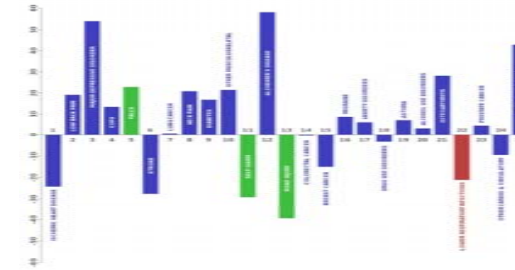


Dr Stéphane Genevay  
Consultation multidisciplinaire du dos  
Service de Rhumatologie

## Lombalgies SMPR mai 2014

## La lombalgie c'est

- ▶ Plus gros pourvoyeur d'année vécue avec un handicap
- ▶ 10% des patients les + chronique = 70% des coûts.
- ▶ En Suisse : 4 milliards / an



Suisse 2010 : Classement des pathologies en fonction de :

▶ **Années de vie ajustées au handicap** = années de vie perdue + handicapées)

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

## Les problèmes

- ▶ Mauvais « triage »
  - ▶ Des syndromes avec des épidémiologies / traitements différentes
  - ▶ Qui va devenir chronique ?
  - ▶ Le nez du clinicien n'est pas suffisant !
- ▶ Difficulté du parcours patient
  - ▶ A qui référer ?
  - ▶ Quand ?
  - ▶ Pourquoi ?
- ▶ Difficulté de gestion de l'AT :
  - ▶ Ni trop ni trop peu
  - ▶ Quand débiter ?
  - ▶ Comment arrêter ?

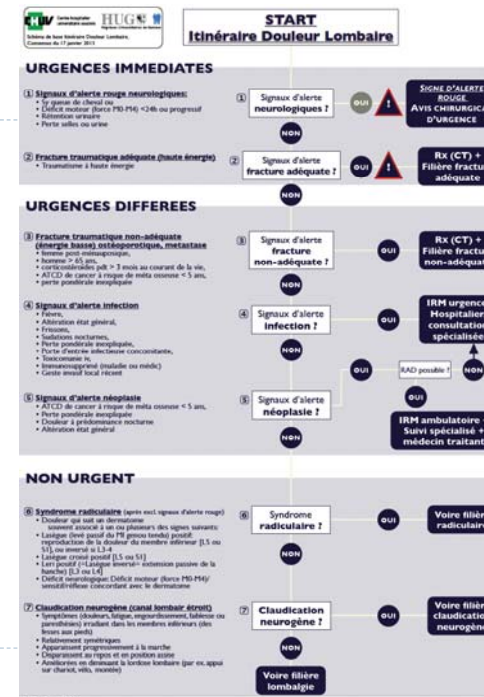
## Une esquisse de solution

**Les Filières lombalgies :**  
Interaction généraliste-spécialiste  
le patient au centre

# Vignette clinique

Une femme de 35 ans se présente à votre consultation avec des douleurs dans le bas du dos depuis 6 jours.

► Qu'elle est la 1<sup>ère</sup> étape de votre démarche clinique ?



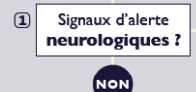
# Signaux d'alertes



## START Itinéraire Douleur Lombaire

### URGENCES IMMEDIATES

- 1 Signaux d'alerte rouge neurologiques:**
- Sy queue de cheval ou
  - Déficit moteur (force M0-M4) <24h ou progressif
  - Rétention urinaire
  - Perte selles ou urine



**SIGNE D'ALERTE ROUGE. AVIS CHIRURGICAL D'URGENCE**

- 2 Fracture traumatique adéquate (haute énergie)**
- Traumatisme à haute énergie



**RX (CT) + Filière fracture adéquate**

# Signaux d'alertes

### URGENCES DIFFEREEES

- 3 Fracture traumatique non-adéquate (énergie basse) ostéoporotique, métastase**
- femme post-ménopausique,
  - homme > 65 ans,
  - corticostéroïdes pdt > 3 mois au courant de la vie,
  - ATCD de cancer à risque de méta osseuse < 5 ans,
  - perte pondérale inexplicable



**RX (CT) + Filière fracture non-adéquate**

- 4 Signaux d'alerte infection**
- Fièvre,
  - Altération état général,
  - Frissons,
  - Sudations nocturnes,
  - Perte pondérale inexplicable,
  - Porte d'entrée infectieuse concomitante,
  - Toxicomanie iv,
  - Immunosupprimé (maladie ou médic)
  - Geste invasif local récent



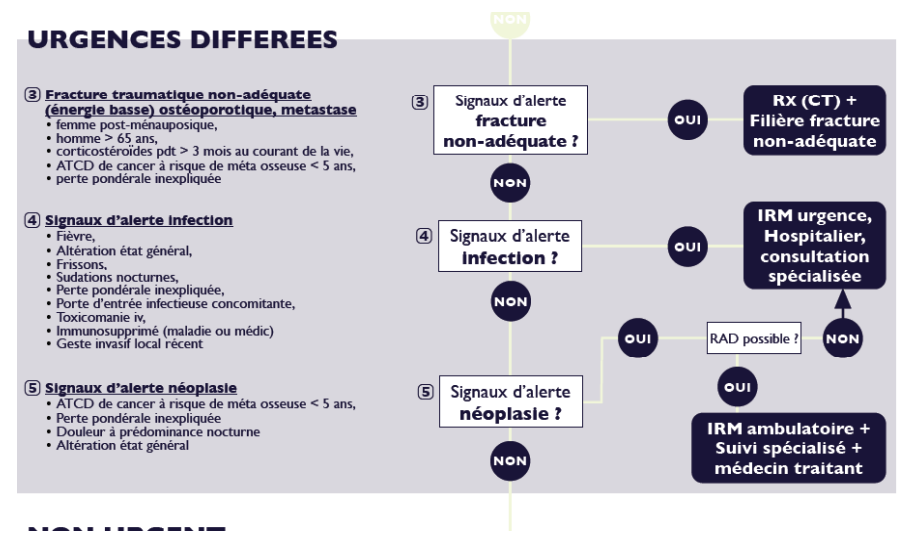
**IRM urgence, Hospitalier, consultation spécialisée**

- 5 Signaux d'alerte néoplasie**
- ATCD de cancer à risque de méta osseuse < 5 ans,
  - Perte pondérale inexplicable
  - Douleur à prédominance nocturne
  - Altération état général



**IRM ambulatoire + Suivi spécialisé + médecin traitant**

### NON URGENT



## Vignette clinique

### La douleur irradie dans le membre inférieur droit

- ▶ Quel diagnostic différentiel principal cela ouvre-t-il ?
- ▶ Comment confirmez-vous / infirmez-vous cette suspicion ?
- ▶ Et si la douleur était bilatérale et relativement symétrique ?

## Lomboradiculopathie

- ▶ Environ 30% des lombalgies avec irradiation
- ▶ En général lié à une hernie discale

### **Définition radiculopathie:**

- Douleur qui suit un dermatome, souvent associé à un ou plusieurs des signes suivants:
- Lasègue (levé passif du MI genou tendu) positif: reproduction de la douleur du membre inférieur [L5 ou S1], ou inversé si L3-4
- Lasègue croisé positif [L5 ou S1]
- Leri positif (=Lasègue inversé=extension passive de la hanche) [L3 ou L4]
- Déficit neurologique: Déficit moteur (force M0-M4)/ sensitif/réflexe concordant avec le dermatome

## Claudication neurogène

Secondaire à un CLE

→ Plutôt après 60 ans

Chez + jeune

= constitutionnel

### **Définition claudication intermittente neurogène:**

Au niveau des fesses ou MIs

- douleurs, fatigue, crampes, ou paresthésies
- Relativement symétriques
- Apparaissent progressivement à la marche
- Disparaissent au repos et en position assise
- Améliorées en diminuant la lordose lombaire (par ex. appui sur chariot, vélo, montée)

### NON URGENT

#### ⑥ Syndrome radiculaire (après excl. signaux d'alerte rouge)

- Douleur qui suit un dermatome souvent associé à un ou plusieurs des signes suivants:
- Lasègue (levé passif du MI genou tendu) positif: reproduction de la douleur du membre inférieur [L5 ou S1], ou inversé si L3-4
- Lasègue croisé positif [L5 ou S1]
- Leri positif (=Lasègue inversé= extension passive de la hanche) [L3 ou L4]
- Déficit neurologiques: Déficit moteur (force M0-M4)/ sensitif/réflexe concordant avec le dermatome

⑥ Syndrome radiculaire ?

OUI

Voire filière radiculaire

NON

#### ⑦ Claudication neurogène (canal lombair étroit)

- Symptômes (douleurs, fatigue, engourdissement, faiblesse ou paresthésies) irradiant dans les membres inférieurs (des fesses aux pieds)
- Relativement symétriques
- Apparaissent progressivement à la marche
- Disparaissent au repos et en position assise
- Améliorées en diminuant la lordose lombaire (par ex. appui sur chariot, vélo, montée)

⑦ Claudication neurogène ?

OUI

Voire filière claudication neurogène

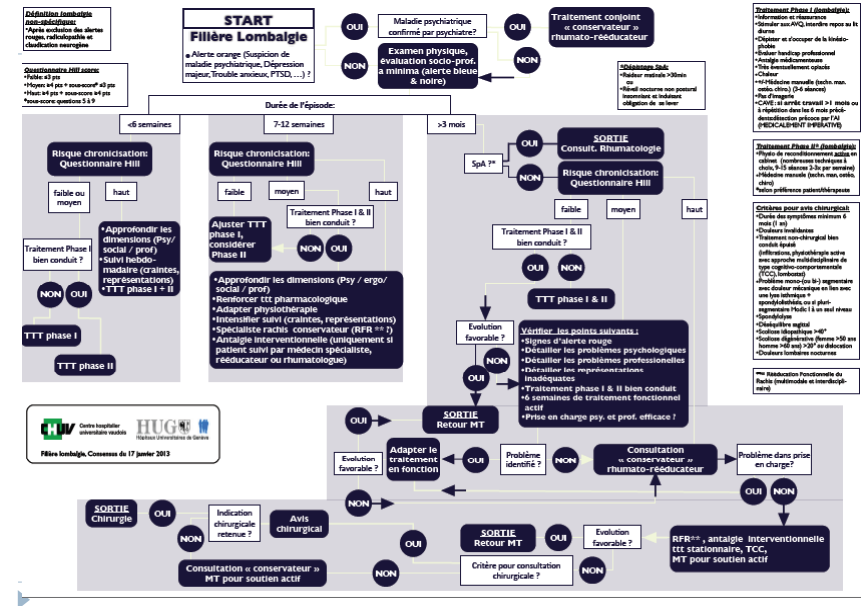
NON

Voire filière lombalgie

## Suite de la vignette

### Vous concluez donc à une lombalgie communes

► Quel est la suite de votre démarche ?



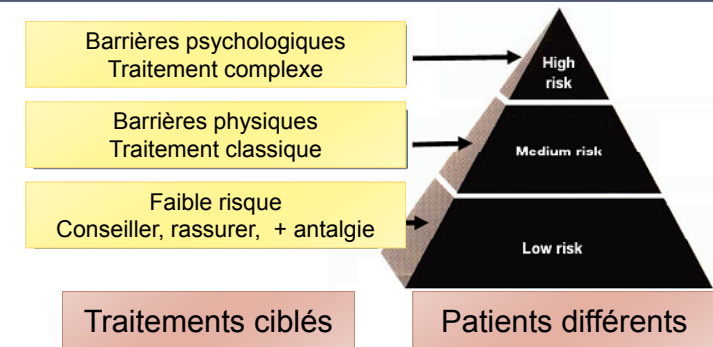
## Drapeau orange-jaune-bleu-noir

### Résumé des Alertes Rouges, Jaunes, Bleues, Noires.

Résumé des Alertes Rouges, Jaunes, Bleues, Noires.	
	<b>Alertes Jaunes (personne)</b>
	- Pensées
	Catastrophisme
	Fausse croyances sur l'état, la douleur, la nocivité
	Attentes du futur négatives
	- Sentiments
	Inquiétude, détresse, anxiété, dépression
	Peur du mouvement
	Incertitudes sur le futur
	- Comportement
	Description de symptômes extrêmes
	Stratégies de coping passives
	Inefficacité répétée des traitements
<b>Alertes Bleues (travail)</b>	<b>Alertes Noires (contexte)</b>
Charge physique de travail élevé	Incompréhension entre les divers acteurs (patient, employeur, médecin)
Incapacité de modifier le travail	Compensation financière
Stress au travail	Croyances de l'entourage
Manque de support social	Isolément social
Insatisfaction au travail	Politique de l'entreprise inadaptée
Faible espoir de retour au travail	Retard dans les processus
Crainte d'une nouvelle blessure	

## Approche simplifiée Trier pour mieux traiter !

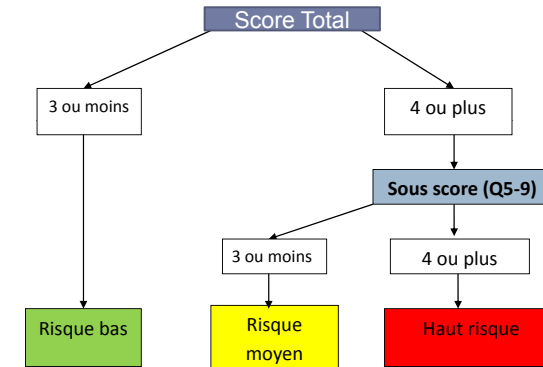
### Stratification des patients lombalgiques et traitements ciblés en santé primaire



## STarT Back screening tool

Au cours des 2 dernières semaines :					Pas d'accord	D'accord
1	A un moment donné au cours des deux dernières semaines, mon mal de dos s'est <b>propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s)</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A un moment donné, au cours des deux dernières semaines, j'ai eu mal à l' <b>épaule</b> ou au <b>cou</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je n'ai <b>parcouru à pied que de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me suis <b>habillé(e) plus lentement</b> que d'habitude à cause de mon mal de dos.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est <b>pas vraiment prudent</b> , pour une personne dans un état comme le mien, d'être actif sur le plan physique.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	J'ai souvent été <b>préoccupé(e)</b> par mon mal de dos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je considère que <b>mon mal de dos est épouvantable</b> et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	De manière générale je n'ai <b>pas apprécié toutes les choses</b> comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il <b>gêné</b> pendant ces <b>2 dernières semaines</b> ?					
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Enormément	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## STarT Back screening tool



## STarT Back screening tool

Au cours des 2 dernières semaines :					Pas d'accord	D'accord
1	A un moment donné au cours des deux dernières semaines, mon mal de dos s'est <b>propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s)</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A un moment donné, au cours des deux dernières semaines, j'ai eu <b>mal</b> à l' <b>épaule</b> ou au <b>cou</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Je n'ai <b>parcouru à pied que de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	je me suis <b>habillé(e) plus lentement</b> que d'habitude à cause de mon mal de dos.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est <b>pas vraiment prudent</b> , pour une personne dans un état comme le mien, d'être actif sur le plan physique.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	J'ai souvent été <b>préoccupé(e)</b> par mon mal de dos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je considère que <b>mon mal de dos est épouvantable</b> et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	De manière générale je n'ai <b>pas apprécié toutes les choses</b> comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il <b>gêné</b> pendant ces <b>2 dernières semaines</b> ?					
	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Enormément	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Traitement

- ▶ Quel est votre plan de traitement ?
  - ▶ Risque faible ?
  - ▶ Risque intermédiaire ?
  - ▶ Risque élevé ?

## RISQUE FAIBLE

- ▶ INFORMER ET RASSURER
- ▶ ADAPTER L'ANTALGIE
- ▶ INTERDIRE LE REPOS AU LIT DIURNE
- ▶ ENCOURRAGER LA MOBILISATION
- ▶ THERMOTHERAPIE
- ▶ PAS D'IMAGERIE

Eventuellement :

- 3-6 séances de médecines manuelles

Si échec :

- Physiothérapie active

## RISQUE MODERE

- INFORMER ET RASSURER
- ADAPTER L'ANTALGIE
- INTERDIRE LE REPOS AU LIT DIURNE
- ENCOURRAGER LA MOBILISATION
- THERMOTHERAPIE
- PAS D'IMAGERIE

**Et à choix :**

- ▶ Médecine manuelle
- ▶ Physiothérapie active

**Suivi à « distance »**



## RISQUE IMPORTANT

- APPROFONDIR LES REPRESENTATIONS ET LES DIMENSIONS PSYCHOSOCIALES, PROFESSIONNELLES,

- INFORMER ET RASSURER
- ADAPTER L'ANTALGIE
- INTERDIRE LE REPOS AU LIT DIURNE
- ENCOURRAGER LA MOBILISATION
- THERMOTHERAPIE

- PAS D'IMAGERIE ...

Physiothérapie active (thérapeute de confiance...)

Médecine manuelle

- SUIVI TRES REGULIER



## Vignette clinique

**Patiente avait un risque modéré. Vous l'avez revue à 2 reprise, l'évolution paraissait plutôt favorable. Cependant, après 12 semaines, dont 6 de physiothérapie, la douleur est toujours à 5/10 et le handicap fonctionnel dans certaines activités est toujours très important.**

Quel est votre démarche à ce point ?

S'il y a un AT à quoi devez-vous penser en plus ?

Quelles sont les options thérapeutiques à disposition ?



## Subaigu - chronique



- ▶ Y a-t-il une douleur à caractère inflammatoire ?
  - ▶ Réveil 2<sup>nd</sup>e partie de nuit, raideur
- ▶ L'antalgie a-t-elle été bien adaptée ?
- ▶ Qu'est-ce qui est fait réellement en physiothérapie ?
- ▶ Fait-elle des exercices à domicile ?
- Est-ce bien une lombalgie ?
  - ▶ Refaire un examen clinique
    - ▶ Hanche, sacro-iliaque, pygalgie, ...



## Subaigu - chronique



- ▶ Anamnèse clinique très détaillée
  - ▶ Revue des situations à problèmes
  - ▶ Recherche des conduites d'évitements / maladaptation
  - ▶ Exploration des ressources internes / externes à disposition
  - ▶ Rechercher les représentations délétères
  - ▶ Revue de TOUS les traitements
- ▶ Situation sociale
  - ▶ Quels sont les tâches importantes qui sont limitées
  - ▶ Y a-t-il des conduites d'évitements / kinésiophobie
  - ▶ Type de gestion (trop/ trop peu)
  - ▶ Relation/adaptation avec conjoint



## Subaigu - chronique



- ▶ Situation psychique
  - ▶ Anxiété « focale » → généralisée
  - ▶ Thymie altérée → dépression franche
  - ▶ Catastrophisme
  - ▶ Ressources à disposition (interne/ externe)
  - ▶ Locus interne / externe
  - ▶ Stratégies de coping
  - ▶ Image de soi
- ▶ Situation professionnelle
  - ▶ Requis professionnel physique et psychique
  - ▶ Relation avec l'employeur / supérieur



## Subaigu - chronique



- ▶ Discuter une imagerie ... en préparant le terrain
  - ▶ Population normale = nombreuses images « pathologiques »
  - ▶ But éliminer d'autres causes « spécifiques »  
Et explorer des situations dites « limites ».



## Situation anatomo-clinique « limite »

- ❖ Modic I
- ❖ Spondylolyse / listhésis
- ❖ Déséquilibre sagittal
- ❖ Scoliose dégénérative
- ❖ Syndrome facettaire

## Vignette clinique

**Patiente avait un risque modéré. Vous l'avez revue à 2 reprise, l'évolution paraissait plutôt favorable. Cependant, après 12 semaines, dont 6 de physiothérapie, la douleur est toujours à 5/10 et le handicap fonctionnel dans certaines activités est toujours très important.**

Quel est votre démarche à ce point ?

**S' il y a un AT à quoi devez-vous penser en plus ?**

Quelles sont les options thérapeutiques à disposition ?

## Subaigu - chronique



### En cas d'arrêt :

- ▶ Déclaration détection précoce
- ▶ Marge d'adaptabilité pour un retour adapté
- ▶ Relation avec l'AI
- ▶ Conflit asséculoologique

## Vignette clinique

**Patiente avait un risque modéré. Vous l'avez revue à 2 reprise, l'évolution paraissait plutôt favorable. Cependant, après 12 semaines, dont 6 de physiothérapie, la douleur est toujours à 5/10 et le handicap fonctionnel dans certaines activités est toujours très important.**

Quel est votre démarche à ce point ?

Si il y a un AT à quoi devez-vous penser en plus ?

Quelles sont les options thérapeutiques à disposition ?



## Traitements à disposition

- Renforcer ttt pharmacologique
- Adapter physiothérapie
- Intensifier suivi (craintes, représentations)
- Spécialiste rachis conservateur (RFR \*\* ?)
- Antalgie interventionnelle (uniquement si patient suivi par médecin spécialiste, rééducateur ou rhumatologue)

## Programmes de traitement multidisciplinaire HUG

### ▶ Intensif en groupe (4 sem / 100h) = PRODIGE

- ▶ En arrêt
- ▶ Avec une capacité de reprise
- ▶ Motivé

Steinert et al SMW 2012

### ▶ Individualisé (2-5h/sem ; 2-4 mois) = ProMIDos

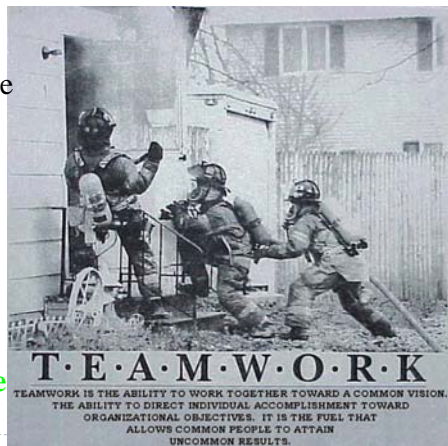
- ▶ Echec de traitement conventionnel
- ▶ En activité professionnel

PROgramme Dos des Institutions  
**PRODIGE**  
Universitaires GENEVOISES

Ergothérapeute  
Physiothérapeute

Psychiatre  
Psychologue

Rhumatologues  
Rééducateurs  
Pharmacologue



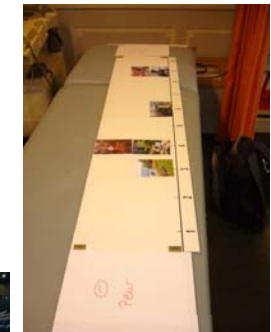
Enseignement  
thérapeutique

Intégration  
professionnelle

Détermination d'un objectif fonctionnel :  
Echelle prodigieuse



**3 Déterminants :**  
Importance  
Peur / crainte  
Difficultés



Kupper, en soumission

## Y a-t-il une place pour la chirurgie ?

---



## Y a-t-il une place pour la chirurgie ?

---

- ✓ Minimum 6-12 mois de symptômes
- ✓ Douleurs invalidantes
- ✓ Traitement non-chirurgical épuisé  
Physio, infiltration, multi, TCC, lombostat
- ✓ Radiologiquement problème mono/bi segmentaire :
  - ▶ Lyse, lysthesis, modic I
  
- ▶ Scoliose
  - ▶ idiopathique > 40°, dégénérative > 20° ou dislocation



## En résumé

---

- ▶ Identifier le syndrome.
- ▶ Stratifier immédiatement selon le risque de chronicité.
- ▶ Adapter le traitement au risque.
- ▶ Lorsque cela dure et qu'il y a un handicap fonctionnel accroître le cercle des compétences.
- ▶ N'attendez pas trop !

