

# Lombalgies et lombosciatalgies non déficitaires – Quelle est la place de l'activité physique dans la prise en charge?



Sandrine de Ribaupierre, Luca Regli

Service de neurochirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

## Quintessence

- La majorité de la population est touchée, un jour ou l'autre, par des lombalgies ou lombosciatalgies dont l'étiologie peut être variée, mais implique souvent une maladie du disque. Ces douleurs sont classifiables selon leur durée en douleurs «aiguës», «subaiguës» et «chroniques».
- Au cours du temps, les dogmes de repos et de lit strict ont été progressivement remplacés par une attitude moins restrictive, amenant le patient à continuer, dans la mesure du possible, ses activités. Effectivement, la préservation d'une activité physique, qu'elle soit professionnelle ou ludique, permet de diminuer les risques de chronicisation.
- L'arrêt de travail prolongé est souvent corrélé à une évolution défavorable. Après un arrêt maladie de 6 mois, 50% des patients reprendront leur activité professionnelle, et ce chiffre tombe à 25% après une année d'interruption.
- Les exercices spécifiques, de type physiothérapie, restent controversés dans la phase aiguë, par contre, dans les lombalgies et lombosciatalgies subaiguës et chroniques, ils se sont révélés efficaces.
- Un traitement conservateur bien conduit peut permettre au patient de préserver ses activités quotidiennes, en évitant également une intervention chirurgicale. L'évolution à long terme (plus d'un an) est la même chez les patients ayant bénéficié ou non d'une intervention chirurgicale.
- Certains signes d'appels (parésie importante ou progressive, syndrome de la queue de cheval, douleurs nocturnes, antécédents oncologiques, perte pondérale, infection concomitante, etc.) ne peuvent pas être banalisées, et nécessitent des investigations radiologiques rapidement ainsi qu'une consultation dans un centre spécialisé.

## Summary

### Non-specific low back pain and sciatica – what role for physical activity in treatment?

- *The majority of the population suffers at some time from low back pain or sciatica whose aetiology may vary but often involves a discopathy. Depending on its duration, such pain is classifiable as "acute", "subacute" or "chronic".*
- *In the course of time the dogmas of sick leave and strict bed rest have been gradually replaced by a less restrictive attitude encouraging the patient to remain active to the greatest extent possible. And indeed the preservation of physical activity, whether professional or recreational, lessens the risk of chronicisation.*
- *Prolonged absence from work is often correlated with an unfavourable evolution. After six months' sick leave 50% of patients go back to work, while after a year's leave the figure falls to 25%.*

## Introduction

Fléau moderne invalidant jusqu'à 80% de la population au moins une fois dans sa vie, les lombalgies et lombosciatalgies ont plusieurs étiologies possibles (tab. 1 [↩](#)). Même si les lombosciatalgies évoquent pour la plupart des médecins tout d'abord une hernie discale, il ne faut pas oublier que d'autres pathologies peuvent également provoquer ces symptômes. Certains signes d'appel doivent faire suspecter un problème plus grave à potentiel évolutif et nécessitent des investigations supplémentaires.

Si les lombalgies surviennent après un traumatisme sévère, dans un contexte fébrile, réveillent le patient la nuit, sont associées à une perte pon-

Tableau 1. Etiologie (non-exhaustive) des LLS.

<i>Dégénérative</i>
Hernie discale
Sténose foraminale
Kyste synovial
<i>Tumorale</i>
Primaire intradurale
Métastase (épidurale, vertébrale, rétropéritonéale)
<i>Infectieuse</i>
Spondylodiscite
Abcès épidural
Infection urinaire
Herpès zoster
<i>Traumatique</i>
<i>Vasculaire spinale</i>
MAV (malformation artérioveineuse)
FAV (fistule artérioveineuse)
<i>Congénitale</i>
<i>Divers</i>
Lésion intra-abdominale ou pelvienne (anévrisme aortique, ulcère, pancréatite, endométriose, kyste ovarien)
Orthopédique (coxarthrose, gonarthrose)
Maladie métabolique (neuropathie diabétique)
Maladie rhumatologique
Syndrome pyramidal

- *Specific exercise of the physiotherapy type remains controverted in the acute phase, but has proved effective in subacute and chronic low back pain and sciatica.*
- *Appropriate conservative treatment may enable the patient to preserve his daily activities while also avoiding surgical intervention. The long-term evolution (over one year) is the same whether patients have undergone surgery or not.*
- *Certain warning signs (major or progressive paraesthesia, cauda equina syndrome, nocturnal pain, history of malignancy, weight loss, concomitant infection etc.) must not be trivialised and require early radiological investigation and reference to a specialised centre.*

dérale, ou à une anamnèse oncologique positive, elles posent alors l'indication à des investigations radiologiques immédiates. Les douleurs ne disparaissant pas dans les quatre à six semaines doivent également être investiguées radiologiquement, puisque plus de 90% des lombalgies bénignes s'amendent dans ce laps de temps (tab. 2 ↩). Dans le cadre de lombosciatalgies accompagnées d'un déficit neurologique sévère ou progressif, les investigations radiologiques sont également indispensables, et doivent être suivies par une consultation en neurochirurgie (tab. 3 ↩).

Ceci n'est qu'un bref rappel, puisque nous ne nous intéresserons ici qu'aux lombalgies et lombosciatalgies, simples et non déficitaires.

Beaucoup d'articles ont été publiés sur les traitements des hernies discales, notamment concernant les diverses techniques chirurgicales. Il n'y a cependant que peu de recommandations dans la littérature récente sur la prise en charge conservatrice, plus particulièrement sur le rôle du repos et de l'activité physique.

**Tableau 2. Signes d'appels évoquant une autre cause qu'une pathologie bénigne.**

<20 ans, >50 ans
Anamnèse oncologique positive
Perte pondérale importante inexpiquée
Traumatisme
Corticothérapie de longue durée
Symptômes systémiques (fièvre, infection concomitante, diarrhée)
Douleurs nocturnes
Progression des douleurs malgré un traitement en quatre à six semaines
Troubles neurologiques

**Tableau 3. Indications chirurgicales.**

Absolues – urgentes
Atteinte sphinctérienne
Parésie importante (<M3) d'apparition récente (<48 h)
Parésie rapidement progressive
Relatives – électives
Soulager plus rapidement le patient dont l'évolution est inacceptablement lente

Dans cet article, nous allons aborder brièvement les divers traitements réalisables, mais allons surtout nous focaliser sur la place de l'activité physique dans le traitement des lombalgies et lombosciatalgies non déficitaires (abrégées LLS plus bas dans le texte).

Le terme «activité physique» n'est pas restrictif, et peut regrouper beaucoup d'activités différentes. Effectivement, les activités quotidiennes du sujet, ses activités professionnelles, ses activités ludiques (sport, bricolage, jardinage), ainsi que les exercices spécialisés (physiothérapie) sont très hétérogènes. On abordera donc toute activité physique, privée ou professionnelle, sportive ou ludique, qui permet au sujet de ne pas rester sédentaire en se basant sur les recommandations de la société française de rhumatologie (Paris Task Force) [1], ainsi que sur les évidences des Cochrane Reviews [2, 3] et de quelques articles récents.

## Rappel pathophysiologique

Le disque intervertébral est un tissu biologiquement actif, qui possède un mécanisme d'autoréparation, et qui est innervé en périphérie. Il est essentiellement alimenté par diffusion puisqu'il possède une vascularisation réduite. Il est intéressant de noter que les disques dégénérés possèdent une vascularisation et une innervation plus importante que les disques sains.

La dégénérescence discale est un phénomène naturel, qui est variable en intensité et dans le temps selon les individus, mais qui arrive inévitablement chez tout le monde. Dans une étude d'autopsie, 90% des disques étaient dégénérés chez les sujets de plus de 50 ans; alors qu'une étude radiologique démontrait des signaux IRM compatibles avec une dégénérescence discale chez 60% des sujets volontaires masculins.

Le disque est divisé en plusieurs parties: le noyau pulpeux, central, entouré par l'anneau fibreux. Les hernies discales sont expliquées par une herniation du noyau pulpeux à travers un défaut de l'anneau fibreux. Plusieurs degrés d'herniation sont différenciables comme décrit ci-dessous. On parle de protrusion discale lorsque l'anneau fibreux est relâché, sans qu'il n'y ait véritablement herniation du noyau pulpeux. On ne parle véritablement de hernie discale que lorsqu'un fragment discal, matériel plus ou moins fibreux originaire du noyau pulpeux se trouve dans le canal rachidien, ayant traversé l'anneau fibreux. S'il reste en contact avec le disque, il s'agit d'une hernie non séquestrée; alors qu'un séquestre est une fraction de noyau pulpeux s'étant complètement détachée du reste du disque après avoir franchi l'anneau fibreux.

Les cinq niveaux lombaires ne sont pas atteints à la même fréquence, probablement du fait de différents types et degrés de stress subis par ces niveaux: 3-10% des patients ont une hernie

L<sup>3</sup>-L<sup>4</sup>, 40-45% souffrent au niveau L<sup>4</sup>-L<sup>5</sup> et 45-50% des sujets présentent un problème au niveau L<sup>5</sup>-S<sup>1</sup> [4].

Il est probable que plusieurs mécanismes pathophysiologiques entrent en compte pour générer des lombosciatalgies. Il s'agit de facteurs locaux, mécaniques, ainsi que systémiques avec libération de substances inflammatoires. La compression mécanique de la racine (racine postérieure sensitive ou ganglion) produit une irritation locale, alors que les lésions au sein du disque ont à la fois un effet nociceptif direct, et génèrent des médiateurs inflammatoires. De plus, dans les LLS subaiguës à chroniques, deux types de douleurs peuvent être présentes: une douleur nociceptive, et une douleur neuropathique [5]. Les douleurs nociceptives sont la résultante d'une stimulation d'un récepteur (nocicepteur), plus ou moins sensibilisé; alors que les douleurs neuropathiques sont la conséquence d'une lésion du système nerveux (central ou périphérique). Il est parfois difficile de distinguer les douleurs nociceptives de celles neuropathiques présentées par le patient.


### Classification des lombalgies et lombosciatalgies

Les LLS peuvent être caractérisées par leur localisation, leur intensité ou par les symptômes neurologiques les accompagnant.

Une façon pratique de subdiviser les patients considère la durée de la symptomatologie. Bien que toutes les études n'utilisent pas exactement les mêmes intervalles de temps, la plupart des auteurs s'entendent pour classer les LLS en trois catégories; aiguës, subaiguës et chroniques. Jusqu'à 4 semaines, les LLS sont considérées comme aiguës. De quatre à douze semaines, il s'agit de douleurs subaiguës, alors qu'au-delà de douze semaines, par définition il s'agit déjà d'une symptomatologie chronique [6, 7].


Cette classification «temporelle» permet de catégoriser les patients dans des groupes de recommandations pour une prise en charge plus homogène.

### Traitements

Les traitements des LLS ont évolué au cours du temps, non seulement au vu de nouvelles connaissances physiopathologiques et d'une meilleure compréhension de la biomécanique du dos, mais également avec la mise au point de médicaments plus puissants, ainsi que par de nouvelles techniques opératoires favorisées par le développement technologique. Notre but n'étant pas de faire une description détaillée de tous les traitements possibles, un bref aperçu des principaux types de traitements est exposé dans le tableau 4 .

Les lombosciatalgies déficitaires ne sont pas incluses dans ces recommandations, car elles nécessitent des investigations radiologiques et une évaluation de la part d'un neurochirurgien afin de décider si une intervention chirurgicale est nécessaire (tab. 2).

Ce qui a surtout évolué ces dernières années dans la prise en charge des LLS est la compréhension du rôle du repos et de l'activité physique, que celle-ci soit ludique, spécialisée ou professionnelle.

Les recommandations pour le repos et l'activité physique varient selon qu'il s'agisse de douleurs aiguës, subaiguës ou chroniques. Nous allons donc considérer chaque grande catégorie d'activité physique, et l'évaluer dans le contexte douloureux, selon la durée de la symptomatologie. On va ainsi essayer de définir la place de l'activité physique par rapport à celle d'un repos au lit, ainsi que le genre d'activité à entreprendre selon les circonstances (tab. 5 .

### Activité professionnelle

L'activité physique engendrée par l'activité professionnelle dépend évidemment de la profession exercée. Lorsqu'il s'agit d'un travail de force (nécessitant le port de charge de >10 kg), l'activité professionnelle doit être interrompue dans un premier temps pour une durée de deux à quatre semaines. Dans tous les autres cas de figure, le travail devrait être adapté. Par exemple, un travail de bureau, nécessitant une position assise ininterrompue, doit être adapté afin que le sujet puisse faire plusieurs pauses pendant lesquelles il peut alterner entre position debout et assise, et même éventuellement se coucher quelques instants.

Dans les *douleurs aiguës*, une adaptation du travail, ou une diminution transitoire peut être prescrite pendant quelques jours. Cependant, on met clairement en évidence une tendance à une chronicisation des douleurs chez les patients ayant eu des arrêts de travail de plus de quelques jours. Une reprise de travail, même lorsque celle-ci comprend le port de charges, est possible avant la disparition complète des douleurs si elle est faite progressivement.

Des chercheurs se sont intéressés aux conditions et à la reprise de travail lors de douleurs aiguës. Malgré la persistance des douleurs, le temps de position assise sans bouger peut être progressivement augmenté de 20 minutes à 50 minutes en quelques semaines [8]. Le port de charges, au moment de l'épisode aigu doit être limité à <10 kg, puis peut être augmenté progressivement à <30 kg chez les hommes et environ 15 kg pour les femmes dans les 3 mois, et ceci sans attendre une disparition complète des douleurs [8].

Dans une étude clinique sur 975 lombalgiques, en 1995, Indahl a étudié le pourcentage de patients à l'arrêt de travail sept mois après le début

**Tableau 4. Traitements.**

<i>Médicaments per os</i>	
Antalgiques	<p>1. Anti-inflammatoires non stéroïdiens: efficacité prouvée dans l'amélioration symptomatique immédiate des lombalgies aiguës [20]. Dans la phase aiguë, devraient être pris d'office quelques jours, plutôt que lorsque la douleur est présente, afin d'éviter des pics douloureux difficiles à vaincre. Dans la phase subaiguë ou chronique devraient être pris uniquement lors de douleurs.</p> <p>2. Opiacés: l'utilisation d'opiacés peut permettre de passer la phase aiguë des douleurs sans nécessité d'intervention chirurgicale, et d'améliorer la qualité de vie des patients [21].</p>
Myorelaxants	Peuvent être utiles dans la phase aiguë lors de contractions paravertébrales marquées, dans les douleurs non spécifiques lombaires, mais les effets indésirables étant fréquents, à réévaluer au cas par cas [22].
Corticostéroïdes	Pas d'évidence de leur utilité, les diverses études sont très controversées [23, 24].
<i>Antidépresseurs tricycliques</i>	
	Semblent avoir une action dans les douleurs chroniques, avec une amélioration de la qualité de vie des patients, bien que cela n'influe pas sur leurs capacités fonctionnelles (les activités quotidiennes effectuées n'en sont pas changées) [25-27].
Gabapentine, carbamazépine	Semblent avoir un effet stabilisateur de membrane et diminuent les douleurs neurogènes dans les sciatalgies aiguës et subaiguës [18, 20].
<i>Infiltrations</i>	
Epidurales	Lors de sciatalgies subaiguës ou chroniques, les injections épidurales peuvent avoir un effet bénéfique à court terme, mais restent controversées [28].
Péiradiculaires	En cas de lombosciatalgies non déficitaires résistant à un traitement conservateur, elles peuvent avoir un effet bénéfique [28].
Facettaires	Lors de douleurs lombaires, les infiltrations facettaires peuvent être à la fois diagnostiques (syndrome facettaire) et thérapeutiques.
Injection intradiscale	Ne semble pas présenter d'avantages [29, 30].
<i>Corsets</i>	
	L'immobilisation par corset n'a pas lieu d'être dans les hernies discales si elles ne sont pas associées à des douleurs mécaniques sur un listhésis, ou micro-instabilité [8].
<i>Interventions chirurgicales</i>	
Hémilaminectomies, microdissectomies, foraminotomies	75-80% des cas ont une excellente évolution après une cure de hernie discale, et les quelques études publiées ne montrent pas de différences significatives selon les techniques chirurgicales. Dans tous les cas, il existe un risque d'environ 5% de «failed back syndrome» avec une fibrose post-chirurgicale entraînant des sciatalgies augmentées, ou des douleurs lombaires importantes. En général, on considère que la chirurgie améliore l'évolution à court et moyen terme, cependant, elle n'influence pas le pronostic à long terme [20, 28, 29].
Fusion vertébrale	Dans les cas de hernies discales associées à un listhésis important avec une translation lors de mouvements, une fusion peut être indiquée pour éviter une augmentation des lombalgies après la chirurgie décompressive [30].
Prothèse discale	Lors de douleurs clairement discopathiques; c'est une chirurgie demandant un abord antérieur, qui doit être justifiée par des critères de sélection très restrictifs; aujourd'hui encore en évaluation et ne doit pas être proposée en dehors de protocoles d'études.
<i>Stimulation médullaire</i>	
	Surtout utilisée dans les «failed back syndromes» certaines études semblent également démontrer une bonne évolution des cas traités en première intention lors d'une récurrence [31].

Tableau 5. Prise en charge des lombalgies / lombosciatalgies (Recommandations après modification de la Paris Task Force et des «Revue Cochrane»).

	Education	Médication	Exercices	Repos
Aiguës <4 semaines	Rassurer le patient Pronostic favorable dans >90% Pas d'arrêt de travail ou retour professionnel rapide (selon tolérance)	Antalgiques AINS Avec/sans Myorelaxants	Continuer activités physiques professionnelles et personnelles	Max 2-3 jours
Subaiguës 4-12 semaines	Rassurer le patient Expliquer le traitement Encourager le patient à continuer son activité professionnelle (aménagement professionnel)	Antalgiques AINS Avec/sans Myorelaxants	Activités physiques professionnelles et personnelles Avec/sans physiothérapie Avec/sans école du dos	A éviter
Chroniques >12 semaines	Suivi régulier du patient Encourager à continuer une activité professionnelle (aménagement ou évt réorientation professionnelle)	Antalgiques	Activités physiques professionnelles et personnelles Exercices spécifiques Physiothérapie Ecole du dos	A éviter Exceptionnellement 2-3 jours lors d'épisodes aigus

des douleurs, en comparant deux groupes de patient ayant des lombalgies aiguës [7]. Les patients du premier groupe ont été incités à reprendre leur activité professionnelle, indépendamment de douleurs résiduelles; alors que le deuxième groupe a bénéficié d'un traitement plus conventionnel avec repos prolongé (environ huit semaines d'arrêt de travail) puis reprise des activités à la disparition des douleurs. Evalués à 200 jours du début des douleurs, seuls 30% des patients du groupe ayant été incités à reprendre progressivement une activité sont encore à l'arrêt de travail, contre 60% des individus du groupe contrôle ayant un traitement conventionnel.

Dans les lombalgies aiguës, Malmivaara met également en évidence une différence entre les patients ayant été incités à garder leurs activités ordinaires, et ceux ayant bénéficié de repos au lit (deux jours), ou d'exercices spécifiques [9]. Les premiers patients, qui ont continué leurs activités, ont globalement une meilleure évolution, tant au niveau fonctionnel qu'au niveau des douleurs [2].

Les conclusions du travail de Deyo et al. parlent également en faveur d'un repos minimal (deux jours), et seulement si celui-ci est vraiment nécessaire, jugeant déjà un arrêt de sept jours comme trop long [6].

Dans les *douleurs subaiguës*, il est clairement établi que l'activité physique professionnelle doit être conservée, et éventuellement adaptée. L'environnement de travail doit être ergonomique, et l'alternance de positions (assis-debout-éventuellement couché) doit être facilitée. Le repos n'est en aucun cas indiqué, excepté lors d'une exacerbation occasionnelle des douleurs, pendant au maximum un à deux jours.

En cas de *douleurs chroniques*, un arrêt de travail va signer irrémédiablement le début d'un cercle vicieux, avec vraisemblablement à la clé un arrêt de travail définitif. Effectivement, un arrêt de travail de six mois mène à une probabi-

lité de 50% de reprendre le travail un jour, alors qu'après une année d'arrêt maladie, seuls 25% des patients reprendront un jour une activité professionnelle, et après deux ans, moins de 10% redeviendront actifs [10]. Il est donc essentiel de discuter avec le patient, son employeur et le médecin du travail, des possibilités de continuer une activité professionnelle, quitte à modifier ses tâches au sein de l'équipe ou d'adapter son activité, dans la mesure du possible, pour diminuer les absences.

#### Activités sportives – loisirs

Les activités physiques de sport-loisir sont importantes à conserver afin d'éviter une chronicisation des LLS.

Dans les *douleurs aiguës*, il peut être conseillé au patient d'arrêter les activités sportives ou de bricolage quelques jours, mais de les reprendre dès que les douleurs le permettent, sans attendre une disparition totale de ces dernières. Des activités sportives de type marche ou nage devraient être encouragées ainsi que d'autres activités de type aérobic, tant lors de douleurs aiguës que chroniques. Pour les patients ayant une tendance à la sédentarité, il peut être conseillé de les encourager à commencer de nouvelles activités et à changer ainsi leur mode de vie [4, 11].

Il existe quelques études démontrant l'utilité du repos dans les douleurs aiguës, mais la majorité d'entre elles comporte des problèmes méthodologiques, puisque dans les études, seuls les patients ambulatoires sont pris en compte, excluant les patients dont les douleurs sont telles qu'ils sont directement hospitalisés. La tendance est cependant à conclure que si le repos est nécessaire, tellement les douleurs sont importantes, celui-ci ne devrait pas dépasser deux à trois jours [2].

Dans les *douleurs subaiguës ou chroniques* les exercices aérobics (de type marche, natation, exercices en groupes, vélo) doivent être encoura-

gés, avec éventuellement inscription dans un programme d'activités aérobiques, sous surveillance d'un physiothérapeute ou d'une personne qualifiée [12].

Dans une vaste étude sur des patients avec lombalgies chroniques, seule la pratique d'un sport est considérée comme diminuant de façon significative le risque de passage à la chronicité. Le bricolage ou jardinage n'est par contre pas significatif [13].

#### **Les activités thérapeutiques (physiothérapie, école du dos)**

Dans les *douleurs aiguës*, il ne semble pas y avoir de bénéfice à entreprendre des exercices thérapeutiques spécifiques et ces derniers sont souvent difficiles à effectuer en phase aiguë.

Alors que les exercices spécifiques n'ont pas leur place pendant la phase aiguë des lombalgies, quelques études montrent qu'ils peuvent être essentiels dans la prise en charge à long terme pour diminuer le risque de récurrences [3, 14]. Dans les *douleurs subaiguës ou chroniques*, il est essentiel d'entreprendre le renforcement musculaire, ainsi que d'instruire le patient sur l'importance d'une bonne hygiène du dos (position, mouvements, soulèvement de charge). Les activités physiques thérapeutiques (physiothérapie, école du dos), sont indispensables afin de diminuer les douleurs, d'améliorer le statut fonctionnel et éventuellement de permettre un retour au travail [15, 16].

En général, dans les douleurs lombaires, il est important de considérer une modification des habitudes au niveau des activités physiques. Des conseils de la part de physiothérapeutes peuvent aider le patient à avoir une bonne position, et à éliminer ses habitudes et positions vicieuses (lors de port de charge, position du dos en position assise et debout). Les exercices renforçant les muscles du tronc sont recommandés, ainsi que du stretching, tous ces exercices permettant également au patient de prendre conscience de sa posture.

#### **Le sport de compétition et les sportifs professionnels**

Dans une population de sportifs professionnels, certains sports tels que la danse, la gymnastique, le football, l'aviron, le golf et l'haltérophilie sont plus facilement associés à des lombalgies [17]. Les sportifs semblent cependant moins enclins que la population générale à des douleurs chroniques. Les sportifs professionnels constituent une toute petite minorité de la population souffrant de lombalgies, et de plus leur avenir professionnel dépendant directement de leur habilité à poursuivre leurs entraînements sportifs, ils ont souvent tendance à conserver une activité physique suffisante. Au contraire, et dans ce cas uniquement, lors d'une hernie discale ou d'un problème ligamentaire démontré, une phase un

peu moins active de quatre à six semaines peut être bénéfique afin de permettre à leur colonne de se cicatrifier.

#### **Autres modalités de prise en charge**

Plusieurs autres modalités de traitement existent et de nombreuses questions y relatives sont souvent posées au neurochirurgien. Dans l'impossibilité de dresser une liste exhaustive dans cet article, nous abordons brièvement ici l'approche comportementale et le style de vie.

Dans les douleurs chroniques, il faut considérer que le patient a souvent intégré sa douleur à ses activités quotidiennes et que, dans certains cas, la prise en charge somatique de la douleur ne suffit pas. Un soutien psychologique, ou une approche multidisciplinaire comportementale peut quelquefois être utile. Plusieurs études ont mis en évidence une action positive d'un support psychologique dans les LLS, avec une diminution des absences professionnelles de 90% dans le groupe ayant eu un support par rapport au groupe contrôle [7, 18]. Cependant, ces mesures peuvent se révéler très complexes dans leur mise en place, et souvent sont trop lourdes et sans justification réelle en présence de LLS simples. Seuls certains cas difficiles, ne répondant pas au traitement conservateur, justifient la mise en place d'une telle prise en charge.

Le style de vie, en diminuant la sédentarité, en améliorant les conditions ergonomiques de travail et quotidiennes peuvent diminuer les épisodes récurrents de LLS. L'aménagement de la place de travail et du domicile comme par exemple le choix d'un matelas doivent être considérés. Contrairement à la croyance générale, une étude très sérieuse conclut ainsi qu'un matelas mi-dur est meilleur qu'un matelas dur [19].

#### **Conclusions**

Les LLS influencent les activités physiques du patient, et inversement. Bien qu'il soit difficile de quantifier exactement à partir de quelle durée d'inactivité l'effet thérapeutique devient délétère pour l'évolution du patient, il n'y a pas de doute que plus la période d'inactivité est longue, plus le risque de chronicité est grand.

Si les symptômes ne sont pas évocateurs d'une pathologie plus grave, alors il est essentiel de rassurer le patient quant à la bénignité de ses douleurs («positive renforcement»), puisque dans plus de 90% des cas, l'évolution sera favorable. La durée prolongée de repos strict étant souvent corrélée avec une mauvaise évolution, une prise en charge précoce de ces patients est essentielle, avec maintien de leurs activités physiques personnelles et professionnelles. Dans une majorité des cas, l'incitation à un nouveau style de vie moins sédentaire, peut également être utile pour diminuer les risques de chronicisation et d'invalidité.

L'efficacité des exercices spécifiques de physiothérapie et de tonification est controversée dans la phase douloureuse aiguë. Alors qu'elle est clairement reconnue dans la prise en charge des patients avec LLS subaiguës et chroniques, en parallèle à un maintien de l'activité physique à la fois ludique et professionnelle.

Un traitement conservateur bien conduit doit être entrepris rapidement afin de permettre au

patient de continuer ses activités physiques professionnelles et personnelles.

En cas d'échec du traitement conservateur ou en présence de signes d'appel (tab. 1), des investigations complémentaires sont indiquées pour exclure une atteinte non discogène et par la suite diriger le patient vers une évaluation spécialisée.

#### Références

- 1 Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000;25:1-33.
- 2 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD001254.
- 3 Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD000335.
- 4 Bejia I, Younes M, Zrouf S, Touzi M, Bergaoui N. Les facteurs associés à l'évolution de la sciatique commune. A propos de 1092 cas. *Rev Rhum* 2004;71:1180-5.
- 5 Namaka M, Gramlich CR, Ruhlen D, Melanson M, Sutton I, Major J. A treatment algorithm for neuropathic pain. *Clin Ther* 2004;26:951-79.
- 6 Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomised clinical trial. *NEJM* 1986;315:1064-70.
- 7 Indahl A. Low back pain: diagnosis, treatment, and prognosis. *Scand J Rheumatol* 2004;33:199-209.
- 8 Van Tulder MW, Jellema P, van Poppel MNM, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD001823.
- 9 Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs T, Koskeniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises, or ordinary activity? *NEJM* 1995;332:351-5.
- 10 Baldwin NG. Lumbar disc disease: the natural history. *Neurosurg Focus* 2002;13:1-4.
- 11 Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active in single treatment for low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003632.
- 12 Videman T, Sarna S, Battie MC, Koskinen S, Gill K, Paananen H, et al. The long-term effects of physical loading and exercise lifestyles on back-related symptoms, disability, and spinal pathology among men. *Spine* 1995;20:699-709.
- 13 Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F. Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. Elaboration par l'étude d'une cohorte de 2487 patients. *Rev Rhum* 2000;67:528-35.
- 14 Hides JA, Jull GA, Richardson CA. Long-term effects of specific stabilizing exercises for first-episode low back pain. *Spine* 2001;26:243-8.
- 15 Frost H, Lamb SE, Doll HA. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004;329:708.
- 16 Heymans MW, Van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD000261.
- 17 Duruöz MT, Poiradeau S. Lombalgies du sportif. *Rev Rhum* 1998;65:188-96.
- 18 Karjalainen K, Malmivaara A, Van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD002194.
- 19 Kovacs FM, Abreira V, Pena A, Martin-Rodriguez JG, Sanchez-Vera M, Ferrer E, et al. Effect of firmness of mattress on chronic non-specific low-back pain: randomised, double-blind, controlled, multicenter trial. *Lancet* 2003;362:1599-1604.
- 20 Van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low-back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD000396.
- 21 Grilo RM, Bertin P, Scotto di Fazano C, Coyral D, Bonnet C, Vergne P, et al. Opioid rotation in the treatment of joint pain. A review of 67 cases. *Joint Bone Spine* 2002;69:491-4.
- 22 Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low-back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD004252.
- 23 Hofferberth B, Gottschaldt M, Grass H, Buttner K. The usefulness of dexamethasonephosphate in the conservative treatment of lumbar. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1999;231:359-67.
- 24 Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain. *Arch Intern Med* 2002;162:19-24.
- 25 Mattia C, Paoletti F, Coluzzi F, Boanelli A. New antidepressants in the treatment of neuropathic pain. A review. *Minerva Anestesiologica* 2002;68:105-14.
- 26 Carrette S, Marcoux S, Truchon R, Grondin C, Gagnon J, Allard Y, et al. A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain. *N Engl J Med* 1991;325:1002-7.
- 27 Khot A, Bowditch M, Powell JW, Sharp D. The use of intradiscal steroid therapy for lumbar spinal discogenic pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2004;29:833-6.
- 28 Ostelo R, Van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low-back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, 2004. Issue 3. Art. No.: CD002014.
- 29 Gibson JNA, Grant IC, Waddell G. Surgery for lumbar disc prolapse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD001350.
- 30 Fritzell P, Hagg O, Wessberg P, Nordwall A. Lumbar fusion versus nonsurgical treatment for chronic low back pain: a multicenter randomized controlled trial from the Swedish Lumbar Spine Study Group. *Spine* 2001;26:2521-32.
- 31 Fritsch EW, Heisel J, Rupp S. The failed back surgery syndrome: reasons, intraoperative findings, and long-term results: a report of 182 operative treatments. *Spine* 1996;21:626-33.

Une liste complémentaire de références est publiée avec l'article dans la version online sous [www.medicalforum.ch/archive\\_f/2006/2006-23.html](http://www.medicalforum.ch/archive_f/2006/2006-23.html).

Correspondance:  
Dr Sandrine de Ribaupierre  
Service de neurochirurgie  
Centre Hospitalier Universitaire  
Vaudois  
Rue du Bugnon 46  
CH-1011 Lausanne  
[s\\_derib@hotmail.com](mailto:s_derib@hotmail.com)