



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2009

THESE N° 13

**ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE
ET THERAPEUTIQUE DES LOMBALGIES
ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS
DE TROIS MOIS D'EVOLUTION**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2009
PAR

Mlle Meryame RACHID

Née le 24/04/1981 à Taliouine

Médecin Interne au CHU Mohamed VI de Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Lombalgie - Lombosciatique - ANAES - Attitude

JURY

Mr. A. OUSSEHAL Professeur de Radiologie	PRESIDENT
Mme. S. EL HASSANI Professeur de Rhumatologie	RAPPORTEUR
Mr. S. AIT BENALI Professeur de Neurochirurgie	} JUGES
Mr. M. LATIFI Professeur de Traumatologie Orthopédie	
Mr. R. NIAMANE Professeur de Rhumatologie	

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann
VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah
: Pr. AIT BEN ALI Said
: Pr. BOURAS Najib

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET : Pr. Ahmed OUSEHAL
COOPERATION : Pr. Abdelmounaim ABOUSSAD
VICE DOYEN AUX AFFAIRES
PEDAGOGIQUES

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique B
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

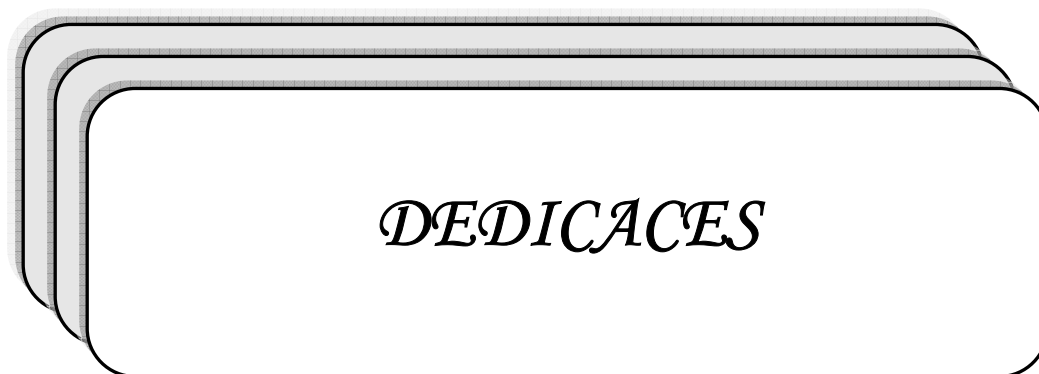
Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique A
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. BEN ELKHAÏAT BEN	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumatologie - Orthopédie B
Pr. SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
Pr. YOUNOUS	Said	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumatologie - Orthopédie A

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ARSALANE	Lamiaa	Microbiologie- Virologie
Pr. ATMANE	El Mehdi	Radiologie
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
Pr. CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
Pr. CHAIB	ALI	Cardiologie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. Drissi	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologique
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie (Néonatalogie)
Pr. EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. MOUFID	Kamal	Urologie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
Pr. QACIF	Hassan	Médecine Interne
Pr. TASSI	Nora	Maladies Infectieuses
Pr. ZOUGAGHI	Leila	Parasitologie –Mycologie



Je dédie cette thèse ...



A mes parents

*Nul mot ne pourrait exprimer mon amour et ma gratitude. Je vous dois ce que je suis
aujourd'hui.*

Que Dieu vous accorde santé, bonheur et longue vie.

{ }

A mon frère Mohamed

Je remercie en toi le frère et l'ami, je te souhaite bonheur et réussite.

A mes frères Amine et Zakaria

A la mémoire de mes grands parents

A toute la famille RACHID

A toute la famille SABRI

A la cinquième promotion d'internes du CHU de Marrakech

A

*Ait Ouazar Mariam, Sofia ridouane, Ouilki Imane, Jihane Ouhajjou, Yacoubi hanae, Ouaggag
Bouchra, Ghita Harifi, badreddine Wakrim, Derhem Najib, Mohamed Ait Erraïsse, Omar
Maliki, Badr Jellab.*

Merci pour la formidable équipe que nous avons formée, pour tous les moments partagés.

A Fadoua Rami

Pour ton amitié inconditionnelle

A toute l'équipe de résidents de dermatologie

*Daouameur Kholoud, Najlaa Ghadfi, Jihane Ouhajjou, Yacoubi Hanae, Lagssiar Abdelilah,
Benzzi Hafsa, Kerbout Noama, Dahbi Noama*

A toute l'équipe paramédicale de dermatologie

A la mémoire de Amina

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer



REMERCIEMENTS

A notre maître et président de thèse Mr le professeur A.OUSSEHAL

Vous m'avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce travail. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma haute considération et de ma profonde reconnaissance.

A notre maître et rapporteur de thèse Mme le professeur S.EL HASSANI

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez accordé en acceptant de diriger ce travail. Je vous remercie également pour votre disponibilité et de votre bienveillance. J'espère avoir répondu à vos attentes concernant la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur M.LATIFI

Je vous remercie vivement de l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Veuillez croire, cher Maître, à l'assurance de mon respect et ma grande reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse Mr le professeur R.NOUAMANE

Je vous remercie vivement pour votre accueil et de votre disponibilité. Je suis honorée de vous voir siéger dans ce jury. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de mon profond respect.

A notre maître et juge de thèse Mme le professeur S.AIT BENALI

Je vous remercie vivement de l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

A mon maître Mr le professeur S. AMAL

Je tiens à vous remercier, monsieur, pour votre soutien et la qualité de votre formation.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.



Je tiens à remercier mes maitres qui ont marqué mon stage d'internat. Je vous suis reconnaissante pour la qualité de votre formation, j'ai beaucoup appris durant mes passages.

Je remercie,

Mon Maître Mr le professeur H.ABBASSI

Mon Maitre Mr le professeur A. EL IDRISSE DAFALI

Mon maitre Mme le professeur S. ETIABI



ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

MG	: Médecins généralistes
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AHCPR	: Agency for Health Care Policy and research
EMG	: Electromyogramme
Rx	: Radiographie
EVA	: Echelle Visuelle Analogique
DDS	: Distance Doigt-Sol



PLAN

Introduction	1
Participants et méthodes	4
I- Type d'étude	5
II- Population cible	5
III- Echantillon	5
IV- Variables étudiées	5
V- Collecte des données	6
1- Elaboration de questionnaire	6
2- Présentation finale du questionnaire	6
3- Distribution du questionnaire	6
VI- Analyse des données	7
VII- Considérations éthiques	7
Résultats	8
I- Données générales	9
1- Répartition selon la spécialité	9
2- Répartition selon le secteur d'activité	9
II- Analyse des résultats de l'enquête	9
1- Cas clinique N°1	9
1-1- Renforcement du traitement médical	10
1-2- Prescription d'examens complémentaires	10

1-3- Bilan paraclinique demandé	11
2-Cas clinique N°2	11
2-1-Traitement médical prescrit	13
2-2-moment de l'infiltration cortisonique	13
2-3-Type de l'infiltration cortisonique	14
2-4-Prscription du repos au lit	15
2-5- Relai thérapeutique	16
3- Cas clinique N°3.....	16
Lombosciatique paralysante	
4- Cas clinique N°4	17
Lombosciatique hyperalgique	
5-Cas clinique N°5.....	18
Lombosciatique compliquée de syndrome de queue de cheval	
6- Cas clinique N°6	19
Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire	
7- Cas clinique N°7	21
Lombosciatique sur métastase osseuse	
8- Cas clinique N°8	24
Lombosciatique sur spondylodiscite tuberculeuse	
Discussion	26
I- Item 1 : Place de l'imagerie	28
Cas Clinique N°1	
II- Item 2 : Prise en charge thérapeutique	34

1 – Cas clinique 2.....	35
1-1- Prescription médicamenteuse	36
1-2- Moment et type d'infiltrations cortisoniques	38
1-3- Place du repos au lit.....	44
1-4- Relais thérapeutiques	46
III- Item 3 : urgences diagnostiques	48
1 – Cas clinique 3	49
Lombosciatique paralysante	
2 – Cas clinique 4.....	50
Lombosciatique hyperalgique	
3 – Cas clinique 5.....	51
Lombosciatique compliquée de syndrome de queue de cheval	
IV- Item IV : lombosciatiques symptomatiques	53
1 – cas clinique 6	53
Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire	
2 – Cas clinique 7	57
Lombosciatique sur métastase osseuse	
3 – Cas clinique 8	59
Lombosciatique sur spondylodiscite tuberculeuse	
V- Revue de littérature : Etudes ayant comme	
objet l'évaluation des pratiques médicales.....	62
VI- Conclusion	68

Résumés

Annexes

Références



INTRODUCTION

La pathologie lombaire commune aiguë est une pathologie extrêmement répandue dans la population générale et plus encore dans les populations professionnellement soumises à des contraintes physiques et biomécaniques particulières. Sa fréquence est sans conteste très élevée et l'on estime que 70 à 85% de la population des pays développés, a ressenti ou souffre d'une douleur lombaire à un moment de sa vie, et que 5 à 10% d'entre eux évolueront vers la chronicité.

On constate que malgré les efforts de prévention et les progrès de la prise en charge médicale, la morbidité lombalgique ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés. D'ailleurs la prévalence de cette pathologie tend à augmenter régulièrement et incite à considérer ces lombalgies communes comme un des problèmes majeurs de santé individuelle et publique des sociétés contemporaines.

Les répercussions socio-économiques sont importantes, en effet les lombalgies et lombosciatiques communes sont une cause importante d'absentéisme. D'après une étude canadienne déjà ancienne (1981), 68% des journées de travail perdues et 76% des coûts d'indemnisation étaient en rapport avec la lombalgie chronique.

En France, le CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) en 1992 notait que 2,7% de l'ensemble des consultations. 9% des consultations des généralistes étaient dues à des lombalgies communes. Cette pathologie induisait 8% des actes de radiologie et 30% des séances de kinésithérapie.

Au Maroc, une enquête de la société marocaine de rhumatologie menée en 1997 auprès des rhumatologues qui lui sont affiliés note que la pathologie vertébrale commune est la pathologie la plus fréquemment observée, la prévalence des lombalgies est estimée à 15,32%.

Les orientations actuelles de la prise en charge se dirigent vers la standardisation du service médicale proposé au patient. Les attitudes « evidence based » doivent désormais régir la pratique médicale plutôt que les « impressions » ou les attitudes isolées personnalisées.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Devant l'enjeu socio-économique de cette pathologie, des recommandations de bonne pratique ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie très stricte reposant à la fois sur l'analyse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels. Ce sont les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé), rédigées en Février 2000 et révisées en Septembre 2001 et définies comme "des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données". Elles ont donc pour but de faire la synthèse des données scientifiques et d'améliorer la pratique courante, tant médicale qu'économique. Il est donc pertinent de savoir si ces recommandations sont connues et appliquées par les praticiens.

Malgré ceci, il existe une variabilité des modalités de prise en charge des lombalgies et des lombosciatiques communes aiguës, reflétant l'incertitude des médecins quant à la prise en charge optimale.

L'objectif de ce travail réalisé à la région de Marrakech est de faire une première évaluation des attitudes des médecins vis-à-vis de cette pathologie afin de savoir si la prise en charge diagnostique et thérapeutique est congruente aux recommandations de la bonne pratique de l'ANAES.



*PARTICIPANTS
ET
METHODES*

I. TYPE D'ETUDE

Etude transversale qui a consisté en une enquête auprès des médecins.

II. POPULATION CIBLE

Notre travail a consisté en une enquête auprès des médecins amenés à prendre en charge un patient ayant une pathologie lombaire: Les rhumatologues, les neurochirurgiens, les neurologues, les traumatologues, les généralistes et internes.

III. ECHANTILLION

Notre enquête s'est effectuée auprès des médecins généralistes, internes et spécialistes précités exerçant dans la région de Tensift el Haouz, secteurs public et privé confondus (hôpitaux régionaux, CHU Mohamed VI de Marrakech, centres de santé et cabinets privés).

IV. VARIABLES ETUDIEES

Le questionnaire établi est structuré étroitement en parallèle avec les définitions et les recommandations de l'ANAES de telle manière à ne retenir que les lombalgies et lombosciatiques aiguës communes.

Nous nous sommes attachés plus spécifiquement à analyser les points suivants:

- Quand demander des examens complémentaires ?
- Quand prescrire le repos au lit ?
- Quand et comment prescrire le traitement médicamenteux ?
- Quand prescrire les traitements non médicamenteux ?
- La connaissance des formes symptomatiques et urgentes.

V. COLLECTE DES DONNEES

1- Elaboration du questionnaire

La première partie du questionnaire vise à recueillir des informations concernant la spécialité et le secteur d'exercice médical.

La deuxième partie est formulée sous forme de cas cliniques chacun se rapportant à un item des recommandations, les attitudes de médecins sont évaluées à partir des réponses présentées sous formes de réponses à choix multiple.

Le questionnaire a été soumis par la suite aux critiques d'un comité d'enseignants formé par : un rhumatologue, un neurochirurgien, un radiologue et un traumatologue, leurs remarques ont permis d'apporter certaines modifications sur le libellé des cas cliniques. Au total 8 cas cliniques sont retenus pour le questionnaire parmi 10.

Dans une étape ultérieure nous avons soumis le questionnaire à un test. Le questionnaire a été distribué auprès de 10 médecins généralistes exerçant aux services des urgences des hôpitaux Ibn Tofail et Ibn Zohr. Leurs remarques concernant l'agencement et la difficulté de compréhension de certaines questions ont permis d'apporter quelques modifications.

2- Présentation finale du questionnaire (Cf. annexe 2)

3- Distribution du questionnaire

Chaque médecin a rempli un questionnaire anonyme. Les questionnaires ont été remplis pendant une période s'étalant de Février 2006 à Septembre 2007 de deux façons :

1- Par courrier postal aux médecins du secteur privé ; une enveloppe pré affranchie était mise à la disposition des praticiens, les réponses sont adressées par retour de ce courrier.

2- Par distribution des questionnaires auprès des médecins des services concernés par la pathologie lombaire au sein du CHU Mohamed VI: Services de rhumatologie, neurochirurgie, traumatologie, neurologie et service des urgences, les réponses étaient recueillies dans l'immédiat ou deux jours après au maximum.

VI. ANALYSE DES DONNEES

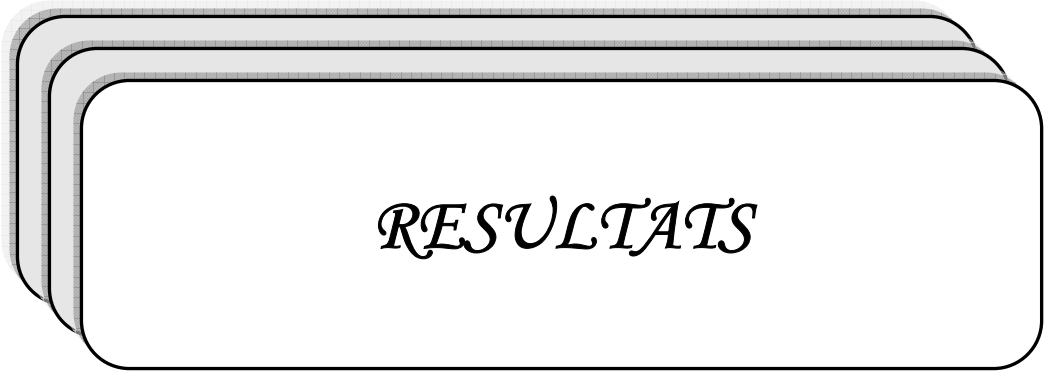
Les données ont été analysées sur logiciel SPSS for Windows 10

VII. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Nous avons observé la confidentialité et l'anonymat durant l'étude, les questionnaires ne contenant aucune partie ou mention indiquant l'identité du participant, les enveloppes préaffranchies ne portaient que l'adresse du destinataire.

Le questionnaire est distribué après consentement des médecins et après explication du but de l'étude.

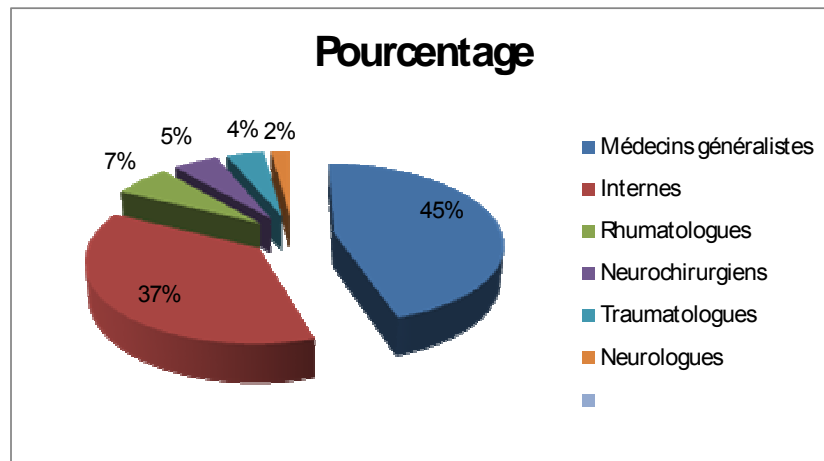
Nous avons également profité de la distribution de ce questionnaire pour nous enquérir du souhait des médecins de notre enquête à voire développer des sujets particuliers ou des diplômes ou certificats universitaires dans différentes spécialités.



RESULTATS

I. DONNEES GENERALES

1- Répartition selon la spécialité



2- Répartition selon le secteur d'activité

Tableau I : Répartition en nombre et pourcentage

Secteur d'activité	Nombre	Pourcentage
Public	106	75,7%
Libéral	34	24,3%

II. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

1- Cas N° 1 :

Une patiente âgée de 40 ans, ayant comme antécédent des lombalgies, consulte pour une lombosciatique évoluant depuis 10 jours. La douleur est unilatérale droite, impulsive à la toux.

A l'examen, il existe un signe de Lasègue croisé sans déficit sensitif ou moteur.

La patiente est régulièrement sous paracétamol 1,5 g/j avec une amélioration de l'EVA (échelle visuelle analogique) de 20% : EVA initiale à 60% devenue 40% après traitement.

Question

Quelle serait votre attitude ?

- Renforcer le traitement médical
- Prescrire des examens complémentaires

Si oui, lesquels ?

- Bilan inflammatoire
- Bilan radiologique

Réponses

1-1 Renforcer le traitement médical ?

Tableau II : Répartition en nombre et pourcentage

	Oui		non	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Médecins généralistes	48	76,2%	15	23,8%
Internes	51	98%	1	2%
Rhumatologues	8	88,8%	1	11,1%
Neurochirurgiens	5	71,4%	2	28,5%
Traumatologues	5	83,3%	1	16,6%
Neurologues	3	100%	0	0%
Total	120	85,7%	20	14,2%

1-2 Prescrire des examens complémentaires ?

Tableau III : Nombres et pourcentages des médecins ayant prescrit des examens complémentaires

	Nombre	Pourcentage
Médecins généralistes	31	49,2%
Internes	18	34,6%
Rhumatologues	3	33,3%
Neurochirurgiens	5	71,4%
Traumatologues	4	66,6%
Neurologues	1	33,3%
Total	62	44,8%

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

1-3 Bilan demandé (pourcentage rapporté au nombre total des médecins et pas uniquement à ceux qui ont prescrit des examens complémentaires)

Tableau IV : Type de bilans demandés par les médecins

	Bilan inflammatoire		Bilan radiologique		Les deux	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
MG	2	3,1%	12	19%	17	26,9%
Internes	0	0	14	26,9%	4	7,7%
Rhumatologues	0	0	0	0	2	22,2%
Neurochirurgiens	0	0	5	71,4%	0	0
Traumatologues	0	0	3	50%	1	16,6%
Neurologues	0	0	1	33,3%	0	0
Total	2	1,4%	35	25%	24	17,1%

2- Cas N° 2

Un patient âgé de 47 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, souffre de lombosciatique L5 gauche isolée et évoluant depuis 3 semaines. La douleur évaluée à une EVA à 80%, est unilatérale, impulsive à la toux.

L'examen clinique note une raideur lombaire segmentaire, un Lasègue à 60% avec signe de la sonnette à gauche. Il n'existe pas de déficit sensitif ou moteur.

Questions :

2-1 Quel traitement médical prescririez-vous ?

- Antalgique
- Anti-inflammatoire non stéroïdien
- Antalgique+ AINS
- AINS+Vitaminothérapie
- Antalgique+ AINS+ myorelaxant
- Antalgique+ corticothérapie systémique
- AINS+Vitaminothérapie
- +myorelaxant+ Antalgique

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

2-2 En quel moment proposeriez-vous une infiltration cortisonique ?

- Si échec du traitement D'emblée

2-3 Quel type d'infiltration cortisonique proposeriez-vous ?

- Infiltration épidurale Infiltration intradurale

2-4 Prescrieriez-vous un repos

- Oui Non

Si oui,

- Strict au lit
- Relatif (arrêt de travail avec poursuite des activités journalières compatibles avec la douleur)

Si oui, pour quelle durée ?

- 2 jours 5 jours 1 semaine
- 2 semaines 3 semaines Tant que dure la douleur

L'évolution sous traitement bien conduit pendant 3 semaines s'avère partiellement favorable, en effet l'EVA est passée à 30%.

2-5 Quel relais thérapeutique conseillez-vous à votre patient ?

- Poursuivre le traitement médical
- Des séances de kinésithérapie
- Quelques séances d'acupuncture
- Des séances de manipulation rachidienne

Réponses

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

2-1 Traitement médical proposé :

Tableau V : Répartition des différentes prescriptions médicamenteuses

	Antalgique		AINS		Antalgique + AINS		Antalgique + AINS+ Myorelaxant		Antalgique +corticothérapie systémique		AINS+ Vitaminothérapie		AINS+vit+ Myorelaxant +antalgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MG	0		1	1,5%	9	14,2%	33	52,3%	1	1,5%	0		19	30,1%
Internes	0		0		5	9,6%	34	65,3%	1	1,9%	0		12	23%
Rhumato	0		0		3	33,3%	4	44,4%	0		0		2	22,2%
Neuroch	0		0		2	28,5%	4	57,1%	0		0		1	14,2%
Traumato	0		0		1	16,6%	2	33,3%	0		0		3	50%
Neuro	0		0		0		3	100%	0		0		0	
total	0		1	0,7%	20	14,2%	80	57,1%	2	1,4%	0		37	26,4%

2-2 Moment proposé pour une infiltration cortisonique :

Tableau VI : Répartition en nombre et pourcentage du moment choisi pour l'infiltration

	Si échec du traitement		D'emblée		Pas de risque	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
MG	62	98,4%	0		1	1,5%
Internes	51	98%	1	1,9%	0	
Rhumatologues	6	66,6%	1	11,1%	2	22,2%
Neurochirurgiens	4	57,1%	0		3	42,8%
Traumatologues	5	83,3%	0		1	16,6%
Neurologues	3	100%	0		0	
Total	131	93,5%	2	1,4%	7	5%

2-3 Type d'infiltration cortisonique

Tableau VII: Répartition en nombre et pourcentage du type d'infiltration proposé

	Epidurale		intradurale		Pas de réponse	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Médecins généraliste	60	95,2%	2	3,1%	1	1,5%
Internes	52	100%	0		0	
Rhumatologues	7	77,7%	0		2	22,2%
Neurochirurgiens	4	57,1%	0		3	42,8%
Traumatologues	5	83,3%	0		1	16,6%
Neurologues	3	100%	0		0	
Total	131	93,5%	2	1,4%	7	5%

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

2-4 Prescrit-on le repos au lit ?

Tableau VIII : Pourcentage et nombre de prescription de repos au lit

	Oui		Non	
	Nombre	%	Nombre	%
MG	62	98,4%	1	1,6%
Internes	52	100%	0	0
Rhumatologues	9	100%.0	0	0
Neurochirurgiens	7	100%	0	0
Traumatologues	6	100%	0	0
Neurologues	3	100%	0	0
Total	139	99,2%	1	0,7%

a- Type de repos : Relatif ou strict ?

Tableau IX : Répartition selon le type de repos prescrit : strict ou relatif

	Relatif		Strict	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecins généralistes	40	64,5%	22	35,4%
Internes	38	73%	14	26,9%
Rhumatologues	7	77,7%	2	22,2%
Neurochirurgiens	2	28,5%	5	71,4%
Traumatologues	4	66,6%	2	33,3%
Neurologues	3	100%	0	
Total	94	67,6%	45	32,3%

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

b- Durée du repos relatif au lit (pourcentages référés au nombre de médecins ayant prescrit un repos relatif au lit)

Tableau X : Répartition des propositions concernant la durée du repos relatif au lit

	2 jours		5 jours		1 semaine		2 semaines		3 semaines		Tant que dure la douleur	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MG	1	2,5%	2	5%	10	25%	9	22%	8	20%	10	25%
Internes	0		8	21,1%	9	23,7%	7	18,4%	3	7,9%	11	28,9%
Rhumato	0		0		4	57,1%	3	42,8%	0		0	
Neuroch	0		0		1	50%	1	50%	0		0	
Traumato	0		0		2	50%	1	25%	1	25%	0	
Neurologues	0		1	33,3%	0		1	33,3%	0		1	33,3%
Total	1	1%	11	11,7%	26	27,6%	22	23,4%	12	12,7%	10	25%

2-5 Relai thérapeutique :

Tableau XI : Relais thérapeutiques proposés : répartition en nombre et pourcentage

	Poursuivre TTT médical		Kinésithérapie		Acupuncture		Manipulations rachidiennes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Réponses des Médecins généralistes	35	45%	40	52%	0		2	2,5%
Réponses des Internes	31	47%	35	53%	0		0	
Rhumatologues	7	77,7%	6	66,6%	0		0	
Neurochirurgiens	4	57,1%	3	42,8%	0		1	14,2%
Traumatologues	3	50%	5	83,3%	0		0	
Neurologues	1	33,3%	3	100%	0		0	
Total	81	46%	92	52,5%	0		3	1,7%

3- Cas N° 3 :

Un patient âgé de 46ans, consulte pour une lombosciatique aiguë L5 droite évoluant depuis 15 jours. Depuis 2 jours il accuse une difficulté à bouger le membre inférieur douloureux. L'examen neurologique objective un trouble moteur de type paralytique, en effet, le patient

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

n'arrive pas à mobiliser son membre inférieur contre la pesanteur. Il n'existe cependant pas de trouble sensitif.

Question :

Quelle est votre attitude ?

- Adresser le patient en urgence au neurochirurgien (Attitude 1)
- Demander des examens radiologiques en urgence (Attitude 2)
- Mettre le patient sous traitement médical et surveiller l'évolution du déficit moteur (Attitude 3)
- Demander un EMG (Attitude 4)

Réponses

Tableau XII : Attitude des médecins face à une lombosciatique paralysante

	Attitude 1		Attitude 2		Attitude 3		Attitude 4	
MG	47	70%	13	19,4%	5	7,4%	2	3%
Internes	44	65,6%	23	34,3%	0		0	
Rhumatologues	7	77,7%	2	22,2%	1	11,1%	1	11,1%
Neurochirurgiens	6	85,7%	5	71,4%	0		0	
Traumatologues	2	33,3%	3	50%	1	16,6%	0	
Neurologues	3	100%	2	66,6%	0		0	
Total	109	65,2%	48	28,7%	7	4,2%	3	1,8%

4- Cas N° 4 :

Un patient âgé de 43 ans, présente depuis 3 jours des douleurs continues et intenses au niveau du rachis lombaire avec une irradiation L5 gauche. Le patient ne trouve aucune position antalgique. L'intensité de la douleur est évaluée par le patient sur l'EVA à 98%. L'examen neurologique n'objective pas de déficit moteur ou sensitif. Le patient a déjà reçu un traitement par AINS et tramadol sans amélioration notable.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Question

Quelle est votre attitude ?

- Adresser le patient en urgence au neurochirurgien (Attitude 1)
- Adresser le patient dans un service hospitalier pour instaurer un traitement par morphiniques (Attitude 2)
- Demander des examens radiologiques en urgence (Attitude 3)
- Demander des examens biologiques en urgence (Attitude 4)

Réponses

Tableau XIII : Attitude des médecins face à une lombosciatique hyperalgique

	Attitude 1		Attitude 2		Attitude 3		Attitude 4	
MG	32	43,8%	14	19,2%	20	27,4%	7	9,5%
Internes	14	23%	27	44,2%	19	31,1%	1	1,6%
Rhumatologues	1	11,1%	5	55,5%	3	33,3%	2	22,2%
Neurochirurgiens	2	28,5%	3	42,8%	3	42,8%	0	
Traumatologues	1	16,6%	0		5	83,3%	1	16,6%
Neurologues	2	66,6%	0		1	33,3%	0	
Total	52	37,1%	49	35%	51	36,4%	10	7,1%

5- Cas N° 5 :

Un patient âgé de 40 ans, consulte pour une lombosciatique aigue, l'interrogatoire objective l'existence de troubles érectiles, une constipation avec fuite de gaz, une insensibilité au passage des selles et une incontinence urinaire. L'examen neurologique objective une anesthésie en selle avec béance anale au toucher rectal.

Question :

Quelle serait votre attitude ?

- Adresser le patient d'urgence au neurochirurgien (Attitude 1)
- Mettre le patient sous traitement médical et réévaluer les troubles neurologiques après 48 heures (Attitude 2)

Réponse :

Tableau XIV : Attitude des médecins face à une lombosciatique compliquée d'un syndrome de queue de cheval

	Attitude 1		Attitude 2	
	Nombre	%	Nombre	%
MG	60	95,2%	3	4,8%
Internes	51	98,1%	1	1,9%
Rhumatologues	9	100%	0	
Neurochirurgiens	7	100%	0	
Traumatologues	6	100%	0	
Neurologues	3	100%	0	
Total	136	97,1%	4	2,9%

6- Cas N° 6 :

Une patiente âgée de 70 ans qui présente un antécédent de diarrhée fébrile 10 jours avant l'apparition de la symptomatologie lomboradiculaire, consulte pour des douleurs de la région lombaire avec radiculalgie au membre inférieur droit de topographie S1. L'examen clinique note une fièvre à 38,2°, une raideur lombaire très importante avec un indice de Shober (IS) à 11 cm et une distance doit-sol (DDS) à 45cm.

Questions :

6-1 Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal arthrosique rétrécit
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

6-2 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demanderiez-vous ?

- Aucun
- Radiographies standards du rachis lombaire face/profil
- IRM du rachis lombaire
- NFS-VS

Autres :

Réponses

6-1 Quel le diagnostic le plus probable ?

Tableau XV : Diagnostics proposés devant un tableau clinique de lombosciatique sur spondylodiscite : nombre et pourcentage

	Diagnostic 1		Diagnostic 2		Diagnostic 3		Diagnostic 4		Diagnostic 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MG	0		6	9,5%	4	6,3%	40	63,5%	13	20,6%
Internes	0		0		1	1,9%	51	98,1%		
Rhumatologues	0		0		0		9	100%	0	
Neurochirurgiens	0		0		0		7	100%	0	
Traumatologues	0		0		0		6	100%	0	
Neurologues	0		0		0		3	100%	0	
Total	0		6	4,3%	5	3,6%	116	82,9%	13	9,3%

Diagnostic 1 : Lombosciatique sur hernie discale

Diagnostic 2 : lombosciatique sur canal arthrosique rétrécit

Diagnostic 3 : lombosciatique sur tassement vertébral porotique

Diagnostic 4 : lombosciatique sur spondylodiscite lombaire

Diagnostic 5 : lombosciatique sur métastase osseuse

6-2 Quels examens complémentaires prescrire ?

Tableau XVI : Examens complémentaires demandés lors d'une lombosciatique sur spondylodiscite

	Aucun		Rx Std Rachis lombaire F/P		IRM rachis lombaire		NFS/ VS	
MG	1	1,5%	46	73%	24	31,8%	44	69,8%
Internes	0	0	41	78,8%	28	53,8%	46	88,4%
Rhumatologues	0	0	6	66,6%	6	66,6%	7	77,7%
Neurochirurgiens	0	0	3	42,8%	5	71,4%	6	85,14%
Traumatologues	0	0	5	83,3%	1	16,6%	5	83,3%
Neurologues	0	0	2	66,6%	1	33,3%	3	100%
Total	1	0,7%	103	73,5%	65	46,4%	111	79,2%

7- Cas N° 7:

Un patient âgé de 65 ans, souffre d'une lombosciatique aiguë isolée non impulsive à la toux. Il a reçu un traitement par AINS et antalgique pendant 2 semaines sans amélioration notable. Il est à noter que ce patient présente une dysurie et une pollakiurie nocturne avec récemment des épisodes de rétention aiguë d'urine spontanément résolutive.

Questions :

7-1 Quel est le diagnostic le plus probable chez ce patient ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal lombaire étroit arthrosique
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

7-2 Quelle est votre attitude ?

- Renforcer le traitement antalgique
- Prescrire des examens complémentaires

Si oui : Quel(s) examen(s) de première intention prescriveriez-vous ?

- NFS
- VS
- CRP
- Radiographies standards du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse
- IRM lombaire

Réponses

7-1 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Tableau XVII : Diagnostics proposés devant un tableau clinique de lombosciatique sur métastase osseuse

	Diagnostic 1		Diagnostic 2		Diagnostic 3		Diagnostic 4		Diagnostic 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médecins Généralistes	5	7,9%	4	6,3%	3	4,8%	3	4,8%	48	76,2%
Internes	0		1	1,9%	2	3,8%	0		49	94,2%
Rhumatologues	0		0		0		0		9	100%
Neurochirurgiens	0		0		0		0		7	100%
Traumatologues	1		0		0		0		5	83,3%
Neurologues	0		1		0		0		2	66,6%
Total	6	4,3%	6	4,3%	5	3,6%	3	2,1%	120	85,7%

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

7-2 Quelle est votre attitude ?

Tableau XVII : Attitude des médecins face à une lombosciatique symptomatique en faveur de métastase osseuse

	Renforcer le traitement Antalgique seul		Prescrire des examens complémentaires		Les 2 attitudes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
MG	1	1,6%	53	84,1%	9	14,3%
Internes	0	0	40	76,9%	12	23,1%
Rhumatologues	0	0	6	66,7%	3	33,3%
Neurochirurgiens	0	0	5	71,4%	2	28,6%
Traumatologues	0	0	6	100%	0	0
Neurologues	0	0	3	66,7%	1	33,3%
Total	1	0,7%	112	80%	27	19,3%

a- Examens complémentaires prescrits

Tableau XVIII : Examens complémentaires demandés en nombre et pourcentage

	NFS		VS		CRP		Rx rachis lombaire		Scintigraphie		IRM lombaire	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MG	23	36,5%	27	42,8%	27	42,8%	47	74,6%	14	22,2%	27	42,8%
Internes	8	15,3%	24	46,1%	1	0,2%	50	96,1%	25	48%	6	11,5%
Rhumatologues	3	33,3%	4	44,4%	3	33,3%	8	88,8%	2	22,2%	1	11,1%
Neuroch	1	14,2%	1	14,2%	0	0	6	85,7%	1	14,2%	3	42,8%
Traumato	1	16,6%	1	16,6%	2	33,3%	5	83,3%	2	33,3%	1	16,6%
Neurologues	0	0	1	33,3%	0	0	3	100%	1	33,3%	0	0
Total	36	25,7%	58	41,4%	33	23,5%	119	85%	45	32,1%	38	27,1%

8- Cas N° 8 :

Une patiente âgée de 40 ans, infirmière au CDST (Centre de diagnostic spécialisé de tuberculose), souffre depuis 1 mois d'une lombosciatique S1 non améliorée par le traitement médical. L'interrogatoire retrouve la notion d'anorexie et d'asthénie. L'examen note une raideur rachidienne et une inversion de la courbure lombaire.

Questions

8-1 Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal lombaire étroit arthrosique
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

8-2 quel(s) examen(s) complémentaire(s) demander chez cette patiente ?

- NFS
- VS
- Radiographies standards du rachis lombaire
- Radiographie du thorax face
- Scintigraphie osseuse
- IDR à la tuberculine

Réponses

8-1 Quelle est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

Tableau XIX : Diagnostics proposés devant un tableau évocateur de lombosciatique sur spondylodiscite tuberculeuse

	Diagnostic 1		Diagnostic 2		Diagnostic 3		Diagnostic 4		Diagnostic 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MG	0	0	0	0	2	3,2%	61	96,8%	0	0
Internes	0	0	0	0	0	0	52	100%	0	0
Rhumatologues	0	0	0	0	0	0	9	100%	0	0
Neurochirurgiens	0	0	0	0	0	0	7	100%	0	0
Traumatologues	0	0	0	0	0	0	6	100%	0	0
Neurologues	0	0	0	0	0	0	3	100%	0	0
Total	0	0	0	0	2	1,4%	138	98,6%	0	0

8-2 Quel (s) examen(s) complémentaire (s) demander chez cette patiente ?

Tableau XX : Examens complémentaires demandés devant une suspicion de spondylodiscite tuberculeuse

	NFS		VS		Rx Std rachis lombaire		Rx Thorax face		Scintigraphie		IDR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MG	41	65%	47	74,6%	55	87,3%	56	88,8%	2	3,1%	52	82,5%
Internes	34	65,3%	36	69,2%	52	100%	51	98%	0	0	51	98%
Rhumatologues	9	100%	9	100%	9	100%	9	100%	1	11,1%	8	88,8%
Neuroch	4	57,14%	4	57,14%	7	100%	5	71,4%	0	0	7	100%
Traumato	5	83,3%	5	83,3%	5	83,3%	6	100%	0	0	5	83,3%
Neurologues	2	66,6%	2	66,6%	3	100%	3	100%	0	0	3	100%
Total	95	67,8%	103	73,5%	131	93,5%	130	92,8%	3	2,1%	126	90%



DISCUSSION

❖ Les recommandations de L'ANAES

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a publié en juillet 2000 des recommandations pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et des lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution.

❖ Des recommandations de la pratique clinique : Pourquoi ?

Les progrès en médecine sont de plus en plus rapides, marquées par l'apparition de nouvelles techniques ou de modalités thérapeutiques innovantes. Il devient dès lors difficile pour les praticiens d'assimiler toutes ces données, d'avoir le recul nécessaire et également le bagage scientifique pour analyser les travaux publiés de façon objective, d'évaluer ces nouveautés et de trouver leur place dans la pratique quotidienne.

L'ANAES a pour mission de « promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, notamment en élaborant des recommandations professionnelles ». Celles-ci sont définies comme des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Ces recommandations ne sont pas des RMO (références médicales opposables) et n'ont pas le but d'être utilisées comme telles. Leur but est de faire la synthèse des données scientifiques et d'améliorer la pratique courante.

❖ Des recommandations pour la pratique clinique : Comment ?

Ces recommandations ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie très stricte. Succinctement, cette méthodologie repose à la fois sur l'analyse de la littérature scientifique et l'avis des professionnels (notamment lorsqu'il n'ya pas de données publiées). En effet ces recommandations largement basées sur « l'Evidence based medicine », ne peuvent tenir compte « d'impressions » ou de pratiques isolées, sauf lorsque le consensus professionnel, en l'absence de preuves dans la littérature est fort.

Les réserves que l'on peut émettre vis-à-vis de ce genre de recommandations est qu'il est possible de ne trouver aucune preuve scientifique de l'efficacité d'une thérapeutique soit parce que toutes les études sont négatives, soit parce que toutes les études publiées sont méthodiquement incorrectes et ne permettent pas de conclure, soit encore parce qu'il s'agit d'un domaine qui n'a pas été exploré ; ce qui ne veut pas dire que la thérapeutique en question est inefficace. La deuxième réserve concerne la date d'élaboration des recommandations qui date déjà de sept années, avec accumulation depuis de nouvelles études et publications. Nous tacherons de rapporter tout ce qui est d'actualité en matière de prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes.

Nous procédons comme suit :

- Analyse de nos cas cliniques tirés des recommandations de l'ANAES, cas par cas.
- Analyse des réponses des médecins : sont-elles congruentes aux recommandations ?
- Comparaisons à ce qui est rapporté dans la littérature.
- Actualités sur la question.

I. ITEM 1: PLACE DE L'IMAGERIE

Selon l'ANAES, En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel).

Les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit discoradiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques.

1 – Cas clinique N° 1 :

Ce cas clinique vise à évaluer

- L'attitude des praticiens quant à la prescription des examens complémentaires biologiques et essentiellement radiologiques, ces prescriptions sont-elles justifiées ? nous présentant ce cas illustrant la situation clinique de lombosciatique commune typique aigue.

Une patiente âgée de 40 ans, ayant comme antécédent des lombalgies, consulte pour une **lombosciatique** évoluant depuis **10 jours**. La douleur est **unilatérale** droite, **impulsive** à la toux. A l'examen, il existe un signe de Lasègue croisé **sans déficit sensitif ou moteur**. La patiente est régulièrement sous paracétamol 1,5 g/j avec une amélioration de l'EVA (échelle visuelle analogique) de 20% : EVA initiale à 60% devenue 40% après traitement.

QUESTIONS

Quelle serait votre attitude ?

- Renforcer le traitement médical
- Prescrire des examens complémentaires

Si oui, lesquels ?

- Bilan inflammatoire
- Bilan radiologique

REPONSES

1-1 Renforcement du traitement médical

Dans notre enquête 86% des médecins (76% des généralistes, 98% des internes, 89% des rhumatologues, 71% des neurochirurgiens, 83% des traumatologues et 100% des neurologues) ont opté pour le renforcement du traitement médical étant donné que la douleur n'était que partiellement améliorée sur l'EVA.

1-2 Prescription d'examens radiologiques

44% de l'ensemble des praticiens ont demandé des examens complémentaires, 42% ont demandé entre autres des bilans radiologiques. Les plus prescripteurs de bilans radiologiques sont les neurochirurgiens à 71,4% et les moins prescripteurs sont les rhumatologues à 22,2%.

Commentaires

Comme nous constatons les recommandations de l'ANAES sont sans ambiguïté sur cet item, aucune donnée nouvelle n'est venue pour le moment contredire ou modérer les conclusions de ce comité d'experts.

Dans notre enquête, les recommandations n'ont pas été totalement suivies car :

– Les radiographies ont été prescrites en dehors de tout caractère les justifiant à savoir les signes de gravité ou recherche étiologique.

– De plus ces radiographies ont été pratiquées à peine 10 jours après le début de la symptomatologie, donc trop précocement pour pouvoir conclure à une évolution défavorable.

Dans ce même sens, une étude faite par les canadiens est parue au JAMA en 1997 [1] et a conclu aux mêmes constatations que dans notre enquête. L'objectif était d'évaluer l'impact de la publication des recommandations de AHCRP (Agency for Health Care Policy and Research) sur l'attitude des médecins généralistes de familles en matière de prescription d'examens radiologiques dans les lombalgies aiguës évoluant depuis moins de 3 mois vues en première intention. 963 patients étaient inclus dans l'étude. Les résultats étaient comme suit ; 13% des patients ont eu des prescriptions de radiographies lombaires durant leur première visite dont 54% avec des incidences obliques. 44% des patients ont déjà subi des radiographies alors que chez 8 seulement parmi les 936 patients ont été diagnostiquées des fractures ou tumeurs osseuses durant l'évolution. Les auteurs concluent que les recommandations n'ont pas permis de diminuer la prescription des radiographies lombaires en phase précoce et recommandent une information plus restrictive et ciblée vis-à-vis des généralistes avec une meilleure évaluation côté efficacité.

Une autre étude parue dans le J Gen Intern Med en 1992 [2] (Cf revue de littérature) met en évidence un décalage entre les recommandations et les pratiques des médecins généralistes

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

en matière de prescription d'examens d'imagerie ; 26% des radiographies lombaires, 66% des TDM et des IRM étaient inappropriés.

Une Autre étude parue dans le JAMA en 2000 [3] et intéressant le nord de L'illinois a montré que 25% des praticiens utilisent de manière routinière la radiographie, et 16% la TDM ou l'IRM. (Cf revue de littérature)

Un autre travail paru au BMJ en 2001 et fait à Nottingham au Royaume Unis [4], avait comme objectif de démontrer que le fait de prescrire des radiographies lombaires dans les phases précoces de lombalgies ne s'accompagnait pas d'une meilleure évolution ou satisfaction. Les auteurs ont mené une étude randomisée sans aveugle ayant inclus 52 généralistes parmi les 73 de la région. 421 patients ayant une lombalgie aiguë de moins de 10 semaines d'évolution ont été inclus, les conclusions de cette étude étaient que la prescription précoce de radiographies lombaires n'est pas associée à l'amélioration de mise en fonction des patients ou de la douleur. Par contre, les patients qui ont subi des radiographies étaient plus satisfaits de la qualité des soins qui leurs sont prodigués. Le challenge est donc d'augmenter la satisfaction sans augmenter la prescription abusive d'examens radiologiques.

Il nous semble que l'écart que nous avons constaté entre les pratiques et les recommandations peut être expliqué par :

- Une demande pressante du patient à faire des examens complémentaires et notamment des radiographies ?

- Une volonté du praticien pour rassurer le patient ?

- Une volonté du praticien de « se couvrir » contre les plaintes du patient?

Ou tout simplement

- A une méconnaissance des recommandations ou

- A un désaccord avec ces dernières fondé sur la propre expérience de chacun.

Nous pensons que si l'on explique correctement au patient que la réalisation de radiographies ne changera rien à la prise en charge thérapeutique, on peut espérer une baisse de la demande de la part des patients.

C'est d'autant plus important qu'il a été montré qu'une médication excessive, et notamment la réalisation d'examens d'imagerie avec des compte-rendus parfois alarmistes, était plutôt un facteur de mauvais pronostic au cours de la lombalgie [5].

Il n'est pas justifié de pratiquer une imagerie précoce dans les cas de lombalgies et lombosciatiques communes non compliquées pour les raisons suivantes [6, 7] :

- ❖ *Ce n'est pas sur l'imagerie que l'on fait le diagnostic de sciatique mais par la clinique*

En effet, le diagnostic de sciatique est basé essentiellement sur l'interrogatoire et en partie sur l'examen clinique.

- ❖ *Les relations entre l'imagerie et la clinique sont très faibles.*

Un conflit radiculaire n'est pas toujours mis en évidence par l'imagerie en présence d'une sciatique. Les sensibilités et les spécificités du scanner et de l'IRM pour mettre en évidence une hernie discale sont proches mais avec certaines limites.

La présence d'une hernie discale ne s'accompagne toujours pas d'une sciatique, puisque environ 20 à 30% des sujets sans antécédents de sciatique ont des anomalies discales visibles sur l'imagerie [8,9]. Karppinen et al. [10] n'ont pas mis en évidence de corrélation entre l'intensité des symptômes et les images obtenues à l'IRM, sauf pour le signe de Lasègue. Donc il n'y a pas de relations linéaire anatomo-clinique mais une causalité multifactorielle avec des variables indépendantes : anatomiques, biochimiques (TNF alpha mais aussi d'autres facteurs), relationnelles (vie psychique du patient) et d'autres encore qui nous échappent probablement. Ceci peut être expliqué de façon simple à nos patients. A ceci s'ajoute que l'imagerie précoce n'est pas utile pour guider le traitement médical dans les premières semaines.

- ❖ *Les éléments pronostiques connus de l'imagerie n'ont pas d'intérêt au stade du traitement médical.*

Une étude [11] réalisée avec un nombre limité de patients (60 patients), n'a pas permis de mettre en évidence la valeur pronostique des caractéristiques obtenues avec un scanner

rachidien pratiqué chez des patients (atteints de sciatique évoluant depuis moins d'un mois) sur l'évolution à 3 mois.

Carrage et kim [12] ont montré que l'intérêt pronostique de l'IRM existe essentiellement pour les patients opérés.

- ❖ *L'imagerie avant la quatrième semaine comporte des risques d'induire un traitement radical trop précocement.*

La mise en évidence précoce d'une hernie discale concordante avec la clinique pourrait entraîner la pratique de discectomie, dont l'intérêt n'est pas encore démontré, avant le premier mois d'évolution. En effet, il n'y a pas d'études comparatives randomisées prouvant l'intérêt d'une chirurgie précoce dans les quatre premières semaines d'évolution d'une lombosciatique commune non compliquée[13].

- ❖ *L'imagerie n'est pas nécessaire pour une relation médecin/malade de qualité*

L'attente du patient est une amélioration de sa douleur et de sa capacité fonctionnelle. Sa satisfaction passe par une information générale sur sa maladie [14]. Les explications fournies par le praticien sont d'un intérêt majeur dans l'évolution des lombalgies. Le médecin doit privilégier le temps consacré à l'information de son patient. L'absence d'imagerie évite au patient d'être confronté à ses propres images, à leurs anomalies éventuelles et aux diagnostics ambivalents qui sont porteurs d'effets anxiogènes.

- ❖ *Une large pratique d'imagerie précoce entrainerait d'importants coûts économiques alors que le bénéfice n'est pas prouvé.*

Au stade actuel des connaissances sur l'imagerie, il semble préférable d'encourager une revalorisation dans tous les sens du terme de la consultation médicale. Une large information des médecins et des patients doit être poursuivie dans ce sens.

II. ITEM 2 : Prise en charge thérapeutique

Selon l'ANAES, « Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontractants musculaires (grade B). Il n'a pas été identifié d'étude sur les effets de l'association de ces différentes thérapeutiques.

La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité (grade C). »

« L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë. Si efficacité il y a, elle est de courte durée. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intradurale dans la lombosciatique aiguë (grade B).

Il n'y a pas d'indication d'injection facettaire postérieure dans la lombosciatique aiguë (grade C). »

« Tant pour la lombalgie aiguë que pour la lombosciatique, il n'a pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (grade B). La poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle peut se faire en concertation avec le médecin du travail ».

« Il n'a pas été retrouvé d'étude attestant de l'efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie aiguë (grade B).

Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B).

L'école du dos, éducation de courte durée en petit groupe, n'a pas d'intérêt dans la lombalgie aiguë (grade B).

En matière de kinésithérapie, les exercices en flexion n'ont pas démontré leur intérêt. En ce qui concerne les exercices en extension des études complémentaires sont nécessaires (grade B). »

1- Cas clinique N° 2 :

Ce cas clinique vise à explorer l'attitude thérapeutique vis-à-vis d'une lombosciatique aiguë commune : Traitement médicamenteux, physique et infiltrations

Un patient âgé de 47 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, souffre de lombosciatique L5 gauche isolée et évoluant depuis **3 semaines**. La douleur évaluée à une EVA à **80%**, est **unilatérale, impulsive** à la toux.

L'examen clinique note une raideur lombaire segmentaire, un Lasègue à 60% avec signe de la sonnette à gauche. Il n'existe **pas de déficit sensitif ou moteur**.

Questions :

1-1 Quel traitement médical prescriveriez-vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antalgique | <input type="checkbox"/> Antalgique+ AINS+ myorelaxant |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire non stéroïdien | <input type="checkbox"/> Antalgique+ corticothérapie systémique |
| <input type="checkbox"/> Antalgique+ AINS | <input type="checkbox"/> AINS+Vitaminothérapie |
| <input type="checkbox"/> AINS+Vitaminothérapie+myorelaxant+ Antalgique | |

1-2 En quel moment proposeriez-vous une infiltration cortisonique ?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si échec du traitement | <input type="checkbox"/> D'emblée |
|---|-----------------------------------|

1-3 Quel type d'infiltration cortisonique proposeriez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infiltration épidurale | <input type="checkbox"/> Infiltration intradurale |
|---|---|

1-4 Prescrieriez-vous un repos

- Oui
- Non
- Si oui,
- Strict au lit

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Relatif (arrêt de travail avec poursuite des activités journalières compatibles avec la douleur)

Si oui, pour quelle durée ?

- 2 jours 5 jours 1 semaine 2 semaines 3 semaines
- Tant que dure la douleur

L'évolution sous traitement bien conduit pendant 3 semaines s'avère partiellement favorable, en effet l'EVA est passée à 30%.

1-5 Quel relais thérapeutique conseillez-vous à votre patient ?

- Poursuivre le traitement médical
- Des séances de kinésithérapie
- Quelques séances d'acupuncture
- Des séances de manipulation rachidienne

Réponses :

1-1 Quel Traitement médical prescrit-on ?

Dans notre enquête, 57% des médecins ont prescrit la triple association Antalgique+AINS+myorelaxant, 26% ont prescrit une association d'Antalgique+AINS+myorelaxant +vitaminothérapie, 14% ont prescrit la double association antalgique+AINS, 2 médecins ont prescrit un antalgique et une corticothérapie systémique un seul médecin généraliste a prescrit un AINS seul par contre aucune prescription n'a porté sur un antalgique seul.

Commentaires :

Ces prescriptions répondent en général aux recommandations préconisées. Elles visent avant tout à soulager le mieux le patient. Dans notre enquête on note la tendance à multiplier les associations.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Selon l'IMS-DOREMA (base de donnée d'industrie pharmaceutique) [15], un panel tournant de 800 médecins généralistes libéraux représentatifs de la population médicale en France, qui notent diagnostic et prescription de toute consultation pendant un mois une fois par an : les antalgiques, AINS et myorelaxant sont prescrits respectivement dans 53%, 73% et 75% des consultations pour lombalgies.

Aux US, 69% des patients qui consultent pour le premier épisode de lombalgies aiguës ont reçu une prescription d'AINS et 4% ont reçu une prescription de paracétamol et AINS. [16,17] (Tableau 1)

Aux Pays-Bas, les médecins généralistes prescrivent des antalgiques ou des AINS chez 45% des patients souffrant de lombalgies [18]. (Tableau 2)

Au nord de l'Illinois [3], les praticiens prescrivent : les opiacés à 62%, corticoïdes oraux à 45% et antidépresseurs à 23%.

Tableau XXI : Traitement médical de première intention aux US

Prescription	%
AINS seuls	34,7
AINS et myorelaxants	24,2
AINS et opiacés	4,1
Myorelaxants seuls	3,7
Myorelaxants et opiacés	3,2
AINS et opiacés et myorelaxants	2,7
Autres associations	6,9
Pas de traitement	20,5
Total	100

Tableau XXII : Médication des épisodes de lombalgies aux Pays-Bas

Prescription	%
Antalgiques	45
Benzodiazépines	5
Non benzodiazépines	0
Pas de médicaments	50
Total	100

Tableau XXIII : Médication des épisodes de lombalgies communes dans notre étude

Prescription	%
Antalgiques seuls	0
AINS	0,7%
Antalgique + AINS	14,2%
Antalgique + AINS + Myorelaxant	57,1%
Antalgique + corticothérapie systémique	1,4%
AINS+ Vitaminothérapie	0
AINS + vitaminothérapie+ antalgique + myorelaxant	26,4%
Total	100

De façon comparative, nous constatons une forte prescription médicamenteuse chez nos praticiens. (Tableau 3)

Tableau XXIV : Comparaison des prescriptions médicamenteuses en matière de lombalgies aiguës chez les praticiens dans les différentes études.

	Antalgiques	AINS	Benzodiazépines / myorelaxants
US [17]	-	61,6%	33,8%
Pays bas [18]	45%	-	5%
Nord de l'illinois [3]	62%	45%	-
Notre étude	99,3%	98,6%	83,5%

1-2 Moment de réalisation et type de l'infiltration cortisonique

Réponses :

Dans notre étude, 93,5% des médecins ont prescrit des infiltrations cortisoniques après échec du traitement médicamenteux contre 1,4% qui l'on prescrit d'emblée. Les 98,4% des médecins qui ont prescrit des infiltrations ont choisi d'effectuer des injections épidurales. Par contre 5% des médecins n'ont pas répondu à cette partie du questionnaire en mentionnant que les infiltrations cortisoniques du rachis sont contre-indiquées. Il s'agit essentiellement de neurochirurgiens.

Commentaires :

Les infiltrations rachidiennes de corticoïdes sont utilisées dans le traitement des lombosciatiques depuis plus de 50 ans. De nombreuses études ouvertes ont montré un effet favorable dans environ 65% des cas. Elles sont de pratique très courante et dans une enquête d'opinion auprès de 84 services de rhumatologie français, les infiltrations de corticoïdes faisaient partie du traitement médical de base de la lombosciatique pour 65% des médecins interrogés [19,20]. Cependant, cette modalité thérapeutique continue à faire objet de controverses à l'heure de l'Evidence-Based Medicine [21,22]. Les infiltrations épidurales et les infiltrations périradiculaires de corticoïdes ont été bien étudiées dans la lombosciatique discale. Outre le soulagement de la douleur, elles contribuent à empêcher le développement de modifications structurales et fonctionnelles nerveuses périphériques qui facilitent la pérennisation de la douleur [23]. Dans les autres indications, en particuliers les poussées de lombalgie sans atteinte radiculaire, on ne dispose d'aucune étude contrôlée spécifique. Les infiltrations articulaires postérieures ont fait l'objet d'études contrôlées, mais très peu nombreuses.

a- Efficacité dans la lombosciatique

a-1 Infiltrations épidurales

Très couramment utilisées en pratique quotidienne. Les voies d'injection sont multiples : interépineuse lombaire, par le premier trou sacré ou par l'hiatus sacrococcygien. La voie interépineuse est la plus couramment utilisée. La comparaison des études ne montre pas la supériorité d'une voie par rapport aux autres, en termes d'efficacité [24]. En ce qui concerne leur efficacité, les études ouvertes sont nombreuses et attestent d'un bon résultat dans 65% des cas environ. Les 13 études randomisées publiées avaient fait l'objet d'une revue en 1998 [25], dont les conclusions étaient les suivantes :

- Les résultats de 5 études sur les 13 étaient favorables aux infiltrations ;
- L'efficacité sur la douleur ne se discernait pas au-delà d'un délai d'un mois ;

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Un seul travail constatait un effet sur le retour au travail des patients ;
- Aucun ne mentionnait une réduction du recours à la chirurgie.

Ces études étaient très hétérogènes et de qualité méthodologique variable. [Tableau XXV]

Tableau XXV : Etudes concernant l'efficacité des infiltrations épidurales en matière de lombosciatiques communes

Auteurs	Nbre	Patients	Intervention	Contrôle	Résultats
Carette [26] 1997	156	Lombosciatique par hernie discale	3 infiltrations à 3 semaines d'intervalle de 80 mg de méthylprednisolone	Infiltration de sérum physiologique	Positif à la sixième semaine sur la douleur
Valat [27] 2003	85	Lombosciatique de 15 jours à 6 mois d'évolution	3 injections à 2 jours d'intervalle d'acétate de prednisolone 50 mg	Infiltration de sérum physiologique 2ml	Négatifs
Arden [28] 2005	228	Sciatique d'origine discale présumée de 1 à 18 mois d'évolution	3 infiltrations d'acétonide de triamcinilone + Bupivacaine à 3 semaines d'intervalle	Infiltration de sérum physiologique	Positif à 3 semaines, Négatif à 6 et à 52 semaines. Négatif sur le délai de retour au travail et le recours à la chirurgie
Wilson [29] 2005	93	Lombosciatique de plus de 6 semaines sur hernie discale ou sténose canalaire	Méthyprednisolone 80 mg en épidural+ bupivacaine	Méthyprednisolone 80 mg en intramusculaire+ bupivacaine	Négatif (mais soulagement dans les 2 groupes au bout de 5 semaines)
Umit [30] 2007	64	Lombosciatique subaiguë ou chronique	Infiltration d'acétate de méthyprednisolone 40mg	AINS : diclofénac de sodium 75 mg LP	Positif

Que peut-on penser de ces études ? L'évolution naturelle de la lombosciatique discale est spontanément favorable avec le temps, ce qui contribue à masquer l'effet des traitements. Cependant, il paraît clair, au vu des études publiées et en particulier des dernières, que les infiltrations épidurales de corticoïde ont un effet significatif sur la douleur durant trois à six semaines. Il est clair qu'aucune étude n'a montré que les infiltrations épidurales réduisaient le taux de recours à la chirurgie ou permettaient un retour plus rapide au travail. Mais si l'objectif est un effet antalgique à court terme, il est alors légitime de considérer qu'il est atteint. Sans doute vers la troisième semaine.

Quant au nombre optimal des infiltrations, il n'y a pas vraiment d'études apportant une réponse à ce point. Certains patients ne s'améliorent qu'après la deuxième ou la troisième. Il ne semble pas que l'augmentation au-delà de 3 injections accroisse le bénéfice [28, 29].

a-2 Infiltrations périradiculaires

L'infiltration périradiculaire est l'injection par voie latérale dans l'espace périradiculaire au niveau du foramen atteint. Quelques études ouvertes, de qualité variable, font état de bons résultats dans 80% des cas environ. Plusieurs études randomisées ont été réalisées avec une méthodologie différente. [Tableau XXVI]

Tableau XXVI : Etudes concernant l'intérêt des infiltrations péridurales en matière de lombosciatiques communes

Auteurs	Nombre	Patients	Intervention	Contrôle	Résultats
Karppinen [31] 2001	160	Lombosciatique unilatérale depuis 3 à 28 semaines	Injection de 40 mg de méthylprednisolone en périradiculaire	Injection de sérum physiologique	Positifs à court terme
Vad [32] 2002	-	- (ancienneté de la lombosciatique non précisée !)	Injection intraforaminale d'acétate de betamethasone 9 mg + xylocaïne	Injection de sérum physiologique dans les muscles paraspinaux	Positif
Riew [33] 2000	55	Patients adressés en chirurgie après échec du traitement conservateur	6 mg de betamethasone et bupivacaine	Bupivacaine seule	Diminution du recours à la chirurgie
Ng [34] 2005	86	Lombosciatique chronique	Méthylprednisolone et bupivacaine	Bupivacaine seule	Négatif
Karppinen [31] 2001	160	Lombosciatique unilatérale depuis 3 à 28 semaines	Injection de 40 mg de méthylprednisolone en périradiculaire	Injection de sérum physiologique	Positifs à court terme

En conclusion, l'effet bénéfique des infiltrations péridurales de corticoïde est démontré dans trois études, les lombosciatiques de moins de 3 mois d'évolution qui nous intéressent n'ont concerné qu'une seule étude.

Il serait pourtant hasardeux de conclure à la supériorité des infiltrations péridurales, plus complexes, sur les infiltrations épidurales en l'absence d'étude comparative solide.

a-3 Infiltrations intradiscales

Elles ne doivent plus être pratiquées, d'une part, du fait d'un effet atrophiante souvent jugé excessif et d'autre part, surtout du fait de la survenue de calcifications discales parfois exubérantes et évolutives. Elles ne doivent plus être pratiquées.

b- Efficacité dans les lombalgies

La place des infiltrations des corticoïdes dans le traitement des lombalgies sans atteinte radiculaire reste très controversée.

b-1 Infiltrations articulaires postérieures

Peuvent être réalisées avec ou sans contrôle radiologique. Elles s'adressent préférentiellement aux douleurs lombaires d'origine articulaire postérieure présumée ; mais il n'existe pas de critères diagnostic validés de cette origine et cette présomption reste dépendante de l'observateur.

Les essais dont on dispose ont été réalisés dans la lombalgie chronique uniquement [35,36] et n'ont pas vraiment montré de différences statistiquement significatives entre les différents groupes de comparaison.

b-2 Infiltrations épidurales

Aucune étude contrôlée n'a été menée spécifiquement dans la population des lombalgies seules, les études concernant surtout les lombosciatiques, parfois des populations mixtes de lombalgies et lombosciatiques, mais sans analyse séparée des sous-groupes. Elles semblent avoir un effet antalgique à court terme dans les poussées douloureuses des lombalgies chroniques. Aucune étude ne démontre une efficacité à long terme ou en matière de lombalgies aiguës de moins de 3 mois d'évolution.

b-3 Infiltrations intradurales

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de cette technique et des accidents sévères ont été rapportés. Cette voie doit être proscrite.

Au terme de cette revue de la littérature, dans les lombosciatiques communes, malgré les résultats discordants et souvent décevants des études, il ne faut pas conclure hâtivement à l'inefficacité des infiltrations. Les infiltrations épidurales ont un effet antalgique à court terme (vers la troisième semaine), avec un fort degré d'évidence scientifique et peut être à long terme, mais le degré d'évidence n'est là que limité [37]. En revanche, elles ne permettent pas un retour plus rapide au travail et ne réduisent pas le recours à la chirurgie. Les infiltrations

périoradicaux ont un effet symptomatique à court terme avec un fort degré d'évidence scientifique, mais à long terme le degré d'évidence n'est que modéré [37]. Un effet sur le recours à la chirurgie pour des patients en échec de traitement conservateur doit être confirmé. Les infiltrations ne font pas partie du traitement de première intention, mais il nous paraît légitime d'y recourir dans un second temps, en cas d'échec ou d'amélioration insuffisante.

Dans les lombalgies communes, les infiltrations articulaires postérieures semblent avoir un effet antalgique chez certains patients. Cette technique peut être proposée pour certains patients résistants au traitement de première intention. Les infiltrations épidurales peuvent avoir un effet symptomatique à court terme dans les poussées douloureuses des lombalgies chroniques, dont elles ne constituent bien sûr pas l'essentiel du traitement. Les infiltrations intradurales doivent être proscrites compte tenu de leur risque potentiel et du manque de données prouvant leur efficacité.

1-3 LE REPOS AU LIT

Réponses :

Dans notre étude, 99,3% des médecins ont prescrits le repos : 67,7% (100% des neurologues, 77,7% des rhumatologues, 73% des internes, 66% des traumatologues, 64,5% des généralistes, 28,5% des neurochirurgiens) sont pour un repos relatif c'est à dire avec maintien d'une activité quotidienne compatible avec la douleur. 32,3% ont prescrit un repos strict au lit.

Commentaires :

Le repos strict au lit était, il y a quelques années, une prescription classique donnée aux patients souffrant de lombalgies aiguës. Cette attitude est désormais en désaccord avec les recommandations.

En termes pratiques nous pouvons dire que 32,3% des médecins de notre enquête ont une attitude opposée aux recommandations essentiellement au sein du groupe des neurochirurgiens.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Dans ce même sens une enquête française [38] publiée en 2004 a été réalisée auprès de 2000 médecins généralistes devant inclure à la date de l'enquête les 3 premiers patients souffrant de lombalgie aiguë sans irradiation de moins de 3 jours et consultant pour la première fois. L'étude a intéressé 5355 patients, la prescription a été recommandée chez 27,6% des patients, et la durée moyenne de cette prescription était de 4,4j. Le groupe des patients ayant eu une prescription de repos au lit comportait un pourcentage significativement plus élevé de patients lombalgiques chroniques comparé au groupe sans repos au lit. Les prescriptions médicamenteuses étaient plus importantes dans le groupe avec repos au lit. Les résultats de cette étude viennent confirmer les recommandations d'éviter le repos au lit ainsi que l'effet délétère du repos dans l'évolution vers la chronicité. Et montre une adhérence majoritaire aux recommandations de la part des généralistes en France.

Dans ce même sens, Une étude anglaise parue au PAIN en mars 2008 [39] s'est intéressée à étudier le degré d'adhérence des praticiens (442 médecins généralistes et 580 kinésithérapeutes) aux recommandations en ce qui concerne le maintien de l'activité physique au cours de l'épisode lombalgique. 28% seulement ont répondu qu'il fallait conserver une activité physique optimale.

Plusieurs essais randomisés ont mis en question l'effet bénéfique du repos dans la lombalgie aiguë. Ces essais ont d'abord comparé le bénéfice du repos strict pour de courtes durées par rapport à de longues durées. Puis se sont intéressés à comparer le maintien des activités ordinaires dans les limites autorisées par la douleur par rapport au repos strict ou aux exercices de mobilisation du rachis. Toutes ces études ont montré une différence statistiquement significatives en faveur du maintien de l'activité ordinaire en terme de :

- Durée et intensité de la douleur.
- Mobilité et l'état fonctionnel du rachis.
- Aptitude au travail et le nombre de jours d'absentéisme.

Nous résumons ces différentes études sur le tableau XXVII

Tableau XXVII: Etudes traitant de la place du repos au lit en matière de lombalgies et lombosciatiques communes

Auteurs	Nombre	Patients	Intervention	Contrôle	Résultats
Wiesel [40] 1980	80	Lombalgie aigue	Repos au lit	Maintien ambulatoire Activités restreintes	Positif
Deyo [41] 1986	203	Lombalgie aigue	Repos au lit 7 jours	Repos au lit 2 jours	Négatif
Evans [42] 1987	252	Lombalgie aigue	Repos au lit 4 jours	1-Physiothérapie et éducation 2- Pas de traitement	Négatif
Postachinni [43] 1988	398	Lombalgie aigue	Repos au lit 6 à 8 jours	1- Manipulation 2-AINS 3-Physiothérapie 4-Placebo	Négatif
Szpalski [44] 1992	51	Lombalgie aigue	Repos au lit 7 jours	Repos au lit 3 jours	Négatif
Malmivaara [45] 1995	186	Lombalgie aigue	Repos au lit 2 jours	1-Exercices de mobilisation 2-Activités ordinaires	Négatif
Wilkinson [46] 1995	80	Lombalgie aigue	Repos au lit	Maintien ambulatoire Activités restreintes	Positif
Vroomen [47] 1999	203	Lombalgie aigue	Repos au lit 7 jours	Repos au lit 2 jours	Négatif
Rosenberg [48] 2002	252	Lombalgie aigue	Repos au lit 4 jours	1-Physiothérapie et éducation 2- Pas de traitement	Négatif
Wiesel [40] 1980	398	Lombalgie aigue	Repos au lit 6 à 8 jours	1- Manipulation 2-AINS 3-Physiothérapie 4-Placebo	Négatif

1-4 Relai thérapeutique

Réponses :

Dans notre enquête, 65,7% de l'ensemble des praticiens a prescrit comme relai au traitement médical initial des séances de kinésithérapie (63,5% des médecins généralistes, 67,3% des internes, 66,6% des rhumatologues, 42,8% des neurochirurgiens, 83,8% des traumatologues

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

et 100% des neurologues), 2% ont prescrit des séances de manipulation rachidienne. Aucun médecin n'a prescrit l'acupuncture comme relai thérapeutique.

Commentaires

Nous pouvons noter une large prescription de la kinésithérapie auprès de nos médecins, alors que selon les recommandations elle n'a pas démontré son intérêt et que des études supplémentaires s'avèrent nécessaires.

Dans le même sens que notre étude, une étude anglaise est parue en 1996 dans le BMJ [49] et a montré que 42% (IC=34 à 49%) des praticiens donnent des conseils au sujet des exercices d'entretien de dos, 34% (26 à 41%) au sujet du fitness ou de l'activité quotidienne. 20% ont recours à des manipulations et 6% à l'acupuncture.

Tableau XXVIII : relais thérapeutiques prescrits dans notre étude en comparaison avec une étude anglaise [49]

	Little P et al 1996 [49]	Notre étude
Kinésithérapie et exercices du maintien du dos	42%	65,7%
Manipulations rachidiennes	20%	2%
Acupuncture	6%	0%

Une enquête réalisée au nord de l'Illinois a montré que 22% des praticiens recommandent à leurs patients des manipulations rachidiennes [3].

Les résultats des études sur l'effet de la kinésithérapie et des exercices en matière de prise en charge thérapeutique des lombalgies aiguës sont contradictoires. En effet, huit revues [50,51,52,53,54,55] concluent avec un niveau de preuve élevé que l'exercice n'est pas plus efficace à diminuer la douleur ou l'incapacité que d'autres traitements conservateurs ou que des traitements inactifs. Une autre revue [56] obtient un niveau de preuve contradictoire. Une méta-analyse [57] montre que l'exercice est autant efficace que d'autres traitements conservateurs ou pas de traitement. D'ailleurs ces exercices ne sont guère possibles lorsque les patients ont très mal. Par contre, ils peuvent parfois favoriser la remise en charge du patient et surtout insister sur l'importance de la prévention de la récurrence de ces lombalgies aiguës [51, 58, 59], qui passe

par l'implication du patient dans sa propre rééducation en l'incitant à maintenir ses activités et en complétant son programme de kinésithérapie par l'apprentissage d'une bonne hygiène vertébrale (conseils, exercices à domicile, méthodes pour soulager la douleur) et par l'activité physique adaptée, car encore trop peu de temps est consacré par les praticiens à prodiguer des conseils de base de la bonne hygiène vertébrale.

III. ITEM 3 : Urgences diagnostiques

Selon L'ANAES ;

L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient visent à identifier

➤ *les urgences diagnostiques et thérapeutiques (grade C) :*

- ❖ *Sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés) ;*
- ❖ *Sciatique paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 (tableau III) et/ou comme la progression d'un déficit moteur;*
- ❖ *Sciatique avec syndrome de la queue de cheval définie par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention ; d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.*

Tableau III: Échelle MRC (Medical Research Council of Great Britain) de 0 à 5.

- | | |
|-----|--|
| • 5 | <i>Force normale</i> |
| • 4 | <i>Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance</i> |
| • 3 | <i>Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance</i> |
| • 2 | <i>Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur</i> |
| • 1 | <i>Ébauche de mouvement</i> |
| • 0 | <i>Aucun mouvement</i> |

1- Cas clinique N° 3 :

Ce cas vise à évaluer l'attitude des praticiens vis-à-vis d'une lombosciatique paralysante qui est une urgence diagnostique et thérapeutique.

Un patient âgé de 46 ans, consulte pour une lombosciatique aiguë L5 droite évoluant depuis 15 jours. Depuis 2 jours il accuse une **difficulté à bouger** le membre inférieur douloureux. L'examen neurologique objective un **trouble moteur de type paralytique**, en effet, le patient n'arrive pas à mobiliser son membre inférieur **contre la pesanteur**. Il n'existe cependant pas de troubles sensitifs.

Questions :

Quelle est votre attitude ?

- Adresser le patient en urgence au neurochirurgien
- Demander des examens radiologiques en urgence
- Mettre le patient sous traitement médical et surveiller l'évolution du déficit moteur.
- Demander un EMG

Réponses :

Dans notre enquête, 65,2% des praticiens ont opté pour adresser le patient en urgence au neurochirurgien (70% des médecins généralistes, 77% des rhumatologues, 85% des neurochirurgiens, 40% des traumatologues et 100% des neurologues). 28,7% des médecins ont demandé des examens radiologiques en urgence, 4,2% ont opté pour mettre le patient sous traitement médical et de surveiller l'évolution du déficit moteur et 1,8% ont demandé un EMG.

Commentaires :

La gravité de la lombosciatique paralysante réside surtout dans la survenue de complications parfois irréversibles à type de paralysie, de trouble sphinctériens, C'est une urgence thérapeutique imposant un diagnostic précoce. 65% des praticiens inclus dans notre enquête a jugé qu'un avis neurochirurgical urgent s'impose ce qui est juste comme attitude.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Mais de façon pratique, peut-on dire que les praticiens prennent le temps de réaliser un examen neurologique complet avec évaluation des forces musculaires de façon systématique afin de détecter cette urgence ? Revenant à l'enquête réalisée au nord de l'Illinois [3], elle montre que :

- La recherche des réflexes de manière systématique (intervalle de confiance = IC entre 20 et 34%) n'a été faite que par 27% des praticiens.
- Environ les 2/3 des praticiens (65%) consacrent un intervalle de 10 minutes ou plus à la consultation, et 86% environ 8 minutes ou plus.

2- Cas clinique N° 4 :

Un patient âgé de 43 ans, présente depuis 3 jours des douleurs continues et intenses au niveau du rachis lombaire avec une irradiation L5 gauche. Le patient ne trouve **aucune position antalgique**. L'intensité de la douleur est évaluée par le patient sur l'EVA à **98%**. L'examen neurologique n'objective **pas de déficit** moteur ou sensitif. Le patient a déjà reçu un traitement par AINS et Tramadol **sans** amélioration notable.

Question :

Quelle est votre attitude ?

- Adresser le patient en urgence au neurochirurgien
- Adresser le patient dans un service hospitalier pour instaurer un traitement par morphiniques
- Demander des examens radiologiques en urgences
- Demander des examens biologiques en urgence

Réponses :

Dans notre enquête, 32% des praticiens ont opté pour adresser le patient en urgence au neurochirurgien (43,8% des médecins généralistes, 23% des internes, 66% des neurologues, 28,5% des neurochirurgiens, 20% des traumatologues, 11% des rhumatologues)

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Parmi nos médecins, 30% ont opté pour adresser le patient dans un service hospitalier pour instaurer un traitement par morphiniques (44,2% des internes, 19,2% des médecins généralistes, 55,55% des rhumatologues, 50% des neurochirurgiens, 0% des neurologues et des traumatologues.

- Médecins ayant demandé des examens radiologiques en urgence: 31,5%
- Médecins ayant demandé des examens biologiques en urgence: 6,1%

Commentaires :

Concernant cet item, l'attitude des praticiens n'est pas conforme aux recommandations, puisque uniquement le tiers a opté pour instaurer en urgence un traitement par morphiniques. Avant de demander des examens complémentaires il faut soulager la douleur qui est très intense et réfractaire aux antalgiques usuels.

Dans les lombosciatiques hyperalgiques, on peut recourir aux opiacés pendant quelques jours. On a en effet montré que les antalgiques majeurs durant plus de 7 jours sont significativement associés à l'évolution prolongée des lombalgies aiguës [60]. Ce qui fait qu'ils ne sont justifiés que dans les formes hyperalgiques (qui sont le plus souvent des lombosciatiques) et pour une durée brève.

3- Cas clinique N° 5 :

Ce cas illustre la situation clinique de lombosciatique compliquée de syndrome de la queue de cheval, et évalue l'attitude des médecins vis-à-vis de cette situation.

Un patient âgé de 40 ans, consulte pour une lombosciatique aiguë, l'interrogatoire objective l'existence de **troubles érectiles**, une constipation avec **fuite de gaz**, une **insensibilité** au passage des selles et une **incontinence urinaire**. L'examen neurologique objective **une anesthésie en selle** avec **béance anale** au toucher rectale.

Question :

Quelle serait votre attitude ?

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Adresser le patient d'urgence au neurochirurgien
- Mettre le patient sous traitement médical et réévaluer les troubles neurologiques après 48 heures.

Réponses :

- Parmi nos médecins, 97,1% ont répondu qu'il faut adresser le patient d'urgence au neurochirurgien (95,2% des généralistes, 98% des internes et 100% des spécialistes).

Commentaires

Au total, les praticiens ont été alarmés devant les signes neurologiques évocateurs de syndrome de queue de cheval, ceci s'est traduit par la sollicitation en urgence du neurochirurgien. Seule 2,9% a décidée de différer contre 6% de praticiens qui n'ont pas demandé d'avis en urgence devant une anesthésie en selle.

La question qui se pose est : prend-on le temps de pratiquer un examen clinique complet y compris un examen neurologique détaillé en pratique quotidienne afin de déceler une urgence thérapeutique ? Notre questionnaire n'a pas pu porter sur ce point- ci, par contre sur une enquête réalisée en 1996 au Royaume Uni [49] montre que :

- 27% des praticiens ne recherchent pas les réflexes de manière systématique (intervalle de confiance = IC entre 20 et 34%).
- 45% ne demanderait pas un avis en urgence devant un signe de Babinsky (IC=37 et 53%).
- 15% devant un signe neurologique (IC=10 et 21%).
- 65% des praticiens soit environ les 2/3 consacrent un intervalle de 10 minutes ou plus à la consultation, et 86% environ 8 minutes ou plus.

IV. ITEM 4 : LOMBOSCIATIQUES SYMPTOMATIQUES

Selon L'ANAES ;

L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient visent à identifier les lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques avec:

- *En faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans (grade B) ;*
- *En faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique (grade B). La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;*
- *En faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de la protéine C réactive (CRP) sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique (grade C).*

1- Cas clinique N° 6

Ce cas clinique explore l'attitude diagnostique et les prescriptions en matière d'examens complémentaires des praticiens devant un tableau orientant vers une lombosciatique symptomatique sur spondylodiscite infectieuse

Une patiente âgée de 70 ans, avec antécédent de **diarrhée fébrile** 10 jours avant l'apparition de la symptomatologie lomboradiculaire. En effet, elle consulte pour des douleurs de la région lombaire avec radiculalgie au membre inférieur droit de topographie S1. L'examen clinique note une fièvre à **38,2°**, une **raideur lombaire très importante** avec un indice de Shober (IS) à 11 cm et une distance doit-sol (DDS) à 45cm.

Questions :

1-1 Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal arthrosique rétrécit
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

1-2 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demanderiez-vous ?

- Aucun
- Radiographies standards du rachis lombaire face/profil
- IRM du rachis lombaire
- NFS-VS
- Autres :

Réponses

- De la totalité des médecins de l'enquête, 82,9% ont répondu qu'il s'agit de spondylodiscite lombaire (63,5% des médecins généralistes, 98,1% des internes et 100% des spécialistes).

- Quant aux examens complémentaires prescrits :

NFS/ VS : 79,2%

Radiographies standards du rachis lombaire F/P: 73,5%

IRM du rachis lombaires: 46,4%

Aucun examen complémentaire demandé : 0,7%

Commentaires :

Rappelons d'abord quelques caractères cliniques pouvant orienter vers une lombosciatique symptomatique à l'interrogatoire:

On doit se méfier :

- Des sciaticques qui ne sont pas strictement monoradiculaires et s'étendent sur le territoire de deux ou plusieurs racines lombaires ou sacrées, ou au-delà du territoire sciatique
- Des sciaticques bilatérales
- Des sciaticques de rythme inflammatoire, à prédominance nocturne
- De l'absence de lombalgies ou d'effort déclenchant
- D'une sciatique dont la douleur, après un début insidieux, ne cesse de croître en intensité
- D'une sciatique survenant chez un sujet âgé, surtout s'il s'agit du premier épisode
- Signes généraux: AEG, fièvre, ATCD néoplasie, infection, ID...

La majorité des praticiens inclus dans notre enquête ont pu reconnaître le caractère symptomatique de la lombosciatique et ont diagnostiqué une spondylodiscite lombaire à partir des éléments d'orientation avancés dans notre cas clinique : la diarrhée fébrile et la raideur importante. Il reste quand même 17% des praticiens qui n'ont pas pensé à ce diagnostic ce qui est un chiffre assez important si on prend en considération la gravité de la pathologie en question. Les médecins généralistes sont le groupe qui a fourni le plus de fausses réponses puisque seulement 63,5% parmi eux sont parvenu à faire le diagnostic.

La spondylodiscite infectieuse (SDI) est caractérisée par le risque des complications locale (destruction vertébrale, épidurite) et générales (endocardite, septicémie) et par les difficultés de prise en charge qui passe essentiellement par un diagnostic précoce.

Comment confronter le diagnostic positif ?

Les recommandations de l'ANAES relatent déjà clairement les situations cliniques et les arguments biologiques qui orientent vers une lombosciatique sur spondylodiscite infectieuse (Cf. supra).

Arguments cliniques : utiles mais inconstants

- L'existence d'une raideur rachidienne segmentaire multidirectionnelle.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

-L'existence d'une porte d'entrée : Argument capital

Infection récente, dentaire, cutanée, urinaire ou digestive mais surtout chirurgie discale récente, infiltration, discographie, chirurgie pelvienne ou digestive, endocardite, septicémie...

-Le syndrome infectieux : fièvre, frissons. Mais l'absence de fièvre ne doit jamais faire réfuter le diagnostic.

-L'existence d'un terrain prédisposant : diabète, éthyliste chronique, immunodépression, toxicomanie... [61]

Arguments biologiques plasmatiques : ne sont pas spécifiques, mais orientent vers une pathologie non commune.

-Syndrome inflammatoire biologique : élévation de la CRP, VS, Alpha-2-globulines, du fibrinogène.

-Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et hyperplaquettose très inconstante.

L'absence de syndrome inflammatoire biologique ne doit jamais faire réfuter le diagnostic : AINS, corticoïdes ou antibiotiques pris préalablement. [61]

Radiographies standards

Les clichés, centrés sur l'étage rachidien douloureux, sont le plus souvent normaux pendant les trois premières semaines d'évolution comme c'est le cas d'ailleurs de notre cas clinique où la lombalgie évolue depuis moins de 10 jours; cette normalité ne doit jamais faire réfuter le diagnostic, si les arguments cliniques sont présents.

Ces radiographies standard apportent des résultats plus tardifs que l'IRM mais sont indispensables pour le diagnostic différentiel avec les tumeurs vertébrales (destruction vertébrale respectant le disque), les arthroses érosives (pincement discal, érosions mais condensation des plateaux vertébraux et ostéophytes), les fractures vertébrales ostéoporotiques (réduction de la hauteur vertébrale, enfoncement du plateau mais respect du disque). Elles sont efficaces pour suivre l'évolution sous traitement: l'apparition d'une condensation des plateaux est l'un des critères les plus fiables pour affirmer la reconstruction osseuse et la guérison de l'infection.

Imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) apporte des informations diagnostiques incomparables.

La scintigraphie osseuse : n'a plus d'intérêt

Cet examen doit être abandonné en raison de sa médiocre performance diagnostique et des difficultés pour en interpréter les résultats.

2- Cas clinique N° 7 :

Ce cas clinique explore l'attitude diagnostique et les prescriptions en matière d'examens complémentaires des praticiens devant un tableau orientant vers une lombosciatique symptomatique sur métastase osseuse.

Un patient âgé de **65 ans**, souffre d'une lombosciatique aigue isolée **non impulsive** à la toux. Il a reçu un traitement par AINS et antalgique pendant 2 semaines **sans amélioration** notable. Il est à noter que ce patient présente une **dysurie** et une **pollakiurie** nocturne avec récemment des épisodes de **rétention aigue d'urine** spontanément résolutive.

Questions :

2-1 Quel est le diagnostic le plus probable chez ce patient ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal lombaire étroit arthrosique
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

2-2 Quelle est votre attitude ?

- Renforcer le traitement antalgique
- Prescrire des examens complémentaires

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Si oui : Quel(s) examen(s) de première intention prescriveriez-vous ?

- NFS
- VS
- CRP
- Radiographies standards du rachis lombaire

Réponses :

- Dans l'ensemble, 85,7% des praticiens ont répondu qu'il s'agit d'une lombosciatique sur métastase osseuse (100% des rhumatologues et des neurochirurgiens, 94,2% des internes, 83,3% des traumatologues, 76,2% des MG et 66,6% des neurologues).

- Des examens complémentaires ont été prescrits par 93,3% des praticiens, 20% seulement ont pensé à renforcer le traitement antalgique.

- Les examens complémentaires demandés étaient :

NFS : 27,7%

VS : 41,4%

CRP : 23,5%

Radiographie du rachis lombaire : 85%

Scintigraphie osseuse : 32,1%

IRM lombaire : 27,1%

Discussion :

Les praticiens ayant participé à notre étude ont majoritairement répondu qu'il s'agit d'une lombosciatique sur métastase osseuse probable à 85,7%. En effet, l'âge avancé, le caractère atypique non impulsif à la toux, la non amélioration sous traitement médical et la présence de symptomatologie associée orientant vers une tumeur prostatique très pourvoyeuse de métastases osseuses orientent vers l'origine métastatique de la lombosciatique dans ce cas clinique. 14,3% sont quand même passé à côté du diagnostic.

La question qui se pose sur le plan pratique est : prend-on le temps nécessaire pour effectuer un bon interrogatoire et un examen physique complet afin de relever tout signe

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

associée pouvant orienter potentiellement vers une lombosciatique symptomatique ? Connait-on les « Red flags » en faveur de l'origine symptomatique en particulier tumorale d'une lombosciatique ?

Mentionnant que 20% seulement des praticiens ont préconisé un renforcement du traitement médical étant donné que le patient a été mis sous antalgique et AINS pendant deux semaines sans aucune amélioration. Ce défaut de prise en charge de la douleur chez nos praticiens serait peut être dû au fait qu'il s'agit d'un questionnaire et pas d'une situation clinique réelle où le médecin est confronté à la plainte du patient.

Quant aux examens complémentaires, il est tout à fait justifiable de demander une vitesse de sédimentation en général très accélérée dans cette situation, quoique cet élément n'est pas constant. Elle peut être associée à une anémie inflammatoire ou à l'hyperplaquettose à la numération sanguine.

Concernant les examens d'imagerie, il est vrai que la radiographie du rachis lombaire permet déjà une première orientation: images lytiques ou ostéocondensantes dans notre cas, mais l'examen le plus performant en matière d'apport diagnostique dans la pathologie lombaire métastatique reste l'IRM. La scintigraphie osseuse n'est indiquée que dans le cas d'un cancer déjà connu afin de chercher d'autres localisations osseuses sans traduction clinique.

3- Cas clinique N° 8 :

Ce cas explore l'attitude diagnostique des praticiens dans cette situation clinique où il existe des éléments de forte présomption d'une spondylodiscite tuberculeuse.

Une patiente âgée de 40 ans, **infirmière au CDST** (Centre de diagnostic spécialisé de tuberculose), souffre depuis 1 mois d'une lombosciatique S1 **non améliorée** par le traitement médical. L'interrogatoire retrouve la notion d'**anorexie** et d'**asthénie**. L'examen note une **raideur** rachidienne et une **inversion** de la courbure lombaire.

Questions :

3-1 Quelle est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal lombaire rétréci arthrosique
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire tuberculeuse
- Lombosciatique sur métastase osseuse

3-2 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demander chez cette patiente ?

- NFS
- VS
- Radiographies standards du rachis lombaire
- Radiographie du thorax face
- Scintigraphie
- IDR à la tuberculine

Réponses

3-1 98,6% des médecins ont répondu qu'il s'agit de spondylodiscite tuberculeuse (96,8% des médecins généralistes, et 100% des internes et des spécialistes).

3-2 Prescription d'examens complémentaires

- Prescription d'une NFS :
 - o 67,8% des praticiens ont demandé cet examen (65% des MG, 65,3% des internes, 100% des rhumatologues, 57,14% des neurochirurgiens, 83,3% des traumatologues et 66,6% des neurologues).
- Prescription d'une VS :

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- 73,5% des médecins ont demandé une VS (74,6% des MG, 69,2% des internes, 57,14% des neurochirurgiens, 83,3% des traumatologues, 66,6% des neurologues et 100% des rhumatologues).
- Prescription de radiographies standards du rachis lombaire :
 - 93,5% des praticiens ont demandé cet examen (87,3% des MG, 83,3% des traumatologues, 100% des internes, des rhumatologues, des neurochirurgiens et des neurologues).
- Prescription de radiographie de thorax face :
 - 92,8% des médecins ont prescrit cet examen (88,8% des MG, 98% des internes, 71,4% des neurochirurgiens et 100% des rhumatologues, neurologues et traumatologues).
 - Prescription de scintigraphie osseuse : 2,1% des médecins (3,1% des MG, 1 seul rhumatologue)
- Prescription de l'IDR à la tuberculine :
 - 90% des médecins (82,5% des MG, 98% des internes, 88,8% des rhumatologues, 100% des neurochirurgiens, 83,3% des traumatologues, 100% des neurologues).

Commentaires

A partir du contexte clinique presque la totalité des médecins ont été orienté vers une lombosciatique sur spondylodiscite tuberculeuse. C'est un diagnostic qu'il faut évoquer sans réserve devant la moindre suspicion dans notre contexte endémique.

La prescription de la NFS bien qu'elle peut montrer certaines perturbations constatées parfois au cours d'infections tuberculeuses, elle n'est pas vraiment contributive en matière d'apport diagnostique, elle a été prescrite par 67,8% des praticiens. Quant à la VS, elle ne renseigne que sur la présence d'un syndrome inflammatoire sans aucune spécificité.

La prescription de radiographies standards du rachis lombaire reste justifiée bien que les signes radiologiques sont d'apparition tardive, c'est l'IRM qui permet de collecter le maximum

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

de données en montrant certaines particularités qui orientent vers une origine tuberculeuse. Le diagnostic de certitude repose bien évidemment sur la mise en évidence du bacille de Koch ce qui n'est pas toujours chose aisée. Dans ce cas là il existe tout un faisceau d'arguments d'orientation : la notion d'antécédents tuberculeux personnels ou familiaux, le début progressif, l'amaigrissement, la découverte d'un foyer tuberculeux en évolution, le virage de l'IDR à la tuberculine, la prédominance de l'atteinte discale, l'importance des collections paravertébrales parfois calcifiées, la lenteur d'évolution des signes radiologiques. La reconstruction osseuse est également tardive et l'absence d'une ostéophytose au bout de trois mois d'évolution est évocatrice du diagnostic. Les lésions peuvent même s'aggraver pendant les trois premiers mois du traitement [61].

Il est à signaler que la scintigraphie osseuse n'a aucune place comme nous avons pu le préciser précédemment.

V. REVUE DE LITTÉRATURE : DEGRE D'ADHERENCE AUX RECOMMANDATIONS

Nous avons réalisé une revue de littérature concernant l'adhésion aux recommandations de bonne pratique de la prise en charge de lombalgies et de lombosciatiques communes par les praticiens.

Cette recherche a été effectuée sur la base de recherche MEDLINE.

Il en ressort :

1- Une étude parue en février 1996 dans le BMJ [49], dont l'objectif était d'évaluer la prise en charge des lombalgies aiguës afin de savoir si cette dernière était adéquate aux recommandations de base de prise en charge établies à partir d'une revue de la littérature et à partir des directives issues de l'US Agency for Health Care Policy and Research.

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Enquête motivée par le cout représenté par cette pathologie en GB, à savoir chaque année environ 12 millions de consultations chez le médecin généraliste, plus de 50 millions de journées de travail perdues et un cout d'au moins 500 millions de livres sterling pour le NHS.

236 médecins généralistes du sud ouest de l'Angleterre (Région de Southampton et de New Forest) ont été sollicités. 166 (70%) ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé.

Ce questionnaire a été établi de telle manière à ressortir trois objectifs importants :

- Quel type d'examens complémentaires est pratiqué en routine ?
- La recherche par les praticiens de signes évocateurs de lombalgies symptomatiques ou urgentes.
- Quels sont les conseils donnés concernant l'activité de tous les jours ?

Les résultats ont montré en réponse à la première et à la deuxième question que :

- La recherche systématique des réflexes ne se fait pas chez 27% des praticiens (intervalle de confiance = IC entre 20 et 34%)
- Devant un signe de Babinsky, un avis en urgence n'est pas demandé dans 45% des cas (IC=37 et 53%).
- Devant un signe neurologique l'avis en urgence n'est pas demandé dans 15% des cas (IC=10 et 21%).
- Un intervalle de 10 minutes ou plus est consacré à la consultation par 65% des praticiens soit environ les 2/3, et 86% environ 8 minutes ou plus.

En réponse à la troisième question que :

- Les praticiens donnent des conseils au sujet des exercices d'entretien de dos dans 42% (IC=34 à 49%) et au sujet du fitness ou de l'activité quotidienne dans 34% (26 à 41%) des cas.
- Le recours à des manipulations a été constaté dans 20% des cas et à l'acupuncture dans 6% des cas.

Et on a évalué à seulement 1/3 les patients satisfaits de leur prise en charge.

Que montre cette étude ?

Que la prise en charge des lombalgies aiguës par les MG ne suit pas les recommandations. Au quotidien, ils ne pratiquent pas l'examen clinique recommandé afin d'écartier une lombalgie symptomatique ou une urgence thérapeutique, certains négligent même des signes urgents. De plus, les conseils d'hygiène vertébrale au quotidien et d'exercice ne sont pas suffisamment procurés.

Cette étude confirme qu'il existe un décalage entre les recommandations et la pratique sur les questions posées, à savoir la recherche de signes d'alerte « red flags » des anglo-saxons et les conseils d'hygiène vertébrale.

2- Une étude parue dans le J Gen Intern Med en Septembre 92 [2] met également en évidence un décalage entre les recommandations et les pratiques des médecins généralistes concernant un autre aspect, celui de la prescription d'examens complémentaires de l'imagerie.

Cette enquête regroupait 183 patients qui présentaient une lombalgie aiguë, ces patients ont été recrutés au sein d'un dispensaire universitaire affilié à une organisation sanitaire.

Rétrospectivement, ont été définis des critères de diagnostique et de thérapeutique en adéquation avec les recommandations, pour permettre d'évaluer si l'attitude de prise en charge de ces patients par les praticiens rencontrés était adéquate ou non à ces critères.

Les résultats ont mis en évidence que 26% des radiographies lombaires, 66% des TDM et des IRM, et 82% des avis spécialisés demandés étaient inappropriés. Et paradoxalement parmi les patients pour lesquels ces examens étaient indiqués, seulement 12% ont eu des radiographies lombaires, 7% ont eu une TDM ou une IRM et 14% ont eu un avis spécialisé. Dans 71% des cas, alors que l'indication était posée, les radiographies ont été sous utilisées.

Dans cette étude, portant sur un petit échantillon, les services d'imagerie ainsi que les avis spécialisés ont été sur ou sous utilisés par les MG par rapport aux recommandations.

Qu'en ont conclut les auteurs de cette étude ?

Que les recommandations concernant les examens complémentaires ne sont pas appliquées de manière adéquate et qu'il est nécessaire de déterminer si la sur ou la sous utilisation de ces examens complémentaires affectent la survenue du diagnostic et les résultats cliniques.

3–Un article paru dans le JAMA en novembre 2000[3] a pour objectif d'évaluer l'adhésion aux recommandations éditées par l'AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) dans la prise en charge des lombalgies aiguës par les praticiens et fait ressortir les écarts constatés par les deux précédentes études.

L'étude intéresse trois régions du nord de l'Illinois, avec une population d'environ 250.000 personnes. Les questionnaires de l'étude ont été envoyés par courrier à 191 praticiens en avril 1998.

87 examens ont été reçus, soit un taux de réponse de 48%.

40% des praticiens ont procuré aux patients des recommandations d'hygiène vertébrale manuscrites, et seulement 25% ont indiqué qu'ils ont évalués les fonctions motrices du 5^{ème} nerf lombaire, le niveau le plus fréquemment atteint dans la pathologie lombaire discale intervertébrale.

Environ 25% utilise de manière routinière la radiographie, et 16% la TDM ou l'IRM. La plupart des médications orales étaient en accord avec les recommandations, mais l'utilisation d'autres médications utilisées par le praticien : opiacés 62%, corticoïdes oraux 45%, antidépresseurs 23%, infiltrations 52%, et seulement 22% recommandent les manipulations.

En conclusion de cette étude, on peut affirmer que la prise en charge par les MG des problèmes de lombalgies aiguës diffère significativement des recommandations de l'AHCPR sur plusieurs points de vue incluant la reconnaissance des signes de gravité, l'utilisation des

médications, des examens complémentaires, les besoins pour l'éducation des patients et le recours aux manipulations vertébrales.

4- Une étude anglaise parue au PAIN en mars 2008 [39] s'est intéressée à étudier le degré d'adhérence des praticiens (442 médecins généralistes et 580 kinésithérapeutes) aux recommandations en ce qui concerne le maintien de l'activité physique au cours de l'épisode lombalgique. 28% seulement ont répondu qu'il fallait conserver une activité physique optimale.

5- Une revue systématique parue au PAIN en juin 2008 [62] s'est intéressée non pas seulement à la conformité des attitudes des médecins, en différentes disciplines, aux recommandations mais aussi aux facteurs qui les influencent. 15 articles parus entre 2000 et 2006 et traitant du sujet ont été inclus.

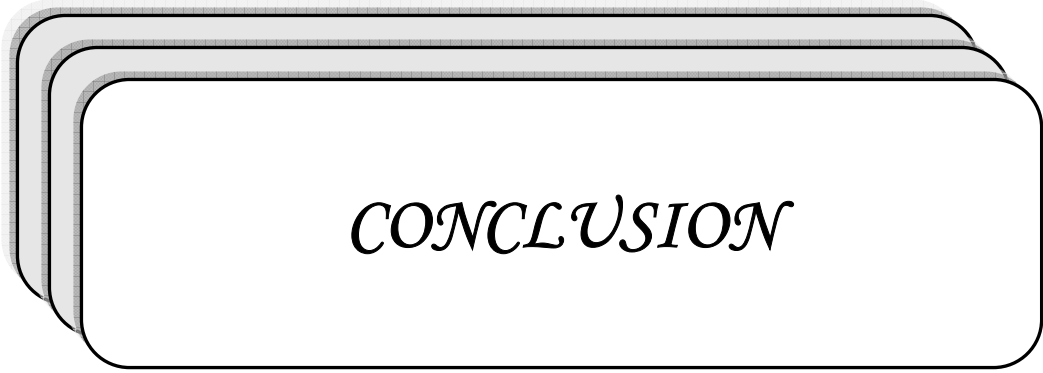
Il en ressort que :

- La spécialité influence l'attitude vis-à-vis de la prise en charge de la lombosciatique. Des écarts ont été constatés entre les médecins généralistes, les médecins de réhabilitation et les chirurgiens. Dans notre étude nous n'avons malheureusement pas pu évaluer l'influence de ce facteur vu la contrainte de la taille de l'échantillonnage au sein des différentes spécialités étudiées.
- Certains facteurs démographiques tels que l'âge du médecin pourrait influencer son attitude. En effet, il existe deux études [63,64] qui ont montré que les praticiens âgés de plus de 55 ans sont significativement plus « prudents » vis-à-vis des recommandations surtout en ce qui concerne l'activité et le maintien du repos au lit.
- La formation : cette revue montre que les praticiens qui n'ont pas reçu de formation à propos des lombalgies et dans les trois dernières années s'écartent plus facilement des recommandations [65]. De même, il existe un changement significativement positif dans l'attitude des médecins qui suivent des stratégies de formations continue [66].

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

D'autres articles attestent de cette non adhésion des pratiques aux recommandations, reprenant les principaux aspects décrits dans les études précédentes.

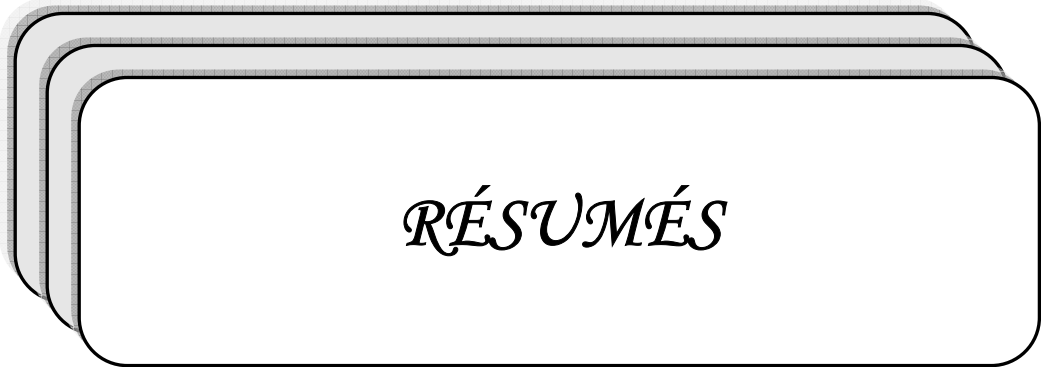
Par contre, un seul article offre des éléments de réponse à l'écart constaté a été retrouvé, il s'agit d'un article paru dans SPINE [67], disant qu'il est possible d'améliorer la prise en charge des lombalgies aiguës par les praticiens en mettant en place une réelle stratégie de FMC et de plus en ciblant le débat sur comment ne pas être influencé par les attentes et les demandes des patients lorsque ces dernières, fondées sur leur expérience personnelle, s'écartent des recommandations ceci tout en leur expliquant qu'ils en tireront le même bénéfice.



CONCLUSION

L'évaluation de la prise en charge des médecins inclus dans notre enquête a montré la présence d'écarts plus ou moins marqués par rapport aux recommandations de l'ANAES en fonction de l'item étudié. En effet, ce décalage était marqué sur les items concernant la prescription d'examens d'imagerie en phase précoce de lombalgies ou lombosciatiques communes et aussi sur la prescription de la kinésithérapie par près des 2/3 des praticiens alors qu'elle n'a pas vraiment montré son efficacité. L'écart a été également constaté au niveau de la prise en charge des lombosciatiques hyperalgiques, uniquement 1/3 des praticiens a opté pour instaurer un traitement par morphiniques dans l'immédiat plutôt que de demander des examens radiologiques ou un avis de neurochirurgien. Concernant le repos au lit, le tiers des praticiens continuent à prescrire un repos strict remplacé dorénavant par le maintien d'une activité normale compatible avec la douleur. La reconnaissance des formes symptomatiques était globalement satisfaisante.

Ces écarts constatés sur certains items, en dehors de la prise en charge inappropriée du patient, peuvent avoir comme conséquence une élévation du cout des prestations. Nous proposons dans ce travail un retour d'information auprès des médecins amenés à prendre en charge une lombosciatique commune afin que la prise en charge de cette pathologie très fréquente soit conforme aux recommandations de bonne pratique.



RÉSUMÉS

RESUME

La pathologie lombaire commune aiguë est une pathologie extrêmement répandue dans la population générale. Au Maroc, la prévalence des lombalgies est estimée à 15,32%. Les orientations actuelles de la prise en charge se dirigent vers la standardisation du service médicale proposé au patient. Malgré ceci, il existe une variabilité des modalités de prise en charge des lombalgies et des lombosciatiques communes aiguës, reflétant l'incertitude des médecins quant à la prise en charge optimale. L'objectif de ce travail réalisé à la région de Marrakech est de faire une première évaluation des attitudes des médecins vis-à-vis de cette pathologie afin de savoir si la prise en charge diagnostique et thérapeutique est congruente aux recommandations de la bonne pratique de l'ANAES. Pour ceci nous avons mené une étude transversale réalisée entre février 2006 et septembre 2007 et qui a consisté en une enquête auprès des médecins amenés à prendre en charge un patient ayant une pathologie lombaire: Les rhumatologues, les neurochirurgiens, les neurologues, les traumatologues, les généralistes et internes exerçant dans la région de Tensift el haouz. Le questionnaire de l'enquête a été établi et structuré étroitement en parallèle avec les définitions et les recommandations de l'ANAES sous forme de 8 cas cliniques. Notre enquête a englobé 140 praticiens répartis comme suit : 63 médecins généralistes, 52 internes, 9 rhumatologues, 7 neurochirurgiens, 6 traumatologues et 3 neurologues secteurs public et privé confondus. 42% des médecins ont prescrit abusivement des examens radiologiques en phase précoce. Concernant la prescription médicamenteuse, 57% des médecins ont prescrit la triple association Antalgique+AINS+myorelaxant. Le repos au lit a été prescrit par 99,3% des médecins: 67,7% sont pour un repos relatif. La majorité des médecins ont reconnu les tableaux de lombalgies symptomatiques et les urgences diagnostiques. Ce travail objective l'existence d'écart entre les recommandations de l'ANAES sur certains items de prise en charge de lombalgies et lombosciatiques communes aiguës, suggérant de revoir les modalités de formation médicale continue concernant cette pathologie en particulier.

ABSTRACT

The common acute lumbar disease is a frequent disease in the general population. In Morocco, the prevalence of low back pain is estimated at 15,32%. The current guidelines for care are moving towards the standardization of medical service available to patients. Despite this, there is variability in terms of care for acute low back pain, reflecting the uncertainty of doctors about the optimal care. The objective of this work done in the region of Marrakesh, is to make a first assessment of doctors' attitudes towards the disease to see if diagnosis and treatment are consistent with the recommendations of good practice ANAES. For this we conducted a cross-sectional study conducted between February 2006 and September 2007, which consisted on a survey of doctors to take charge of a patient with lumbar pathology: The rheumatologists, neurosurgeons, neurologists, the trauma, the general and interns operating in the region of Tensift El Haouz, public and private sectors (hospitals, CHU Mohamed VI Marrakech, health centers and private practices). The survey was prepared and structured closely in line with the definitions and recommendations of the ANAES in the form of eight clinical cases. Our survey included 140 practitioners as follows: 63 general practitioners, 52 interns, 9 rheumatologists, 7 neurosurgeons, 6 trauma and 3 neurologists public and private sectors. 42% of doctors have prescribed improperly radiological examinations in the early phase. Regarding the prescription drug, 57% of doctors have prescribed the triple combination Antalgique + NSAIDs+ muscle relaxant. Bed rest has been prescribed by 99,3% of doctors: 67,7% are for a relative rest . This work show the existence of differences between the recommendations of the ANAES on some items, suggesting to review the terms of continuing medical education on this disease in particular.

ملخص

تعتبر أمراض الظهر الحادة واسعة الانتشار في عموم السكان في المغرب، يبلغ معدل انتشار آلام الظهر على العموم نحو 15,32% حسب دراسة أوردتها الجمعية المغربية لأمراض الرثية. في الوقت الراهن، تسير المبادئ التوجيهية للرعاية باتجاه توحيد الخدمات الطبية المتاحة للمرضى. على الرغم من ذلك، يلاحظ وجود تباين في مجال رعاية آلام أسفل الظهر الحادة. مما يعكس حالة عدم اليقين السائدة بين الأطباء حول الرعاية المثلى. الهدف من هنا العمل، الذي تم في جهة مراكش، هو إجراء تقييم أولي لمواقف الأطباء فيما يتعلق بالتشخيص و العلاج، و حول مطابقتها مع توصيات الممارسة السليمة (ANAES). لهذا الغرض قمنا بدراسة ميدانية أفقية أجريت في الفترة ما بين فبراير 2006 و شتنبر 2007، و تمثلت في استطلاع للأطباء المعنيين بآلام أسفل الظهر: أخصائيو أمراض الرثية، أمراض الأعصاب، جراحة الدماغ و الأعصاب، جراحة العظام، الأطباء العامون و الأطباء الداخليين. هؤلاء الأطباء يزاولون مهنتهم في جهة تانسيفت الحوز سواء في القطاع الخاص أو العمومي. الاستبيان المصاحب للاستطلاع أعد بشكل مواز لتوصيات الممارسة السليمة (ANAES) على شكل حالات سريرية. شمل البحث الميداني 140 طبيباً ممارساً موزعين على النحو التالي: 63 طبيب ممارس للطب العام، 52 طبيب داخلي، 9 أخصائيين في أمراض الرثية، 7 جراحي دماغ و أعصاب، 6 جراحي عظام و 3 أخصائي أعصاب. 12% من الأطباء قاموا بوصف غير ملائم لصور الأشعة في مرحلة مبكرة من المرض لا تستدعي ذلك. أما بخصوص الأدوية، فقد تم وصف المسكنات مصحوبة بمضادات الالتهاب و أدوية الارتخاء العضلي لدى 57% من الأطباء. في حين وصف مجموع هذه الأدوية إضافة إلى الفيتامينات لدى 26% من الأطباء، في حين اكتفى 14% منهم بوصف المسكنات مع مضادات الالتهاب فقط. أما فيما يتعلق بالراحة في السرير، فقد تم وصفها من طرف 99,3% من الأطباء؛ 67,7% منهم اختاروا راحة نسبية. 65,7% من هؤلاء الأطباء وصفوا الترويض الطبي كعلاج تكميلي. في ختام هذه الدراسة، تبين أن غالبية الأطباء مكنوا من التعرف على حالات آلام أسفل الظهر ذات الطابع الاستعجالي و العرضي، في حين توجد فجوة بين التوصيات و أجوبة الأطباء في بعض البنود مما يستدعي إعادة النظر في وسائل التكوين الطبي المستمر فيما يخصهما المرض.



ANNEXES

Annexe 1: questionnaire de l'enquête

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

Les lombalgies et lombosciatiques communes constituent une pathologie fréquente en consultation de ville et en milieu hospitalier.

Les orientations actuelles de la prise en charge se dirigent vers la standardisation du service proposé au patient.

Quant à notre façon de faire, nous nous sommes posés la question suivante : faisons-nous la même prise en charge pour nos malades ?

Pour approcher une réponse, merci de nous aider par la résolution des cas cliniques suivants.

Ce travail fera l'objet de thèse de Mlle RACHID Meryame.

Les résultats commentés de l'enquête vous seront communiqué ultérieurement.

PREMIERE PARTIE

Renseignements généraux

 Etes-vous :

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Rhumatologue

Neurologue

Neurochirurgien


Traumatologue

Interne

 Secteur

Libéral

Public

 Nous profitons de ce document pour vous demander votre souhait à voir développer :

- Des sujets particuliers dans différents spécialités :
- Des diplômes ou certificats universitaires :

DEUXIEME PARTIE

Cas N°1 :

Une patiente âgée de 40 ans, ayant comme antécédent des lombalgies, consulte pour une lombosciatique évoluant depuis 10 jours. La douleur est unilatérale droite, impulsive à la toux.

A l'examen, il existe un signe de Lasègue croisé sans déficit sensitif ou moteur.

La patiente est régulièrement sous paracétamol 1,5 g/j avec une amélioration de l'EVA (échelle visuelle analogique) de 20% : EVA initiale à 60% devenue 40% après traitement.

Question

Quelle serait votre attitude ?

- Renforcer le traitement médical
- Prescrire des examens complémentaires

Si oui, lesquels ?

- Bilan inflammatoire
- Bilan radiologique

Cas N °2

Un patient âgé de 47 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, souffre de lombosciatique L5 gauche isolée et évoluant depuis 3 semaines. La douleur évaluée à une EVA à 80%, est unilatérale, impulsive à la toux.

L'examen clinique note une raideur lombaire segmentaire, un Lasègue à 60% avec signe de la sonnette à gauche. Il n'existe pas de déficit sensitif ou moteur.

Questions :

2-1 Quel traitement médical prescriveriez-vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antalgique | <input type="checkbox"/> Antalgique+ AINS+ myorelaxant |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire non stéroïdien | <input type="checkbox"/> Antalgique+ corticothérapie systémique |
| <input type="checkbox"/> Antalgique+ AINS | <input type="checkbox"/> AINS+Vitaminothérapie |
| <input type="checkbox"/> AINS+Vitaminothérapie | |
- +myorelaxant+ Antalgique

2-1-En quel moment proposeriez-vous une infiltration cortisonique ?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si échec du traitement | <input type="checkbox"/> D'emblée |
|---|-----------------------------------|

2-3- Quel type d'infiltration cortisonique proposeriez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infiltration épidurale | <input type="checkbox"/> Infiltration intradurale |
|---|---|

2-4- Prescriveriez-vous un repos

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui,

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Strict au lit |
| <input type="checkbox"/> Relatif (Arrêt de travail avec poursuite des activités journalières compatibles avec la |

douleur)

Si oui, pour quelle durée ?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 1 semaine |
| <input type="checkbox"/> 2 semaines | <input type="checkbox"/> 3 semaines | <input type="checkbox"/> Tant que dure la douleur |

L'évolution sous traitement bien conduit pendant 3 semaines s'avère partiellement favorable, en effet l'EVA est passée à 30%.

2-5- Quel relais thérapeutique conseillez-vous à votre patient ?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Poursuivre le traitement médical |
|---|

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Des séances de kinésithérapie
- Quelques séances d'acupuncture
- Des séances de manipulation rachidienne

Cas N°3

Un patient âgé de 46ans, consulte pour une lombosciatique aigue L5 droite évoluant depuis 15 jours. Depuis 2 jours il accuse une difficulté à bouger le membre inférieur douloureux. L'examen neurologique objective un trouble moteur de type paralytique, en effet, le patient n'arrive pas à mobiliser son membre inférieur contre la pesanteur. Il n'existe cependant pas de trouble sensitif.

Question :

Quelle est votre attitude ?

- Adresser le patient en urgence au neurochirurgien
- Demander des examens radiologiques en urgence
- Mettre le patient sous traitement médical et surveiller l'évolution du déficit moteur
- Demander un EMG

Cas N°4 :

Un patient âgé de 43 ans, présente depuis 3 jours des douleurs continues et intenses au niveau du rachis lombaire avec une irradiation L5 gauche. Le patient ne trouve aucune position antalgique. L'intensité de la douleur est évaluée par le patient sur l'EVA à 98%. L'examen neurologique n'objective pas de déficit moteur ou sensitif. Le patient a déjà reçu un traitement par AINS et Tramadol sans amélioration notable.

Question

Quelle est votre attitude ?

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Adresser le patient en urgence au neurochirurgien
- Adresser le patient dans un service hospitalier pour instaurer un traitement par morphiniques
- Demander des examens radiologiques en urgence
- Demander des examens biologiques en urgence

Cas N°5 :

Un patient âgé de 40 ans, consulte pour une lombosciatique aigue, l'interrogatoire objective l'existence de troubles érectiles, une constipation avec fuite de gaz, une insensibilité au passage des selles et une incontinence urinaire. L'examen neurologique objective une anesthésie en selle avec béance anale au toucher rectal.

Question :

Quelle serait votre attitude ?

- Adresser le patient d'urgence au neurochirurgien
- Mettre le patient sous traitement médical et réévaluer les troubles neurologiques après 48 heures

Cas N°6 :

Une patiente âgée de 70 ans qui présente un antécédent de diarrhée fébrile 10 jours avant l'apparition de la symptomatologie lomboradiculaire, consulte pour des douleurs de la région lombaire avec radiculalgie au membre inférieur droit de topographie S1. L'examen clinique note une fièvre à 38,2°, une raideur lombaire très importante avec un indice de Shober (IS) à 11 cm et une distance doit-sol (DDS) à 45cm.

Questions :

6-1- Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal arthrosique rétrécit
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

6-2- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demanderiez-vous ?

- Aucun
- Radiographies standards du rachis lombaire face/profil
- IRM du rachis lombaire
- NFS-VS

Autres :

Cas N°7 :

Un patient âgé de 65 ans, souffre d'une lombosciatique aigue isolée non impulsive à la toux. Il a reçu un traitement par AINS et antalgique pendant 2 semaines sans amélioration notable. Il est à noter que ce patient présente une dysurie et une pollakiurie nocturne avec récemment des épisodes de rétention aigue d'urine spontanément résolutive.

Questions :

7-1- Quel est le diagnostic le plus probable chez ce patient ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal lombaire étroit arthrosique
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- Lombosciatique sur métastase osseuse

7-2-Quelle est votre attitude ?

- Renforcer le traitement antalgique
- Prescrire des examens complémentaires

Si oui : Quel(s) examen(s) de première intention prescriveriez-vous ?

- NFS
- VS
- CRP
- Radiographies standards du rachis lombaire
- Scintigraphie osseuse
- IRM lombaire

Cas N°8 :

Une patiente âgée de 40 ans, infirmière au CDST (Centre de diagnostic spécialisé de tuberculose), souffre depuis 1 mois d'une lombosciatique S1 non améliorée par le traitement médical. L'interrogatoire retrouve la notion d'anorexie et d'asthénie. L'examen note une raideur rachidienne et une inversion de la courbure lombaire.

Questions

8-1- Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- Lombosciatique sur hernie discale
- Lombosciatique sur canal lombaire étroit arthrosique
- Lombosciatique sur tassement vertébral porotique
- Lombosciatique sur spondylodiscite lombaire
- Lombosciatique sur métastase osseuse

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

8-2- quel(s) examen(s) complémentaire(s) demander chez cette patiente ?

- NFS
- VS
- Radiographies standards du rachis lombaire
- Radiographie du thorax face
- Scintigraphie osseuse
- IDR à la tuberculine

Annexe 2 :

texte des recommandations de pratique clinique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) Février 2000

Les présentes références s'appliquent aux lombalgies et lombosciatiques aiguës définies par un délai d'évolution inférieur à trois mois. La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier. La lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1.

L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient visent à identifier :

- ✚ Les lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques avec:
 - ❖ En faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans (grade B) ;
 - ❖ En faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique (grade B). La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;
 - ❖ En faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de la protéine C réactive (CRP) sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique (grade C).
- ✚ les urgences diagnostiques et thérapeutiques (grade C) :
 - ❖ Sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés) ;

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

- ❖ **Sciaticque paralysante** définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 (tableau III) et/ou comme la progression d'un déficit moteur;
- ❖ **Sciaticque avec syndrome de la queue de cheval** définie par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention ; d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

Tableau III: Échelle MRC (Medical Research Council of Great Britain) de 0 à 5.

•	5	Force normale
•	4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
•	3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
•	2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
•	1	Ébauche de mouvement
•	0	Aucun mouvement

En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'exams d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel).

Les exams d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit discoradiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques.

Il n'y a pas de place pour la réalisation d'exams électrophysiologiques dans la lombalgie ou lombosciatique aiguë (grade C).

Tant pour la lombalgie aiguë que pour la lombosciatique, il n'a pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (grade B). La poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle peut se faire en concertation avec le médecin du travail.

Parmi les éléments d'évolution vers la chronicité, les facteurs psychologiques et socioprofessionnels sont retrouvés de façon fréquente (grade B).

Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontracturants musculaires (grade B). Il n'a pas été identifié d'étude sur les effets de l'association de ces différentes thérapeutiques.

La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité (grade C).

L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë. Si efficacité il y a, elle est de courte durée. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intradurale dans la lombosciatique aiguë (grade B).

Il n'y a pas d'indication d'injection facettaire postérieure dans la lombosciatique aiguë (grade C).

Il n'a pas été retrouvé d'étude attestant de l'efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie aiguë (grade B).

Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B).

L'école du dos, éducation de courte durée en petit groupe, n'a pas d'intérêt dans la lombalgie aiguë (grade B).

En matière de kinésithérapie, les exercices en flexion n'ont pas démontré leur intérêt. En ce qui concerne les exercices en extension des études complémentaires sont nécessaires (grade B).

Enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution

L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aigue, si efficacité il y'a, elle est de courte durée. Il n'y a pas d'arguments pour proposer une infiltration intradurale dans la lombosciatique aigue (grade B).

Il n'y a pas d'indication d'injection facettaire postérieure dans la lombosciatique aigue (gradeC).

Aucune étude n'a été identifié dans la littérature concernant les thérapeutiques suivantes : mésothérapie, balnéothérapie, homéopathie.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Gutierrez B, Bloschichak A, Kurlantzick V.**
Clinical guidelines for lumbar radiographs for patients with low back pain
JAMA. 1997;278:1741-2.

2. **Schroth WS, Schectman JM, Elinsky EG, Panagides JC**
Utilization of medical services for the treatment of acute low back pain: conformance with clinical guidelines.
J Gen Intern Med 1992;7(5):486-91.

3. **Di Iorio D, Henley E, Doughty A.**
A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines.
JAMA 2000;9:1015-21.

4. **Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M.**
Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial.
BMJ 2001;322:400-5.

5. **Valat JP, Goupille P, Rosenberg S, urbinelli R.**
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.

- 6. Marty M.**
Plaidoyer contre l'imagerie précoce des lombosciatiques communes.
Rev Rhum 2004 ;71 :S9-S95.
- 7. Bellaïche L. Enkaoua E.**
Choix de l'imagerie dans la lombosciatique commune.
Rev Rhum 2004 ;71 :S77-S84.
- 8. Boden SD, Davis DO, Dian TS, Patronas NJ, Wiesel SW.**
Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation.
J Bone joint Surg. 1990; 72:403-8.
- 9. Wiesel SW, Tsourmas N, Feffel HL, Citrin CM, Patronas N.**
A study of computer assisted tomography: the incidence of positive CATscans in asymptomatic group of patients.
Spine 1984;9:549-51.
- 10. Karppinen J, Malmivaara A, Tervonen O, Paakko E, Kurunlahti M, Syrjala P et al.**
Severity of symptoms and signs in relation to magnetic resonance imaging findings among sciatic patients.
Spine 2001; 26:E 149-54.
- 11. Beauvais C, Wibier M, Chazerain P, Harboun M, Loité F, Rouloulés J, et al.**
Prognostic value of early computed tomography in radiculopathy due to lumbar intervertebral disk herniation. A prospective study.
Joint Bone Spine 2003;70: 134-9.

12. Carraggee EJ, Kim DH.

A prospective analysis of magnetic resonance imaging in patients with sciatica and lumbar disc herniation. Correlation of outcomes with disc fragment and canal morphology.

Spine 1997;22:1650-60.

13. Wroomen PC, Wilmink JT, de Krom MC.

Prognostic value of MRI findings in sciatica.

Neuroradiology 2002;44:59-63.

14. Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, von Kroff MR, Kalauokalani DA, Reis S.

Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain. Directions for the future.

Spine 2002;27:E133-8.

15. Valat JP, Vedere V, Dropsy R.

Lumbagos et lombosciatiques récents vus en médecine générale: caractéristiques et pratiques thérapeutiques.

Rhumatologie 1996 ;48 :215-23.

16. Jan MA, Mens MD.

The use of medication in low back pain.

Best Practice and research 2005;19:609-21

17. Cherkin DC, Wheeler KJ, Barlow W, Deyo RA.

Medication use for low back pain in primary care.

Spine 1998; 23:607-14

18. **Lisdonk EH van de, huisman IA.**
Lage-rugpijn en benzodiazepine: een relatie vol spanning.
Huisarts & Wetenschap 1998;41:75-9.
19. **Rozenberg S, Zagala A, Valat JP.**
Les infiltrations cortisoniques dans le traitement de la lombosciatique: l'EBM ou la foi.
Rev Rhum 2004 ;71 :S104-S8.
20. **Legrand E, Rozenberg S, Pascaretti C, et al.**
Le traitement de la lombosciatique en milieu hospitalier : résultats d'une enquête d'opinion auprès des rhumatologues français.
Rev Rhum 1998 ;65 :530-6.
21. **Valat JP, Rozenberg S.**
Les infiltrations de corticoïde dans les lombosciatiques et les lombalgies communes.
Rev Rhum 2008 ; 75 :590-5.
22. **Abdi S, Datta S, Tescot AM, et al.**
Epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review.
Pain Physicians 2007;10:185-212.
23. **Boulu P, Benoist M.**
Recent data on the pathophysiology of nerve root compression and pain.
Rev Rhum Engl Ed 1996; 63:358-63.

24. **Watts A, Silagy CA.**
A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica.
Anaesth intensive care 1995;23:564-9.
25. **Rozenberg S.**
Corticoids et pathologie rachidienne lombaire commune.
Rev Rhum 1998 ;65 :719-26.
26. **Carette S, Leclaire R, Marcoux S, et al**
Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus.
N Engl J Med 1997;336:1634-40
27. **Valat JP, Giraudeau B, Rozenberg S, et al.**
Epidural corticosteroid injections for sciatica: a randomised, double blind, controlled trial.
Ann Rheum Dis 2003;62:639-43.
28. **Arden NK, Price C, Reading I, et al.**
A multicentre randomized controlled trial of epidural corticosteroid injections for sciatica: the WEST study.
Rheumatology (Oxford) 2005;44:1399-406.
29. **Wilson-MacDonald J, Burt G, Griffin D, et al.**
Epidural steroid injection for nerve root compression. A randomised controlled trial. J Bone Joint
Surg 2005;87-B:352-5.

30. **Dincer U, Kiralp MZ, Cakar E, Yasar E, Dursan H.**
Comparaison entre infiltration épidurale par le hiatus sacrococcygien et anti-inflammatoires non stéroïdien dans le traitement des lomboradiculalgies.
*Rev Rhum*2007;74 :868-73.
31. **Karppinen J, Malmivaara A, Kurunlahti M, et al.**
Periradicular infiltration for sciatica. A randomized controlled trial.
Spine 2001;26:1059-67.
32. **Vad VB, Bhat AL, Lutz GE, et al.**
Transforaminal epidural steroid injections in lumbosacral radiculopathy.
Spine 2002;27:11-6.
33. **Riew KD, Yin Y, Gilula L, et al.**
The effect of nerve-root injections on the need for operative treatment of lumbar radicular pain: a prospective, randomized, controlled, double-blind study.
J Bone Joint Surg 2000;82-A:1589-93.
34. **Ng L, Chaudhary N, Sell P.**
The efficacy of corticosteroids in periradicular infiltration for chronic radicular pain. A randomized, double blind, controlled trial.
Spine 2005;30:857-62.
35. **Lilius G, Laasonen EM, Myllinen P, et al.**
Lumbar facet joint syndrome. A randomised clinical trial.
J Bone Joint Surg 1989;71-B:681-4.

36. **Carette S, Marcoux S, Truchon R, et al.**
A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain.
N Engl J Med 1991;325:1002-7.
37. **Abdi S, Datta S, Tescot AM, et al.**
Epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review. *Pain Physician 2007;10:185-212.*
38. **Rozenberg S, Allaert FA, Savarieau B, Perahia M, Valat JP.**
Attitude thérapeutique et place du maintien de l'activité dans la lombalgie aigue en pratique de médecine générale.
Rev Rhum 2004 ;71 ;65-9 .
39. **Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BG, Doody C, Daly L, Hurley DA**
Doctor's attitudes and beliefs regarding acute low back pain : a systematic review
Pain 2008;136:388-96.
40. **Wiesel SW, Cuckler JM, Deluca F.**
Acute low back pain. An objective analysis of conservative therapy.
Spine 1980;5:324-30.
41. **Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M.**
How many days of bed rest for acute low back pain? A randomised controlled trial.
N Eng J Med 1986;315:64-70.

42. **Evans C, Gilbert JR, Taylor W, Hildebrand A.**
A randomised controlled trial of flexion exercises, education, and bed rest for patients with acute low back pain.
Physiotherapy Canada 1987;39:96-101.
43. **Postacchini F, Facchini M, Palleri P.**
Efficacy of various forms of conservative treatment in low back pain.
Neuro Orthopedics 1988;6:28-35.
44. **Szpalski M, Hayez JP.**
How many days of bed rest in acute low back pain? Objective assessment of trunk function.
Eur Spine J 1992;1:29-31.
45. **Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskeniemi L, Kuosma E, et al.**
The treatment of acute low back pain. Bed rest, exercises, or ordinary activity?
N Eng J Med 1995;332:351-5.
46. **Wbedilkinson MJB.**
Does 48 hours' bed rest influence the outcome of acute low back pain?
Br J Gen Practice 1995;45:481-4.
47. **Wroomen P, de Krom M, Wilmink J, Kester A, Knottnerus A.**
Lack of effectiveness of bed rest for sciatica.
N Eng J Med 1999;340:418-23.

48. **Rosenberg S, Delval C, Rezvani Y, Oliveri–Apicella N, et al.**
Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain
Spine 2002;27:1487–93.
49. **Little P, Smith L, Cantrell T, Chapman J, Langridge J, Pickering R.**
General practitioners' management of acute low back pain: a survey of reported practice compared with clinical guidelines.
BMJ 1996;312:485–8.
50. **Henchoz Y, Kai Lik So A.**
Exercice et lombalgie commune: revue de littérature
Rev Rhum 2008 ;75:790–9.
51. **COST B13**
European guidelines for the management of low back pain
Eur Spine J 2006;15:s125–7
52. **Vuori IM.**
Dose–response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis.
Med Sci Exerc 2001;33: s 551–86
53. **Maher C, Latimer J, Refshauge K.**
Prescription of activity for low back pain: what works ?
Aust J Physiother 1999;45:121–32.

54. **Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, et al**
The role of the activity in the therapeutic management of back pain. Report of international Paris task force on back pain.
Spine 2000;25 :15-33s.
55. **van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, et al.**
Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group.
Spine 2000;25:2484-96.
56. **Casazza BA, Young JL, Herring SA**
The role of exercise in the prevention and management of acute low back pain.
Occup Med 1998;13:47-60.
57. **Hayden JA, van Tulder MW, malmivaara A, et al.**
Meta-analysis: excrse therapy for non specific low back pain.
Ann Intern Med 2005;142:765-75.
58. **Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR.**
Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review.
Occup Med 2004;54:3-13.
59. **Rainville J, Hartigan C, Martinez E, et al.**
Exercise as treatment for chronic low back pain.
Spine j 2004;4:106-15

60. Valat JP

Progrès en pathologie rachidienne. L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes.

Rev Rhum 2007 ;74 :73-78.

61. Legrand E, Massin P, Levasseur R, Hoppé E, Chapard D, Audran M.

Stratégie diagnostique et principes thérapeutiques au cours des spondylodiscites infectieuses bactériennes.

Rev Rhum 2006 ;73 :373-9.

62. Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM.

How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitude and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists.

Pain. 2008 Mar;135(1-2):187-95.

63. Cherkin D, Deyo R, Wheeler K, Ciol M.

Physicians views about treating low back pain, the results of a national survey.

Spine 1995;20:1-10

64. Poiraudreau S, Rannou F, Le Henanff A, Coudeyre E, Rosenberg S, Haus D, et al.

Outcome of subacute low back pain: influence of patient's and rheumatologist's characteristics.

Rheumatology 2006;45:718-23

65. Rush PJ, Shore A.

Physician perceptions of the value of physical modalities in the treatment of musculoskeletal disease.

Br J Rheumatol 1994;33:566-8

66. Leech C.

The renaissance project. Preventing chronic disability from low back pain.

Departement of Social and Family Affaires. Government publications 2004.

67. Negrini S, Politano E, Carbalona R, Mambrini A.

General practitioner's management of low back pain: impact of clinical guidelines in a non-english speaking country.

Spine 2001;26:2727-33.