

Avertissement: Notes prises au vol...erreurs possibles...prudence...

Mardi 3 juin 2014

Hôpital cantonal de Genève

## Filières lombalgies...du généraliste au spécialiste avec le patient au centre

Dr S. Genevay

L'exemple c'est l'homme de 35 ans, chauffeur livreur qui soulève un carton, et qui ressent une douleur lombaire, avec progressivement une irradiation dans la cuisse et la face postérieure du mollet...

Après réassurance, physio, arrêt de travail, et antalgiques on finit par faire une IRM qui ne montre pas grand chose...on essaye une infiltration foraminale L4-L5 puis épidurale puis facettaire, toutes sans succès...on demande son avis au neurochirurgien qui ne trouve pas de corrélation anatomo-clinique avec l'IRM et qui ne veut pas intervenir, on demande alors au rhumatologue...le patient souffre de plus en plus, tourne en rond à la maison, ne fait plus rien, ne comprends pas ce qui lui arrive, irritable et déprimé, licencié maintenant depuis 1 mois...bref...la cata...

La mode est actuellement aux programmes multidisciplinaires...et comme les rachialgies sont un des plus gros pourvoyeur d'handicap (après les maladies cardiovasculaires), on met sur pied au CHUV et aux HUGs une «filière lombalgie», dans laquelle les anesthésistes, les chirurgiens du rachis, les rhumatologues et les rééducateurs se mettent ensemble et réfléchissent après avoir re-consulté la littérature, les diverses guidelines et recommandations d'expert pour établir un parcours sensé pour ce genre de patients qui dépriment leurs médecins....

Les «reds flags» évoquant une tumeur, une infection, une fracture ou autres...sont réévoqués...

Il faut distinguer la lombalgie commune, du syndrome radiculaire et de la claudication neurogène...

On se souviendra que la chirurgie et les infiltrations marchent mieux dans les syndrome radiculaires que dans les claudications neurogènes...et pas du tout dans les lombalgies communes...

On signale après les «reds flags» l'existence de «yellow flags» psycho...de «blue flags» professionnels...et de «black flags» sociaux...

On essaiera dès le début de classer les patients selon leur risque de chronicisation en utilisant la version française du «Start Back screening tool» de l'université de Keele en Grande Bretagne

([http://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/ri/primarycare/startbackmicro/Start%20back\\_FRENCH\\_VERSION.pdf](http://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/ri/primarycare/startbackmicro/Start%20back_FRENCH_VERSION.pdf) )

On insiste particulièrement pour que l'on ne fasse **pas d'imagerie**...

Que l'on déconseille le repos au lit, et que l'on favorise la physio active, c'est à dire celle où c'est le patient qui travaille, pas le physio...

On intensifiera le suivi selon la gravité du risque de chronicisation...

Il est bon de temps à autre de se reposer les questions fondamentales du style...

- est-ce bien une lombalgie?
- la douleur a-t-elle un caractère inflammatoire
- l'antalgie est elle adaptée
- etc...

Finalement, on sera contraint de céder à la demande d'imagerie qui parfois permet de mettre en évidence:

- une discopathie de type Modic 1 accompagné d'un œdème inflammatoire de l'os (hyposignal en T1, hypersignal en T2)
- un spondylolisthésis/ lyse
- un déséquilibre sagittal
- une scoliose dégénérative
- un syndrome facettaire

Pour ce qui est de l'antalgie, on pensera au Neurontin/ Lyrica pour les douleurs neurogènes, aux antidépresseurs (Cymbalta®) lors de yellow flags...ou éventuellement aux opiacés...

Aux HUGs il y a le programme PRODIGE en groupe, qui sur 4 semaines et en 100hres s'occupe des lombalgiques en arrêt professionnel, motivés pour se remettre au boulot...

Il existe un programme individualisé PRoMiDos de 2-5hres /semaine sur 2-4 mois....

Pour ce qui est de la chirurgie...

après avoir épuisé le traitement médical, les infiltrations et la physio... éventuellement...

mais prudence...

En conclusion on nous recommande d'identifier le syndrome (lombalgie, synd. radiculaire, claudication neurogène), de stratifier immédiatement le risque de chronicité à l'aide de «startback», d'adapter le traitement au risque...et lorsque ça commence à durer et que s'installe un handicap fonctionnel d'accroître le cercle des compétences...

Il me semble que c'est ce qu'on fait spontanément, avec probablement un passage trop rapide à l'imagerie sur l'insistance des patients...

Pas sûr que la «filière lombalgie» va être plus efficace...je crains que ce ne soit comme la «consultation de la douleur» souvent décevante...mais au moins les praticiens pourront se décharger de certains casse-têtes thérapeutiques souvent déprimants...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
transmis par le laboratoire MGD

[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)