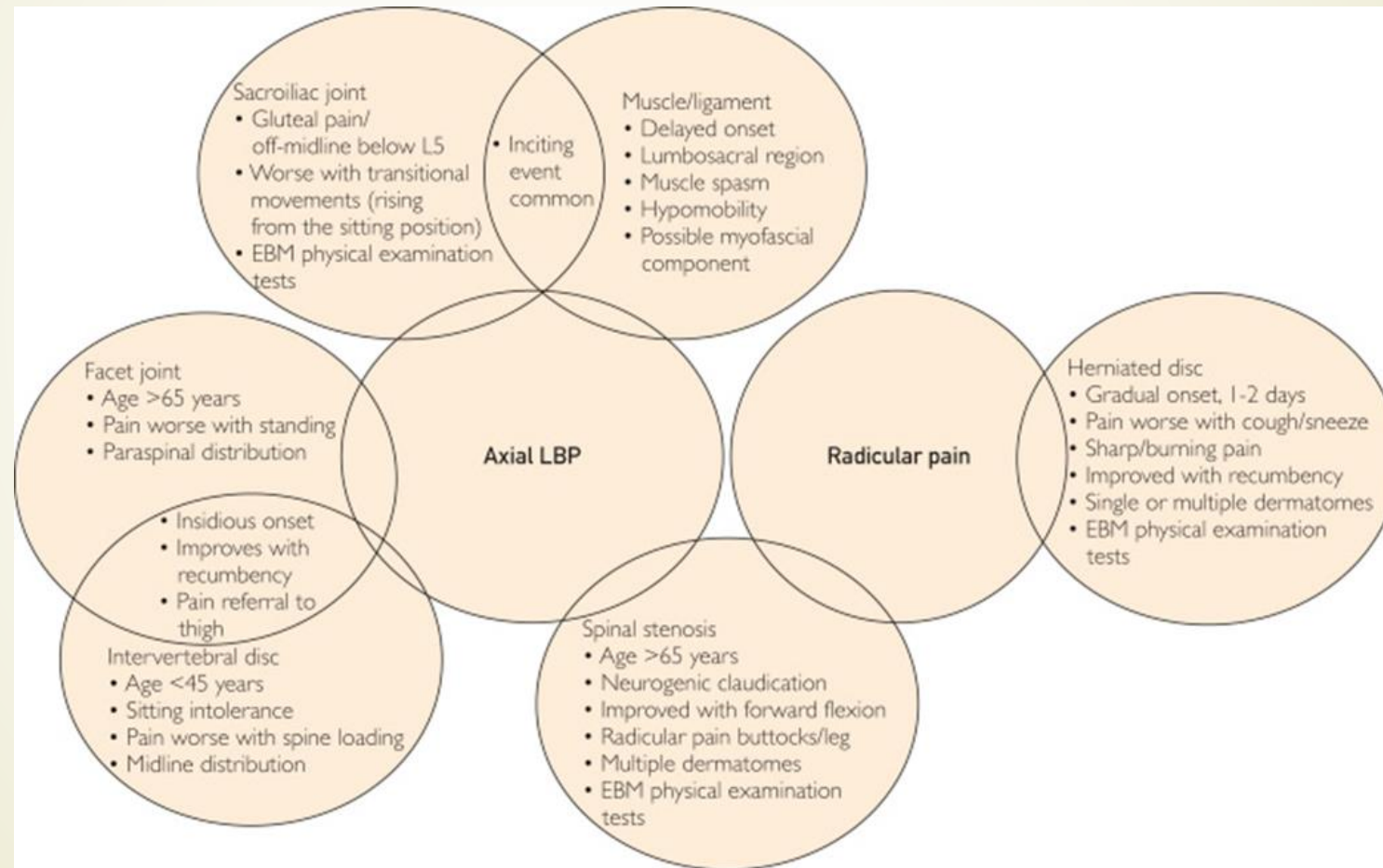
- ▶ Histoire de l'épisode; ATCD
- ▶ Examen physique complet et neuro sommaire
  - ▶ Aucun examen précis n'a de valeur prédictive
  - ▶ L'examen neuro sommaire permet de soupçonner une radiculopathie
- ▶ Recherche des *Yellow flags*
- ▶ Recherche des *Red flags*
  - ▶ En l'absence de red flags, aucune imagerie n'est nécessaire

# Évaluation primaire

## *Red flags*

TABLEAU II   INDICATEURS DE GRAVITÉ (RED FLAGS) <sup>1,5</sup>	
Facteurs	Délais d'orientation en spécialité
Syndrome de la queue de cheval	Immédiat
Douleur importante en augmentation, en position couchée ou la nuit	24-48 heures
Trauma important	
Fièvre, frissons, cancer, perte de poids	
Prise de corticostéroïdes ou drogues par voie intraveineuse	
Patient < 20 ans ou > 50 ans	Quelques semaines
Signes neurologiques diffus	

# Évaluation primaire présentation selon l'étiologie









# Rappels anatomiques *innervation*

## ➤ Localisation des nocicepteurs:

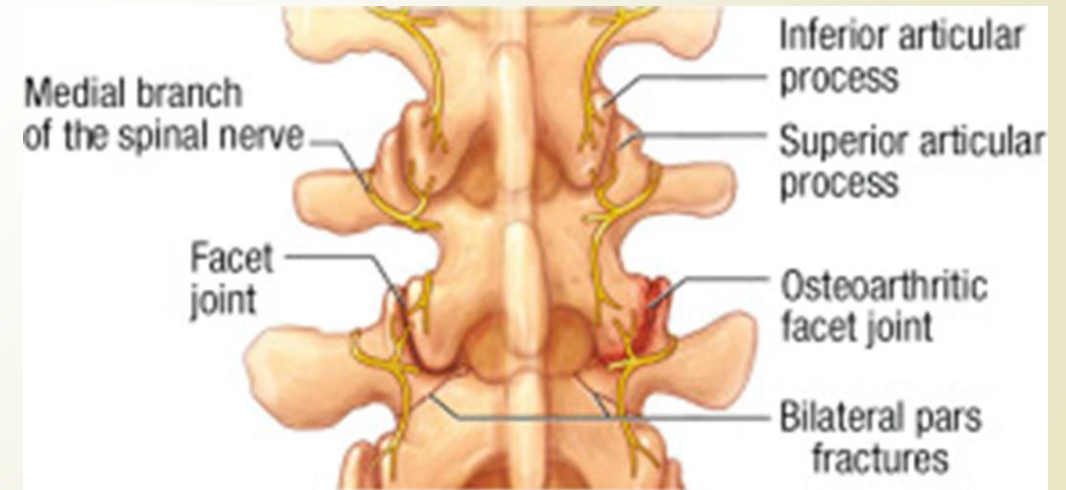
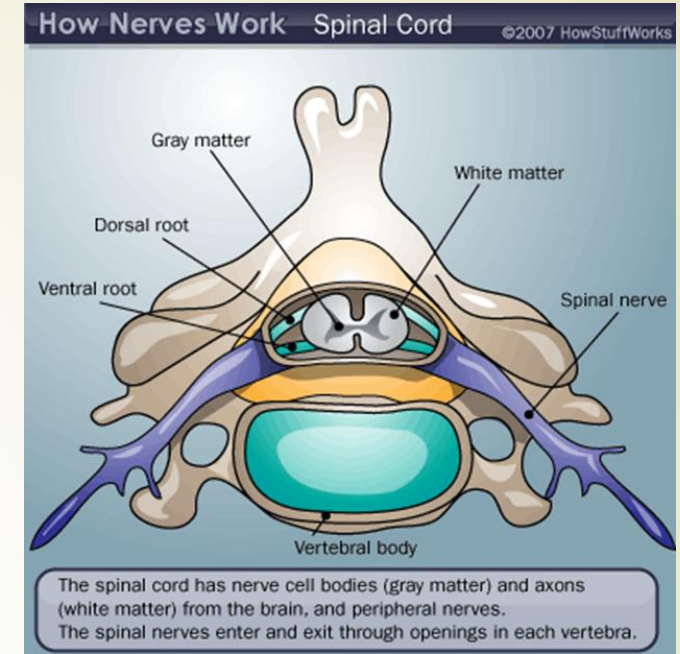
- Ligaments spinaux
- Musculature paraspinale
- Périoste des corps vertébraux
- 1/3 externe de l'anneau fibreux discal, noyaux pulpeux
- Articulations facettaires

# Rappels anatomiques

## *Innervation*

2 branches principales du nerf spinal fournissent l'innervation sensitive aux différentes structures:

- N. sinuvertébral ou récurrent méningé
- Branche médiale du rameau primaire postérieur





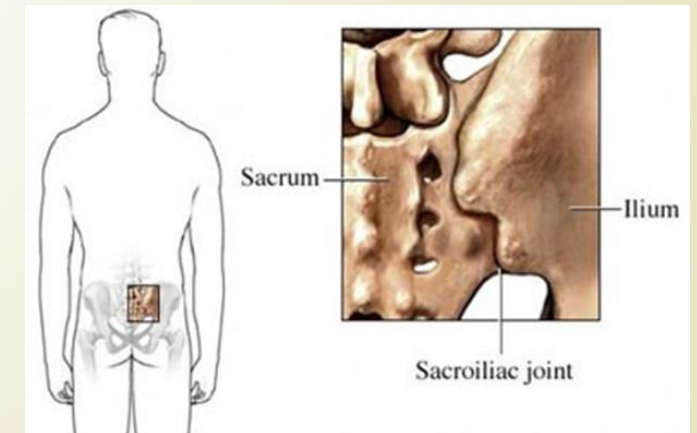
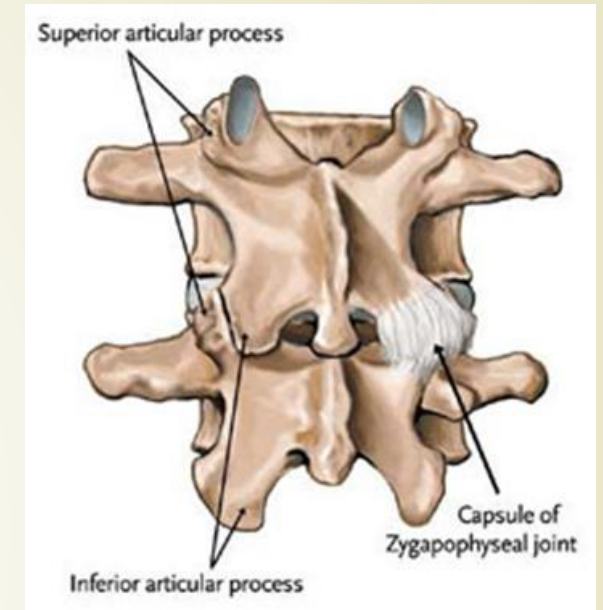
# Étiologie

- ▶ Rappel: 90% des lombalgies sont de cause **non spécifique**.
- ▶ 3 grandes catégories:
  - ▶ **Mécaniques**
  - ▶ **Non mécaniques**
  - ▶ **Référées**

# Étiologie

## *Causes mécaniques*

- ▶ **Lombalgie axiale** (sans douleur radiculaire)
  - ▶ **Douleur discogénique:**
    - ▶ 40%
    - ▶ Chez moins de 45 ans
  - ▶ **Douleur facettaire** (zygapophysaire)
    - ▶ 15-30%
    - ▶ Chez plus de 65 ans
    - ▶ Principalement dégénératif
  - ▶ **Douleur sacro-iliaque:**
    - ▶ 15-30%
    - ▶ Événement déclencheur dans 40-50% des cas
  - ▶ Douleur **musculaire** paraspinale ou ligamentaire
  - ▶ **Spondylolyse/Spondylolisthesis**



# Étiologie

## Causes mécaniques

### ► Douleur radiculaire:

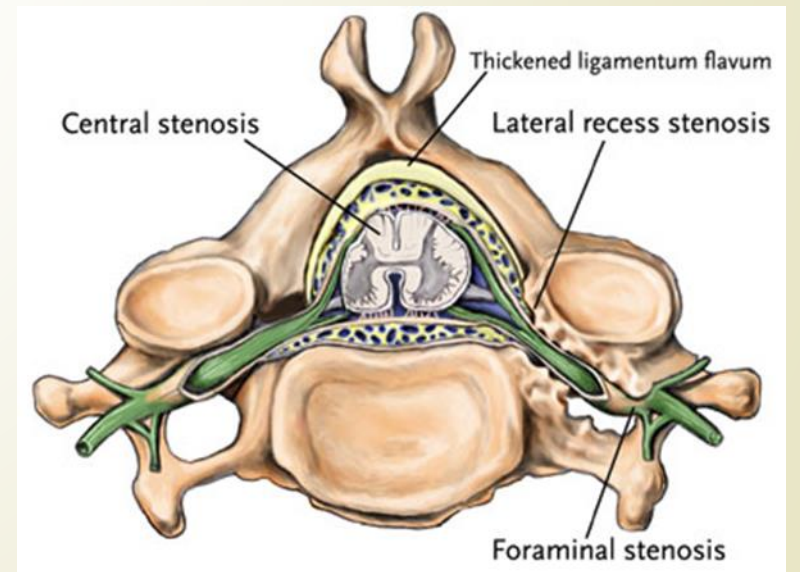
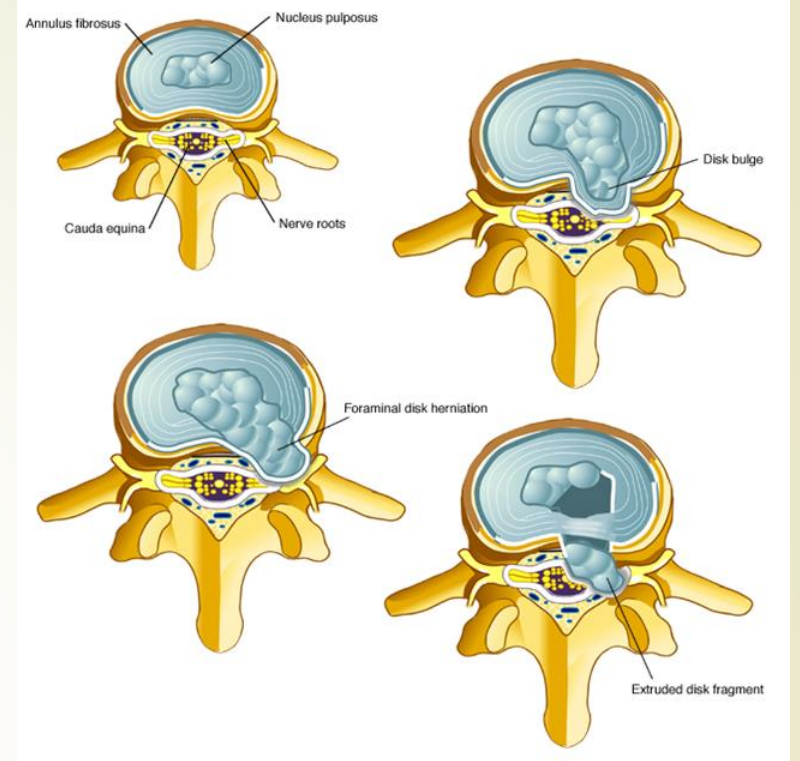
#### ► Hernie discale

- 90% à L4-L5/L5-S1
- 2/3 des hernies se résorbent à plus de 50% à 1 an
- 4 types: bombement, protrusion, extrusion, séquestration

#### ► Sténose foraminale secondaire à hypertrophie facettaire

#### ► Sténose spinale centrale

- Caractérisée par la claudication neurogène:
  - Sensibilité 88%; spécificité 34%
- Améliorée par la flexion lombaire (cart sign)
- Chez plus de 65 ans
- Causée par un processus herniatif, dégénératif ou un spondylolisthésis





# Étiologie

## *Causes non-mécaniques*

- ▶ **Néoplasique** ou métastatique
- ▶ **Infectieuse:** ostéomyélites, disciite, abcès
- ▶ **Inflammatoire:** spondylite ankylosante, syndrome de Reiter, spondylite psoriasique, mx inflammatoire intestinale
- ▶ Mx de Paget
- ▶ Mx de Scheuermann
- ▶ Syndromes neurologiques
- ▶ ...



# Étiologie

## *Douleur référée*

- ▶ **Pelvis:** prostatite, endométriose, «PID», maladie fibromyomateuse
- ▶ **Rénal:** néphrolithiase, pyélonéphrite, abcès
- ▶ **Vasculaire:** AAA
- ▶ **Gastro-intestinal:** pancréatite, cholécystite, viscère perforé

This evidence-informed guideline is for non-specific, non-malignant low back pain in adults only

**Red Flags** help identify rare but potentially serious conditions. They include:

- Features of Cauda Equina Syndrome including sudden or progressive onset of loss of bladder/bowel control, saddle anaesthesia (emergency)
- Severe worsening pain, especially at night or when lying down (urgent)
- Significant trauma (urgent)
- Weight loss, history of cancer, fever (urgent)
- Use of steroids or intravenous drugs (urgent)
- Patient with first episode of severe back pain over 50 years old, especially over 65 (soon)
- Widespread neurological signs (soon)

EMERGENCY - referral within hours  
URGENT - referral within 24 - 48 hours  
SOON - referral within weeks

Conduct a full assessment:

- History taking
- Physical and neurological exam
- Evaluation of Red Flags
- Psychosocial risk factors/Yellow Flags

**Yellow Flags** indicate psychosocial barriers to recovery. They include:

- Belief that pain and activity are harmful
- 'Sickness behaviours' (like extended rest)
- Low or negative mood, social withdrawal
- Treatment expectations that do not fit best practice
- Problems with claim and compensation
- History of back pain, time off, other claims
- Problems at work, poor job satisfaction
- Heavy work, unsociable hours (shift work)
- Overprotective family or lack of support

Any Red Flags?

Yes

Consider referring for evaluation (including lab tests and imaging as indicated) and treatment

e.g., emergency room, relevant specialist, rheumatologist (in the case of inflammatory disease)

Acute and Subacute

(within 12 weeks of pain onset)

Chronic

(more than 12 weeks since pain onset)

- Educate patient that low back pain typically resolves within a few weeks, but that recurrences are common (refer to patient information sheet and brochure)
- Prescribe self-care strategies including alternating cold and heat, continuation of usual activities as tolerated
- Encourage early return to work
- Prescribe exercise or therapeutic exercise
- Consider analgesics in this order:
  - Acetaminophen
  - NSAIDs
  - Short-course muscle relaxants
  - Short-acting opioids (rarely, for severe pain)

One to Six Weeks

Reassess (including Red Flags) if patient is not returning to normal function or symptoms are worsening

Consider Referral

- Physical therapist
- Chiropractor
- Osteopathic physician
- Physician specializing in musculoskeletal medicine
- Spinal surgeon (for unresolving radicular symptoms)
- Multidisciplinary pain program (if not returning to work)

- Educate patient with a clear diagnosis, advice to stay active, and discussion of hurt vs. harm and activity pacing
- Prescribe exercise or therapeutic exercise
- Analgesics Options
  - Acetaminophen
  - NSAIDs (consider PPI)
  - Short-term cyclobenzaprine if prominent muscle spasm
  - Low-dose analgesic antidepressants

See medication table in the complete guideline for recommendations if neuropathic pain suspected
- Referral Options
  - Community-based active rehabilitation program
  - Community-based self-management/cognitive behavioural therapy program
- Additional Options
  - Progressive relaxation or EMG biofeedback
  - Acupuncture, as a short-term or adjunct therapy
  - Massage, as an adjunct therapy
  - Yoga and aqua therapy
- **Moderate to Severe Pain**
- Tramadol, opioids for carefully selected patients with documented functional goals to monitor for improvement (refer to Canadian National Opioid Guideline endorsed by the College of Physicians and Surgeons of Alberta - see p. 2)
- Referral Options
  - Multidisciplinary chronic pain program
  - Injection therapies in carefully selected patients
  - Surgery in carefully selected patients

Lignes directrices canadiennes

Révision: 2015

[www.topalbertadoctors.org](http://www.topalbertadoctors.org)



# Évaluation

## *Lombalgie aiguë / sub-aiguë*

- ▶ **Référence** si présence de « red flags »
- ▶ **Imagerie:**
  - ▶ Rx simple: Suspicion Fx ou compression
  - ▶ IRM: Si influence dans le traitement ou si > 6 sem ET radiculopathie
    - ▶ Indications:
      - ▶ Déficit neuro progressif ou majeur , syndrome de la queue de cheval
      - ▶ Douleur réfractaire sévère et incapacitante
      - ▶ Suspicion néoplasie / infection
      - ▶ Indication de chx ou d'infiltration chez pts avec douleur modérée-sévère
  - ▶ CT scan:
    - ▶ Si IRM contrindiquée
    - ▶ Si tumeur osseuse primaire suspectée
    - ▶ Si Trauma
- ▶ **Laboratoires:**
  - ▶ Seulement si suspicion de maladie inflammatoire, néoplasie ou infection

# Évaluation

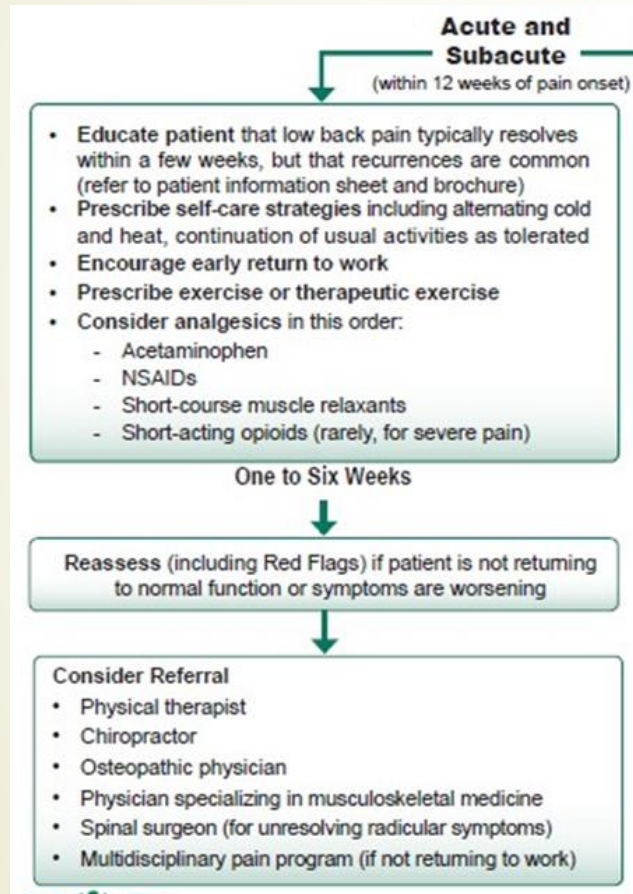
## *Lombalgie chronique*

- ▶ **Aucune imagerie** nécessaire sauf si
  - ▶ apparition de:
    - ▶ Red flags
    - ▶ Nouvelle radiculopathie
    - ▶ Claudication neurogène
  - ▶ Changement d'orientation pour un traitement infiltratif
  - ▶ Référence pour une chirurgie



# Prise en charge

## Lombalgie aiguë/subaiguë



- **Recommandées:**

- **Éduquer, réassurer**

- Encourager le retour au travail
- « Prescrire » l'activité physique
- Référer à un spécialiste après 2 à 6 semaines si la douleur reste incapacitante

- **Contreindiqués:**

- Repos au lit
- Imagerie de routine
- Traitement avec antibiotiques ou stéroïdes systémiques
- Traction, ultrasons, TENS
- Infiltration stéroïdée en l'absence de radiculopathie ( $\leq 4$  sem)

# Prise en charge

## *Lombalgie aiguë/subaiguë*

Medication Table	Pain Type	Medication	Dosage Range
	Acute and sub-acute low back pain or flare-up of chronic low back/spinal pain	1st line	Acetaminophen
2nd line NSAIDs (consider PPIs if >45 years of age)		Ibuprofen	Up to 800 mg TID (max of 800 mg QID)
		Diclofenac	Up to 50 mg BID
Add: Cyclobenzaprine for prominent muscle spasm			10 to 30 mg/day; Greatest benefit seen within one week; therapy up to 2 weeks may be justified
If already on a controlled release opioid: add a short-acting opioid or increase controlled release opioid by 20 to 25%			See opioids below

L'utilisation de narcotiques à dose minimale efficace et pour une courte période peut être considérée si la douleur est sévère et ne répond pas aux 2 premières lignes. (nouvelle recommandation)

# Prise en charge

## *Lombalgie chronique*

**Chronic**  
(more than 12 weeks since pain onset)

- Educate patient with a clear diagnosis, advice to stay active, and discussion of hurt vs. harm and activity pacing
- Prescribe exercise or therapeutic exercise
- Analgesics Options
  - Acetaminophen
  - NSAIDs (consider PPI)
  - Short-term cyclobenzaprine if prominent muscle spasm
  - Low-dose analgesic antidepressantsSee medication table in the complete guideline for recommendations if neuropathic pain suspected
- Referral Options
  - Community-based active rehabilitation program
  - Community-based self-management/cognitive behavioural therapy program
- Additional Options
  - Progressive relaxation or EMG biofeedback
  - Acupuncture, as a short-term or adjunct therapy
  - Massage, as an adjunct therapy
  - Yoga and aqua therapy

**Moderate to Severe Pain**

- Tramadol, opioids for carefully selected patients with documented functional goals to monitor for improvement (refer to Canadian National Opioid Guideline endorsed by the College of Physicians and Surgeons of Alberta - see p. 2)
- Referral Options
  - Multidisciplinary chronic pain program
  - Injection therapies in carefully selected patients
  - Surgery in carefully selected patients

### Interventions recommandées:

- Éducation
- Exercices physiques, aquaforme
- Yoga: Viniyoga et Iyengar
- Programmes d'auto-gestion
- Tx adjuvants: massage, acupuncture
- Programmes CBT, biofeedback, multidisciplinaires

# Prise en charge

## Lombalgie chronique

Chronic low back/spinal pain	TRICYCLICS AND OPIOIDS	1st and 2nd lines	See acute pain, above	
		3rd line Tricyclics (TCAs)	Amitriptyline Nortriptyline* *fewer adverse effects	10 to 100 mg HS
		3rd line Weak Opioids	Codeine	30 to 60 mg every 3 to 4 hours
			Controlled release codeine	50 to 100 mg Q8h, may also be given Q12h
		4th line Tramadol**		Slow titration max 400mg/day. Note: Monitor total daily acetaminophen dose when using tramadol - acetaminophen combination
		5th line Strong Opioids** (controlled release)	Morphine sulfate	15 to 100 mg BID
			Hydromorphone HCl	3 to 24 mg BID
Oxycodone HCl	10 to 40 mg BID -TID			
Fentanyl patch	25 to 50 mcg/hr Q3 days			

\*\*for carefully selected patients with documented functional goals to monitor for improvement

Options alternatives pour les épisodes d'exacerbation aiguë de la lombalgie chronique, recommandées par Santé Canada:

- *Harpagophytum procumbens* (griffe du diable)
- *Salix daphnoides* et *Salix purpurea* (extraits de bouleau)
- *Capsicum frutescens*



# Prise en charge

## *Lombalgie chronique*

### ➤ **Évidences insuffisantes:**

- Blocs diagnostiques (ASI, facettaires)
- Blocs thérapeutiques et dénervation
- Épidurales stéroïdées
- TENS, ultrasons, prolothérapie, manipulations spinales
- Opioides à long terme
- Cannabis
- Duloxetine, buprénorphine, tapentadol, AINS topiques
- Thérapie pleine conscience
- Points gachettes
- ...



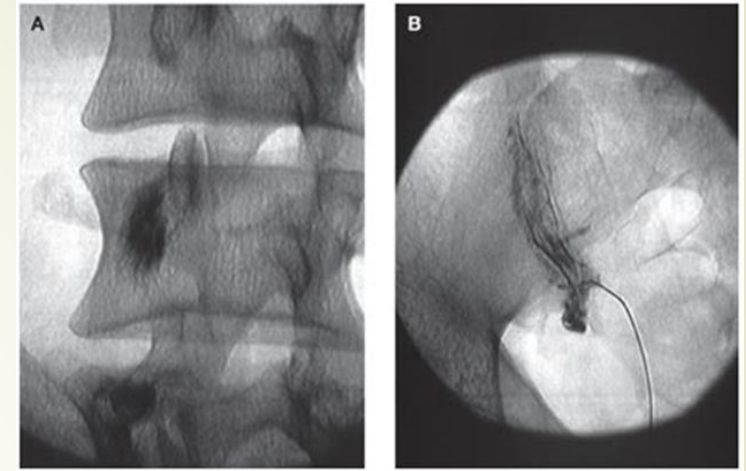
# Infiltrations cortisonées

- L'**épidurale** est la technique **la plus pratiquée** dans les centre anti-douleur.
- Elle est aussi la technique **la plus étudiée**.
- Elle continue de susciter la **controverse** quant à:
  - Indications
  - Efficacité
  - Sécurité
  - Choix des agents
- Idéalement, l'épidurale diminue la **douleur**, améliore la **fonction**, diminue la **chronicisation** et donc, améliore la **productivité**.
- Paradoxalement, l'**hétérogénéité** des devis d'études ne permet jusqu'à ce jour aucune recommandation claire.



# Infiltrations

- ▶ **Le succès dépend de la sélection des patients:**
  - ▶ Atteinte fonctionnelle importante
  - ▶ Douleur sévère nécessitant l'utilisation d'opioïdes
  - ▶ Dysfonction psychosociale
  - ▶ Atteinte radiculaire > atteinte axiale
  - ▶ L'indication doit être établie par un spécialiste
- ▶ **Le succès dépend du choix de la technique:**
  - ▶ Blocs ou dénervation de la branche médiane vs blocs facettaires
  - ▶ Blocs ou dénervation des ASI
  - ▶ Épidurales: interlaminaire, transforaminale, caudale





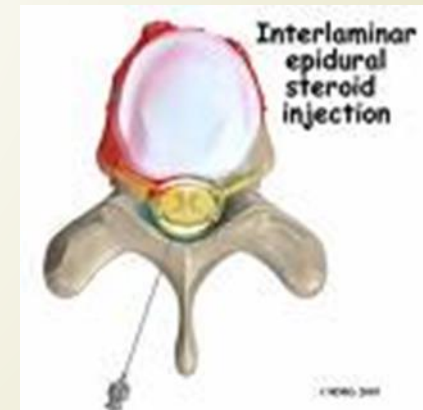
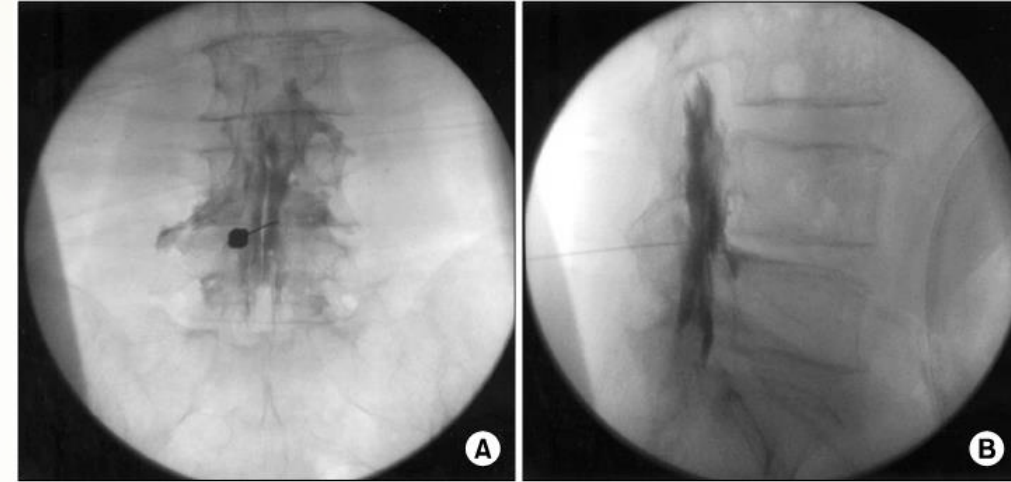
# Épidurales cortisonées *en présence de radiculopathie*

- ▶ Recommandation incertaine en subaigu
- ▶ Possiblement bénéfique si douleur de plus de 6 semaines
  - ▶ Bénéfice à court terme sur la douleur: transforaminale > caudale > interlaminaire
- ▶ Absence de recommandation en chronique
  - ▶ Possible amélioration de la sciatalgie > 12 semaines

# Épidurales cortisonées

## *Choix de la technique*

- ▶ **Épidurale interlaminaire:**
  - ▶ si pathologie bilatérale et/ou multi-étagée
  - ▶ Évidence forte pour le soulagement à court terme de la radiculopathie discogénique, incertaine à long terme.



# Épidurales cortisonées

## *Choix de la technique*

### ▶ **Épidurale transforaminale:**

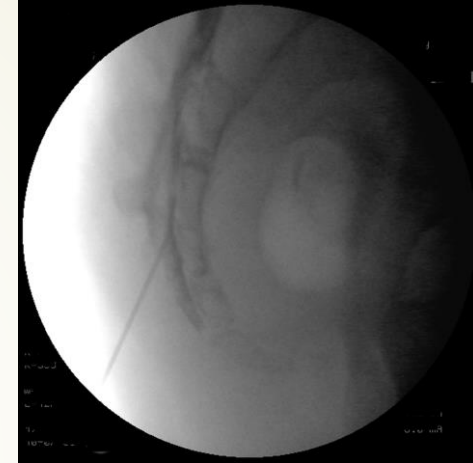
- ▶ Technique de choix pour la douleur non axiale
- ▶ Évidence forte pour le soulagement à court terme de la radiculopathie; modérée à long terme
- ▶ Évidence modérée dans le syndrome radiculaire post-laminectomie.



# Épidurales cortisonées

## *Choix de la technique*

- ▶ **Épidurale caudale:**
  - ▶ Technique de choix pour la douleur discogénique basse, la radiculopathie bilatérale 2<sup>nd</sup> à la sténose spinale, la radiculopathie post-laminectomie.
  - ▶ Évidence forte pour le soulagement à court et long terme de la douleur radiculaire discogénique.
  - ▶ Évidence forte pour le soulagement à court terme, modérée à long terme, du syndrome post-laminectomie
  - ▶ Plus faible taux de complications

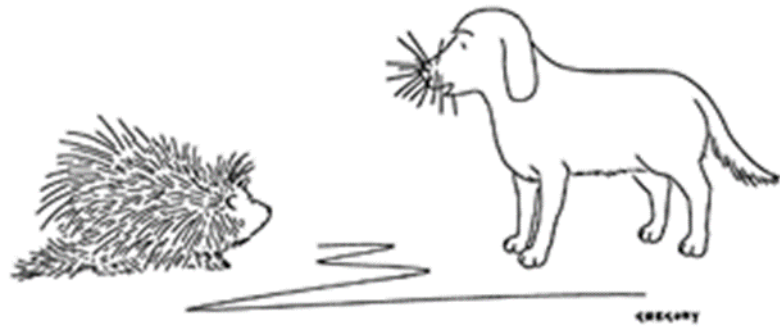




# Conclusions

- ▶ 90%: étiologie non spécifique
- ▶ Prévention primaire: **éducation** et promotion de **l'activité physique**
- ▶ En première ligne: **réassurance** avant tout, favoriser la **mobilisation**, identifier les facteurs de risque de chronicisation.
- ▶ 5% = potentiel de gonfler nos listes d'attente.
- ▶ Lignes directrices canadiennes révisées en 2015 sont claires quant à la prise en charge initiale et aux indications de référence.
- ▶ Soins spécialisés, infiltrations: peu ou pas d'évidences.
- ▶ Présentement: remise en question des infiltrations cortisonées
- ▶ De plus en plus d'options alternatives
- ▶ Choix du traitement en fonction du **patient** et de ses **attentes**

© Cartoonbank.com



*"On the plus side, you've cured my back pain."*

Un merci tout spécial à Dre Audrey Monastesse