

## LOMBALGIE AIGUË

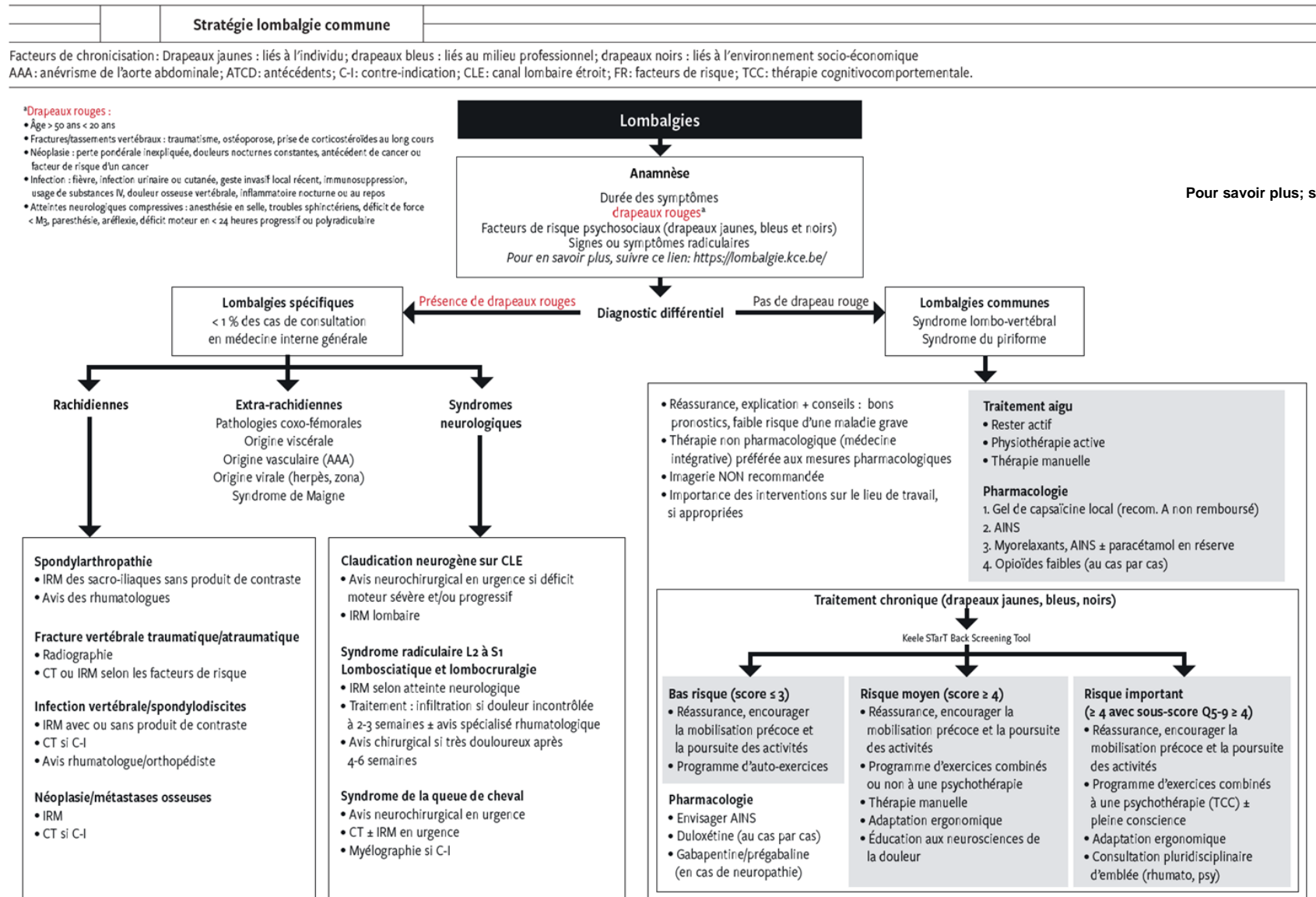
<b>Auteurs</b>	Dre Tracy Perles, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dr Ioan Perret, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
<b>Experts</b> Rhumatologie Médecine de famille	Prof. S. Genevay, Service de rhumatologie, HUG Dr Tatiana Sacroug, consultante en médecine manuelle, Service de médecine de premier recours, HUG
<b>Superviseur</b>	Dr Hervé Spechbach, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
<b>Comité éditorial</b>	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGE Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

2022

### LES POINTS À RETENIR

- Lors de la première consultation, les signaux d'alarme ("*drapeaux rouges*") doivent être systématiquement recherchés, et les facteurs de risque d'évolution vers la chronicité ("*drapeaux jaunes*") doivent être identifiés. L'outil Keele StartBack est un questionnaire de détection rapide utile en complément à une anamnèse détaillée.
- Il est nécessaire sur la base d'une anamnèse précise de connaître les éléments cliniques orientant vers des douleurs fonctionnelles de même que vers une origine mécanique ou inflammatoire.
- Aucun examen radiologique n'est recommandé en cas de lombalgie aiguë commune.
- Privilégier une approche non médicamenteuse : « STOP Pain without DRUGS »
- L'écoute active des patients, l'information rassurante, un enseignement thérapeutique, la poursuite de la mobilité adaptée au degré de répercussion fonctionnelle, sont les aspects essentiels de la prise en charge initiale d'une lombalgie commune. Concernant les alternatives non médicamenteuses, on peut relever un niveau de preuve bon pour la physiothérapie active et la médecine manuelle.
- En cas de symptômes invalidants empêchant la mobilisation, une antalgie peut être proposée avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens +/- des opioïdes faibles (notamment le tramadol) en cas de non-réponse. Fait nouveau, des patches ou gel topique à base de capsaïcine, ont montré des bénéfices lorsqu'ils sont introduits pour un court laps de temps (< 3 mois).

**ALGORITHME**



## LOMBALGIE AIGUE

### 1. INTRODUCTION

#### 1.1 DÉFINITION

La **lombalgie** est une douleur située entre la 12<sup>ème</sup> côte et le pli fessier, en général accompagnée d'une limitation de la mobilité et d'une raideur du rachis.

#### 1.2 EPIDÉMOLOGIE

Plus de 80% des personnes vont souffrir au moins une fois dans leur vie de lombalgies, avec une prévalence annuelle qui varie entre 30%-40% dans la population générale en Suisse. <sup>8</sup>

Lors d'une enquête menée en 2020 en Suisse, on met en évidence que 88% des personnes interrogées (n=1041, avec un âge d'inclusion à l'enquête de 16 ans) souffrent au moins une fois de douleurs lombaires dans leur vie. L'enquête met également en comparaison l'année 2011 avec une augmentation de cette problématique selon les données récoltées. <sup>8,9</sup>

Dans les pays à haut revenu, ce problème représente environ 5% des causes de consultation ambulatoire. Il s'agit de la première cause de consultation parmi les plaintes musculo-squelettiques. <sup>10</sup>

Elle génère des coûts directs, indirects et intangibles estimés à environ 100 milliards de dollars aux USA en 2013. <sup>11</sup> En Suisse, une étude parue en 2005 a estimé des coûts directs autours de 2.6 milliards d'euros sur l'année. <sup>12</sup>

Dans une consultation de médecine générale, la cause de la lombalgie est non-spécifique, dit lombalgie commune, dans la majorité des cas (environ 90%). <sup>13</sup>

Seuls 4% des patients ont une fracture-tassement vertébrale, 5% une spondylarthrite ankylosante, 3% un spondylolisthésis, 0.7% une tumeur primitive ou une métastase, 0.01% une infection (spondylodiscite ou abcès péri-dural). L'épidémiologie actuelle montre que sur les 80% des patients qui consultent en cabinet pour un épisode aigu de lombalgie commune, environ 70% vont présenter des récives qui varient en fréquence et en intensité. <sup>14</sup>

Lorsque l'arrêt de travail dépasse 7 jours, le risque de handicap fonctionnel à long terme augmente, nécessitant rapidement de mettre en place une intervention multidisciplinaire.

### 2. CLASSIFICATION

Par commodité épidémiologique on parle de :

- "lombalgie aiguë" en cas d'évolution inférieure à 4 semaines (dans certains cas, on parle de 4 à 6 semaines),
- "lombalgie subaiguë" entre 4 et 12 semaines d'évolution,
- "lombalgie chronique" en cas de persistance des douleurs au-delà de 3 mois.

Pour la plupart des patients, il s'agit d'une évolution récurrente avec plus ou moins de symptômes entre les crises. <sup>15</sup>

La "lombo-sciatalgie" est définie comme une lombalgie commune avec irradiation dans le ou les membres inférieurs, au-delà du pli fessier; lorsqu'elle est accompagnée de signes évocateurs d'un syndrome radiculaire L5 ou S1 (douleur localisée au dermatome correspondant, accompagnée de signe irritatif, +/- déficit neurologique sensitif et/ou moteur), on parle volontiers de "lombo-sciatique".

La "lombo-cruralgie" est définie comme une lombalgie avec irradiation dans la face antérieure de la cuisse. Le même terme est utilisé qu'il y ait ou non un syndrome radiculaire L2, L3 ou L4.

Les recommandations les plus récentes sont basées sur une classification qui répartit les lombalgies en plusieurs catégories, chacune d'elles méritant une prise en charge spécifique :

- la lombalgie commune (non-spécifique) qui représente la majorité des cas
- la lombalgie spécifique (avec atteinte rachidienne, neurogène ou extra-rachidienne)

### 3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

#### 3.1 ANAMNÈSE

L'anamnèse consiste en premier lieu à rechercher les points suivants :

- Localisation, irradiation, intensité, durée, circonstances, évolution, facteurs aggravants et soulageants
- Signaux d'alerte ("**drapeaux rouges**") (Figure 1)
- Caractéristique de la douleur (mécanique versus inflammatoire) (Tableau1)
- Antécédents d'épisodes similaires ou différents
- Tabac, obésité, âge, sexe féminin, travail de force, travail sédentaire, bas niveau socio-économique, insatisfaction et stress au travail et des troubles psychologiques, troubles de l'humeur comme l'anxiété, la dépression.<sup>15</sup>

On a tendance à rechercher une relation entre l'apparition d'une lombalgie commune aiguë avec un événement de vie particulier (mouvement ou effort inhabituel, soulèvement ou port d'une charge lourde, déménagement, jardinage, etc.). En réalité, la plupart des épisodes de lombalgies surviennent sans élément déclenchant ou lors d'un mouvement déjà fait des milliers de fois.<sup>16</sup>

Le site de la Mayo Clinic donne des conseils utiles de bon positionnement dans le lit, afin de soulager les maux de dos en lien avec le sommeil, question fréquemment posée par les patients lors des consultations en cabinet. (cf. annexes pour en savoir plus).

Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
En charge, à l'effort	Diminuée par l'activité
Posturale	Réveil nocturne en 2ème partie de nuit
Diminuant avec l'arrêt de l'effort	Non calmée par le repos
Avec dérouillage matinal de < 30 min	Raideur matinale prolongée de > 30 min
	Soulagée par les AINS *

**Tableau 1** : douleur mécanique versus inflammatoire

\* Concernant l'élément « soulagée par les AINS » pour la douleur inflammatoire, cela ne signifie pas que les douleurs mécaniques ne sont pas soulagées par les AINS.

L'anamnèse permet de catégoriser la douleur en fonction des 4 grandes classes de lombalgies :

Type	Diagnostic différentiel
Lombalgie commune	Lombalgies non spécifiques, lombo-sciatalgie/-sciatique, lombo-cruralgie, syndrome du piriforme.
Lombalgie spécifique avec atteinte rachidienne	Infectieux, inflammatoire, mécanique, fracture (peut s'accompagner d'une irradiation non spécifique comme la lombalgie commune)
Lombalgie spécifique avec atteinte neurologique	Radiculaire ou neuropathique (hernie discale, canal lombaire étroit, syndrome de la queue de cheval)
Lombalgie spécifique avec atteinte extra-rachidienne	Hanche, viscérale (néphrolithiase, pyélonéphrite, pancréatite, cholécystite, gynécologique), vasculaire (AAA), virale (herpès avec atteinte extra rachidienne uniquement), systémique.

**Tableau 2** : les grands types de lombalgies et diagnostics principaux <sup>14,17</sup>

AAA = Anévrisme de l'Aorte Abdominale

Service de médecine de premier recours

La lombalgie commune est la cause la plus fréquente de douleur lombaire. Il est important d'explorer le risque de chronicisation des douleurs lié à l'intensité de l'épisode initial, la sédentarité et les facteurs psychologiques et comportementaux ("**drapeaux jaunes**") ainsi que les facteurs socio-économiques ("**drapeaux noirs**") et professionnels ("**drapeaux bleus**") propres à chaque patient.

Afin de mieux identifier ces aspects l'outil Keele StartBack est un questionnaire de détection rapide utile en complément à une anamnèse détaillée : <https://startback.hfac.keele.ac.uk/training/resources/startback-online/>

Pour les atteintes spécifiques du rachis, il convient de rechercher les signaux d'alerte (Tableau 3). [17](#) [18](#)

<b>Rachidienne (lombalgie spécifique)</b>	<b>Symptômes/Signes cliniques</b>	<b>Examens complémentaires</b>
<i>Spondylarthropathie axiale / Spondylarthrite ankylosante</i>	Age au début des symptômes < 45 ans Symptômes persistants (> 12 semaines) ou récidivants Début insidieux Caractère inflammatoire Alternance de douleurs dans chaque fesse, manifestations périphériques actuelles ou passées (arthrite, psoriasis, enthésite (Achilles), uvéite, MICI) AF positive pour spondylarthrite	Bilan sanguin (*FSC, CRP, VS), bilan ciblé sur une étiologie (MICI, autres)  IRM des sacro-iliaques, sans produit de contraste
<i>Fracture vertébrale traumatique et a-traumatique</i>	Age (> 65 ans) Anamnèse d'ostéoporose, score de FRAX® Utilisation de stéroïdes Traumatisme	Bilan radio puis selon facteurs de risque CT +/- IRM.  Selon les facteurs de risque, CT sans radio
<i>Spondylodiscite / Abscess épidual / ostéomyélite</i>	Fièvre nouvelle, frissons, douleurs nocturnes Utilisation récente i.v de drogues Gestes invasifs (Infiltration>>chirurgie) Immunosuppression (y compris cortisone), VIH Infection concomitante (urinaire, cutanée)	Bilan sanguin ciblé selon les facteurs de risques (FSC, CRP, VS, hémocultures, VIH, analyse urinaire)  IRM avec ou sans produit de contraste CT scan si contreindication IRM
<i>Néoplasie ou métastases osseuses</i>	Age > 50 ans, tabac, alcool, AF Anamnèse de cancer avec possible envahissement osseux (seins, poumons, prostate, thyroïde) ou FR de cancers Symptômes B Non amélioration des douleurs après > 1 mois	Bilan sanguin ciblé  IRM CT scan si contre-indication IRM
<b>Neurologique</b>	<b>Symptômes/Signes cliniques</b>	<b>Examens complémentaires</b>
<i>Claudication neurogène sur CLE (Canal lombaire étroit)</i>	Age > 50 ans Douleur bilatérale aux niveaux des fessiers, douleurs aux jambes, pseudo-claudication Douleur apparaissant progressivement à la marche,	IRM lombaire

	disparaissant au repos et en position assise et améliorée en diminuant la lordose lombaire Absence de douleurs en position assise Douleur après 30 secondes d'une extension lombaire Polygone de marche large	
<i>Syndrome radiculaire (95 % sur hernie discale)</i>	Douleur radiculaire Test de Lasègue ipsi- ou controlatéral positif, Déficit moteur Hyposensibilité dans un dermatome Réflexe patellaire ou achilléen diminué	Selon l'évolution du trouble sensitif, moteur : IRM
<i>Syndrome de la queue de cheval</i>	Incontinence urinaire ou rétention Incontinence anale nouvelle Anesthésie en selle	CT, +/- IRM selon avis neurochirurgien en urgence Myélographie si contre-indication IRM
<b>Extra-rachidienne</b>	<b>Symptômes/Signes cliniques</b>	<b>Examens complémentaires</b>
<i>Pathologie coxofémorale</i>	Douleur au niveau du pli inguinal (15% fessière) Irradiation dans la cuisse et le genou. Reproduction de la douleur à la mobilisation de la hanche. Limitation de l'articulation coxofémorale	Rx des hanches, (éventuellement IRM si radiographie négative)
<i>Anévrisme aorte abdominal</i>	Pulsations abdominales, souffle abdominal, FR (tabac)	US abdominal
<i>Origine viscérale (Hématurie, calculs rénaux, infection urinaire, pancréatite, cholécystite, endométriose)</i>	En fonction des pathologies viscérales, gynécologiques dont endométriose	CRP, FSC Analyse d'urines +/- tests hépatiques, lipase US abdominal CT scan abdominal
<i>Herpès / Zona</i>	Radiculalgies dans un dermatome ou plusieurs Recherche de lésions cutanées typiques FR immunosuppression Non vacciné	Sérologies sanguines Frottis vésiculaires
<i>Syndrome de Maigne (Douleur fessière par nociception du rameau postérieur T12-L1) Se divise en 3 branches :</i>	1. Douleur projetée au niveau lombo-fessier 2. Douleur en regard du grand trochanter (bord externe de la hanche) 3. Douleur de l'aîne, région inguinale	1. Point de crête déclenche la douleur fessière lors de la palpation de la crête iliaque à 7-8 cm de la ligne médiane 2. Sensibilité lors du palper-rouleur Peu ou pas de douleur en T12-L1 ; pas d'imagerie. 3. Point de crête iliaque au-dessus du grand trochanter + sensibilité lors du palper-rouleur

Lombalgies communes aiguës / chroniques	Symptômes/Signes cliniques	Examens complémentaires
	Présence d'un syndrome lombo-vertébral. Absence des signes et symptômes d'alerte	Pas de bilan complémentaire
<i>Syndrôme du piriforme (Irritation du nerf sciatique par le muscle piriforme sans lombalgie associée)</i>	Douleur fessière Picotements, engourdissement de la fesse jusqu'au mollet +/- pied Déclenchée par la position assise	Reproduction lors de la mise en tension du muscle piriforme. Pas d'examen complémentaire à disposition. Exclure un diagnostic alternatif (syndrome radiculaire, pathologie sacro-iliaque ou coxo-fémorale)

**Tableau 3** : Diagnostics, symptômes et signes cliniques, ainsi que bilan complémentaire catégorisé en 4 types de lombalgie.

\*FSC = formule sanguine complète, VS = vitesse de sédimentation, CRP = protéine C réactive ; Rx = Radiographie ; IRM = Imagerie par résonance magnétique, CT = CAT scan, US = ultrason, FR = facteurs de risque, AF = anamnèse familiale, MICI = maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [14.18-21](#)

## 3.2 EXAMEN CLINIQUE

### 3.2.1 PRISE DES CONSTANTES

La prise des constantes dont la température est une partie essentielle de l'examen clinique

### 3.2.2 INSPECTION

Faire un examen de la posture (lordose, cyphose) et la recherche de trouble statique majeur (scoliose, déséquilibre antérieur) en position debout

Insuffisance de maintien : position droite avec les bras tendue horizontale pendant 30 secondes ne peut être tenue et le tronc dévie

### 3.2.3 PALPATION

L'examen d'une contracture musculaire au niveau lombaire se fait généralement avec le patient couché sur le ventre et jamais en position debout. Il est important de palper toutes les vertèbres et tous les espaces pour une origine infectieuse, inflammatoire. Compression axiale de la colonne vertébrale à la recherche d'une douleur (cf. annexes).

### 3.2.4 EXAMEN DYNAMIQUE

Un examen dynamique (flexion antéropostérieure et latérale) est indispensable pour vérifier la présence d'un syndrome lombo-vertébral et la présence d'une kinésiophobie. La mesure de l'amplitude du mouvement lombosacré (indice de Schobert modifié) ou global (distance doigt-sol) donne un reflet de l'intensité et est utile surtout pour le suivi.

### 3.2.5 EXAMEN NEUROLOGIQUE

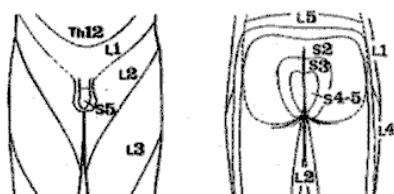
Lorsque la douleur irradie en dessous du pli fessier, les tests de Lasègue direct (plus sensible) et croisé (plus spécifique) sont les tests les plus utilisés pour rechercher une atteinte radiculaire de L4, L5 ou S1. Le test est positif s'il reproduit une douleur dans le trajet radiculaire, et non dans le bas du dos, entre 30° et 70° d'élévation de la jambe.

Le rétro-Lasègue, pratiqué le patient couché sur le ventre ou en décubitus latéral, cherche à reproduire une douleur sur la face antérieure de la cuisse (cruralgie, atteinte radiculaire de L2, L3 ou L4) lors d'une extension passive de l'articulation coxo-fémorale. L'examen neurologique doit rechercher la présence de déficit moteur (Tableau 4). La marche sur les talons et la pointe des pieds permet d'exclure rapidement une parésie sévère des muscles fléchisseurs/releveurs du pied. Il ne permet pas toutefois d'exclure une atteinte plus discrète ni une atteinte de l'extenseur propre du 1<sup>er</sup> orteil, qui doit être examiné de manière séparée. On peut terminer par l'examen des réflexes myotatiques (rotuliens et achilléens) et de la sensibilité (examen « circulaire » des cuisses, mollets et pieds, Tableau 4).

La force est gradée de 0 à 5 comme suit : **M5** normale, **M4** bonne (mouvements possibles contre résistance modérée), **M3** passable (mouvements possibles contre la gravité), **M2** faible (mouvements possibles seulement dans le plan du lit), **M1** trace (contraction musculaire visible mais sans mouvement), **M0** aucune contraction visible. Si l'on suspecte un syndrome de la queue de cheval (compression des racines sacrées), il est nécessaire de faire un examen de la sensibilité de la région péri-anale et glutéale ainsi que du tonus du sphincter anal (toucher rectal).

Racine	Force	Réflexe
L1-L2	Flexion de la hanche	
L3-L4	Extension du genou	Rotulien
L5	Extension de l'hallux Flexion dorsale de la cheville	
S1	Flexion plantaire de la cheville	Achilléen

**Tableau 4** : Examen neurologique des membres inférieurs.



**Figure 2** : dermatomes Th12-S5

#### 4. DIAGNOSTIC

Lorsque l'anamnèse et l'examen physique ont exclu une origine spécifique aux symptômes, on posera le diagnostic de lombalgie commune. Aucun examen radiologique ou de laboratoire n'est alors recommandé, car cela ne donne aucun élément pronostic, ni ne donne d'indication pour orienter le traitement.

Non seulement la corrélation entre la clinique et les anomalies radiologiques est faible voire inexistante mais l'utilisation systématique de l'imagerie a un effet nocebo, induisant une augmentation globale de la chronicité, des coûts et des traitements invasifs sans bénéfice clinique.<sup>22,23</sup>

En présence de signaux d'alerte neurologiques (syndrome de la queue de cheval, déficit moteur avec atteinte du releveur p.ex.) un examen radiologique du rachis doit être effectué sans attendre (si possible une IRM, mais au minimum un CT-scanner), assorti d'un avis neurochirurgical.

En cas de suspicion de fracture, d'origine traumatique, ostéoporotique ou pathologique, un CT-scan de la colonne est indiqué.

- Critères de sévérité devant faire discuter un CT-scan en urgence :
- Douleur élective à la palpation des apophyses épineuses et/ou de la zone inter-épineuse
- Etat de conscience altéré (OH, intoxication)
- Âge >60 ans
- Ostéoporose connue, ou ATCD de fracture ostéoporotique, traitements stéroïdes au long cours.
- Antalgie mal contrôlée rendant la mobilisation impossible. <sup>22</sup>

En l'absence de fracture et avec des signes en faveur d'une origine tumorale, une IRM ambulatoire ou en milieu hospitalier, selon le contexte clinique, pourra être demandée.

Si une spondylodiscite ou un abcès épidual sont suspectés, une IRM en urgence devra être effectuée (si non disponible, un CT-scanner peut se discuter, mais il est moins sensible surtout pendant les premières semaines).

En cas de suspicion d'une étiologie infectieuse, tumorale ou inflammatoire, la mesure des paramètres inflammatoires (vitesse de sédimentation, protéine C-réactive) peut également être utile. Si les éléments cliniques et paracliniques orientent vers une pathologie inflammatoire, un avis rhumatologique sera demandé.

Chez les personnes de moins de 20 ans, en cas de troubles statiques marqués (par ex. scoliose, inégalité de longueur des membres inférieurs), un avis orthopédique s'impose.



Si les signes d'irritation radiculaire et/ou de déficit neurologique sont discrets, non progressifs et sans répercussion fonctionnelle (parésie M4 pour les groupes musculaires importants voire <M4 pour le releveur du 1<sup>er</sup> orteil), une imagerie complémentaire du rachis n'est pas nécessaire dans un premier temps, mais le patient devra être suivi régulièrement afin de s'assurer de la non-progression de l'atteinte neurologique.

## 5. PRISE EN CHARGE

### 5.1 DÉTERMINATION DU RISQUE DE CHRONICITÉ

Il est actuellement recommandé de rechercher activement et soigneusement les facteurs de chronicisation ou "**drapeaux jaunes**" dès la 1<sup>ère</sup> consultation lors d'un diagnostic de lombalgie commune. On peut compléter cette recherche par les autres *drapeaux* prédisant une chronicisation que sont les "**drapeaux bleus**" et "**drapeaux noirs**". (Tableau 5).

L'utilisation du questionnaire « *The Keele STarT Back Screening Tool* »<sup>2</sup>, auto-questionnaire très bref et validé dans plusieurs langues dont le français, permet de quantifier facilement ce risque de chronicisation : <https://startback.hfac.keele.ac.uk/training/resources/startback-online/>. Une approche clinique adaptée en fonction du risque de chronicité ainsi déterminé (faible, moyen ou fort) donne de meilleurs résultats que lorsqu'elle est laissée à l'appréciation du médecin.

Ces "*drapeaux*" sont prédictifs d'une résolution plus lente des symptômes, voire d'une persistance de ceux-ci à long terme éventuellement accompagnés d'un arrêt de travail prolongé qui peut finalement prendre une tournure de catastrophe professionnelle et sociale (évolution dans 5-10% des cas).

Les 4 facteurs modifiables les plus importants sont la kinésiophobie (peur du mouvement), le catastrophisme, l'anxiété et l'humeur dépressive. Ces facteurs doivent absolument être explorés et adressés spécifiquement à chaque consultation pour tenter de désamorcer le passage vers la chronicité. Plus ils sont nombreux, plus le suivi doit être rapproché et plus il sera nécessaire de s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire.

Lorsqu'il existe une véritable maladie psychiatrique associée (trouble anxieux caractérisé ou état dépressif majeur), une prise en charge spécialisée conjointe (psychiatre et rhumatologue/rééducateur) doit être rapidement mise en place. Cela devrait toujours être le cas lors d'un score élevé.

Facteurs de chronicisation	
Liés à l'individu = <b>drapeaux jaunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs importantes</li> <li>• Irradiation radiculaire de la douleur</li> <li>• Impact fonctionnel important</li> <li>• Anxiété, tristesse</li> <li>• Peur de se mobiliser</li> <li>• Vision pessimiste/incertaine de l'avenir</li> <li>• Fausses croyances concernant le mal de dos</li> <li>• Attentes excessives concernant les traitements</li> <li>• Attitude passive dans la maladie</li> <li>• Épisodes récidivants</li> <li>• Traitements antérieurs inefficaces</li> </ul>
Liés au milieu professionnel = <b>drapeaux bleus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfaction au travail</li> <li>• Exigence physique de la profession élevée</li> <li>• Peur de se blesser au travail</li> <li>• Faible soutien social/communication du milieu professionnel</li> <li>• Adaptation du milieu professionnel non réalisable</li> </ul>
Liés à l'environnement socio-économique = <b>drapeaux noirs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chômage</li> <li>• Conflits pour l'indemnisation</li> <li>• Isolement social</li> <li>• Croyances conjoint/ famille</li> <li>• Problèmes de remplacement ou d'adaptation du poste de travail</li> </ul>

**Tableau 5** : Facteurs de chronicisation (*drapeaux jaunes, drapeaux bleus et drapeaux noirs*). [23,24](#)

## 5.2 TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX

Pour les lombalgies communes aiguës et chroniques, les nouvelles recommandations, que ce soit en Europe, en Amérique, en Angleterre ou en Asie, ont toutes évoluées vers une approche axée en premier sur les conseils et encouragements pour rester actif, modifier les fausses croyances en faisant preuve de réassurance. Ensuite et ce également pour la phase aiguë et chronique, la physiothérapie active et la médecine manuelle sont dorénavant recommandées. Les prises en charge médicamenteuses sont prescrites généralement en même temps que des mesures non médicamenteuses. [25](#)

Pour les lombalgies aiguës/subaiguës sont recommandés la poursuite des activités physiques, les exercices, la thérapie manuelle ou physiothérapie en actif c'est-à-dire : rester en mouvement !

L'enseignement thérapeutique et les conseils donnés par des professionnels de santé devraient permettre aux patients de comprendre la cause de la lombalgie, les facteurs l'aggravant ou la soulageant, comment autogérer la douleur en mettant en place les bonnes stratégies pour rester actif. [26,27](#)

La douleur est par essence subjective, extrêmement liée au contexte, et l'intensité donnée par le patient ne devrait jamais être remise en doute. Un traitement devrait être établi sur mesure en fonction des symptômes, du diagnostic et des préférences, ainsi que des buts de chaque patient. Un tel programme permet de diminuer le taux d'absentéisme. [28](#)

Les thérapies de médecine intégratives dont la médecine manuelle qui englobe les manipulations spinales (telles que l'ostéopathie et la chiropractie) en phase aiguë et chronique sont de plus en plus recommandées avec des bons niveaux d'évidence. [7,14,17,29-32](#) La médecine manuelle se pratique par des médecins, et se base sur des manipulations vertébrales en cas d'indication et sur diverses techniques musculaires visant une détente de tension et/ou contracture. Dans le cas de lombalgie/lombo-sciatalgies communes on trouve souvent la présence de points *triggers* musculaires responsables d'une zone douloureuse à distance du point de tension (par exemple imitation de la stimulation du nerf sciatique en cas de trigger du muscle petit fessier). Afin de détendre ces triggers, on peut utiliser, entre autres, le dry needling (traitement avec une aiguille sèche, identique à l'aiguille d'acupuncture).

Elle est controversée en cas de syndrome radiculaire et leur poursuite est injustifiée en l'absence de résultats significatifs et prolongés. [5,14](#)

A noter que les techniques des points triggers comprennent l'enseignement d'exercices d'étirement du/des muscle(s) atteint(s). Le but est de rendre notre patient actif dans son traitement.

Le thérapeute va donner des conseils d'ergonomie du poste de travail si nécessaire, des conseils de prévention de rechute (mouvements/gestes répétitifs sur le lieu de travail, mauvaise organisation du poste de travail).

A Genève, une garde d'ostéopathie (cf annexe) est ouverte 7 jours sur 7 et propose des rendez-vous dans la journée en cas d'urgence. Cependant, les assurances maladies de base ne remboursent pas ces prestations.

La Société Suisse de médecine manuelle SAMM comprend 1300 membres médecins ayant achevé leur formation complémentaire en médecine manuelle. Cette structure accueille des médecins ayant un titre de spécialiste en médecine interne, médecine physique et en rééducation.

Sur Genève, à ce jour, uniquement 20 médecins pratiquent la médecine manuelle dont 5 en cabinets privés.

L'Hôpital Universitaire de Genève bénéficie également d'une consultation de thérapie manuelle au service de médecine de premier recours. La consultation est prise en charge par l'assurance maladie de base. (cf annexe)

La physiothérapie comprenant des techniques passives (massages ou autres) peut être utilisée en début de séance, mais il faut insister pour qu'une partie de la séance soit dédiée au traitement actif, notamment avec des exercices physiques (étirements, endurance, renforcement, exercices, de stabilisation et de proprioception) adaptée à la douleur et effectuée quotidiennement à domicile. L'exercice physique sous toutes ses formes (pilates, stabilisation, exercices aérobiques, aquatiques, de résistances ou yoga) a un intérêt non négligeable dans le traitement des lombalgies communes sans supériorité d'un type en particulier. [34,65](#)

Il est très important d'adapter l'intensité et la progressivité de la prise en charge selon le degré de kinésiophobie (peur du mouvement). [33,34](#)

Des programmes d'exercices, supervisés par un kinésiothérapeute, spécifiques au besoin du patient et en fonction de ses préférences regroupant un vaste éventail de divers exercices sans supériorité d'un type par rapport à un autre, mais nécessitant une participation active du patient, sont proposés en deuxième intention en cas de lombalgie avec syndrome radiculaire ou claudication neurogène.<sup>31,35,36</sup>

Malgré encore peu d'études à disposition, l'application de chaleur, a mis en évidence des effets favorables<sup>37</sup>. La thermothérapie est très appréciée et efficace à court terme.

Pour les lombalgies communes chroniques, des techniques mêlant mouvements et relaxation comme le yoga ont montrés de réels bénéfices chez certains patients ayant choisi cette approche afin de soulager leur douleur et devrait être recommandé comme traitement si le patient s'y intéresse.<sup>25,38</sup>

Face à des patients présentant des facteurs de chronicisation (tableau 5).<sup>39-41</sup>, une psychothérapie notamment la psychothérapie cognitivo-comportemental ou des techniques de méditation pleine conscience ont montré une grande efficacité pour réduire l'anxiété, la kinésiophobie en complément aux thérapies de mobilisation.

### Pour conclure

Il est important d'insister dès la 1<sup>ère</sup> consultation sur le côté réversible de la lombalgie non-spécifique en adoptant une attitude rassurante envers le patient et ses proches, en mettant l'accent sur l'évolution favorable dans l'immense majorité des cas tout en avertissant que cela peut prendre quelques jours voire quelques semaines. Il est également important de mettre l'accent sur la nature fonctionnelle des douleurs et l'absence de lésion organique. Cette information est primordiale pour prévenir l'évolution vers la chronicité. Il est important d'informer le patient sur le risque de récurrence de l'ordre de 20-45% sur une année et dont l'évolution reste tout à fait favorable

Le deuxième élément-clé est d'encourager une mobilisation précoce, même en présence de douleurs. Le repos au lit n'est pas thérapeutique, il est même délétère ! L'accent sera donc mis sur une mobilisation précoce avec reprise dès que possible des activités habituelles y compris professionnelles, permettant une guérison plus rapide. Il est important que ce message soit identique de la part de tous les soignants. On informera également le patient sur toutes les techniques ergonomiques susceptibles de faciliter sa vie quotidienne pendant la période douloureuse (prise d'appui, port de charge, sortie du lit, etc.).<sup>3,40</sup> Ainsi que sur les fausses croyances.<sup>42</sup>

## 5.3 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

### 5.3.1 LOMBALGIE / LOMBOSCIATALGIE COMMUNE AIGUES, SUBAIGUËS, CHRONIQUES

Un traitement médicamenteux peut être proposé en cas d'échec ou en complément aux mesures ci-dessus.

Le 1<sup>er</sup> choix est un AINS. A noter toutefois un effet modeste des AINS contre le placebo, avec pour les AINS des effets secondaires devant inviter à favoriser les mesures non médicamenteuses.<sup>43-45</sup>

L'usage du paracétamol seul contre le placebo ou combiné avec un AINS contre placebo n'a pas montré de bénéfices importants mais aux doses habituelles, il a peu d'effets secondaires et certainement un effet placebo.<sup>46</sup>

En cas de non-réponse au traitement par AINS ou de fortes douleurs invalidantes (à discuter au cas par cas) un ajout d'opioïdes faibles, en particulier le tramadol, peuvent être recommandés.<sup>17,26,27</sup>

Les myorelaxants ont montré dans certaines études des petits effets dans les premières semaines de traitement mais cliniquement non significatifs dans les études parues en 2021 avec des effets secondaires nombreux. Dans ce contexte, ce traitement est à pondérer en fonction du patient et du degré d'invalidité.<sup>47,56</sup>

Les benzodiazépines ne sont pas recommandées en raison du risque de dépendance.<sup>49</sup>

L'utilisation de gel topique ou patches locaux contenant de la capsaïcine sont recommandées en A par certaines sociétés savantes américaines.<sup>58</sup> Ils peuvent donc être introduits pour un court laps de temps.<sup>6,7</sup>

Deux études randomisées contrôlées datant de 2001 (n= 134) et de 2003 (n= 320) ont comparé les patches de capsaïcine contre un patch placebo. Une différence significative sur la diminution des douleurs a été mise en évidence dans le groupe de patient bénéficiant du patch de capsaïcine.<sup>59-60</sup>

Certaines herbes médicinales ont également montré une amélioration des douleurs comparée au placebo chez des patients s'intéressant à la phytothérapie. Une revue de la Cochrane de 2014 de 2050 participants, a notamment conclu que le saule blanc (*Salix alba*) et la griffe du diable (*Harpagophytum procumbens*) en consommation per os ont un effet significatif sur la récupération fonctionnelle à court terme, avec un degré d'évidence modéré.<sup>7,46</sup>

A noter qu'en Suisse ces traitements ne sont actuellement pas remboursés par les assurances maladies.<sup>48</sup>  
Les gels à base d'anti-inflammatoires n'ont pas fait preuve d'efficacité dans le cadre du traitement de la lombalgie et ne sont donc pas recommandés. Les corticoïdes ne sont d'aucune utilité quelle qu'en soit le mode d'administration.<sup>50</sup>  
En cas de lombalgies chroniques, le traitement reste identique (privilégier les AINS en première intention).  
La duloxétine (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) peut être envisagé au cas par cas pour diminuer le handicap psychique et fonctionnel et les douleurs avec une efficacité démontrée dans des études de 2021 à des doses de 60mg.<sup>34</sup>

Options thérapeutiques	
Recommandé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rassurer le patient, information spécifique, enseignement thérapeutique, libre choix de la thérapie qui intéresse le patient</li> <li>Rester actif (poursuite du travail et loisirs, AVQ) autant que faire se peut</li> <li>Physiothérapie: active (≠ passive)</li> <li>Thérapies manuelles</li> <li>Chaleur locale</li> <li>Capsaïcine en local (catégorie de remboursement D) <a href="#">6.46.48</a></li> <li>Antalgie possible avec AINS seuls (1<sup>ère</sup> intention) +/- paracétamol combiné (2<sup>ème</sup> intention)</li> </ul>
Peut être utile (Si le patient le choisit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yoga, Pilates, Aquagym, Tai-chi</li> <li>Acupuncture</li> <li>Myorelaxants non BZD (petit effet, cliniquement modéré dans les 1<sup>ères</sup> semaines et un rapport bénéfice-effets secondaires peu favorable)</li> </ul>
Contre-indiqué	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alitement</li> <li>Manipulation sous anesthésie générale</li> <li>Corset plâtré, semelles orthopédiques ou chaussures orthopédiques</li> <li>Antiépileptiques, corticostéroïdes, Antidépresseurs (sauf radiculopathie), benzodiazépines</li> <li>Paracétamol en monothérapie</li> <li>TENS (stimulation nerveuse transcutanée), Ultrasons, laser <a href="#">17</a></li> </ul>
Données insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biofeedback</li> <li>Renforcement de la musculature abdominale/ lombaire</li> <li>Infiltration épidurale de corticostéroïdes</li> </ul>

**Tableau 6 :** Options thérapeutiques de la lombalgie aiguë non-spécifique [26.27.31.43-47.49](#)

### 5.3.2 SYNDROME RADICULAIRE OU CLAUDICATION NEUROGÈNE

Le traitement de 1<sup>ère</sup> intention est similaire si ce n'est que, guidé par l'intensité des symptômes, on recourra plus facilement aux dérivés morphiniques (palier II voire III de l'OMS). A noter que lors de syndrome radiculaire, les relaxants musculaires ne sont pas recommandés, aucun bénéfice n'est retrouvé sur la douleur ou la mobilité et les effets secondaires sont non négligeables.<sup>61</sup>

Les corticoïdes per os n'ont pas d'effet supérieur au placebo. Un bolus iv (ex. : solumédrol 250 à 500 mg iv) a peut-être un effet de courte durée et peut être utilisé lors de syndromes radiculaires particulièrement algiques après 2-3 semaines. Il n'y a pas de place pour une infiltration en urgence. Lorsque l'évolution est défavorable sous antalgiques classiques et après avoir vérifié l'origine des symptômes par une imagerie, IRM, (le plus souvent hernie discale ou sténose foraminale pour la radiculopathie, canal lombaire étroit ou rétréci pour la claudication neurogène), une infiltration rachidienne peut être proposée ainsi qu'un avis spécialisé rhumatologique. En raison des risques de complications - rares mais graves - avec les injections foraminales, on s'orientera d'abord vers une injection épidurale (par voie caudale plutôt qu'interlaminar si l'on veut réduire les risques au maximum).  
Après 4 à 6 semaines un avis neurochirurgical est recommandé en cas de persistance de douleurs intenses.

Une possibilité de traitement reste donc l'injection de corticostéroïde dans l'espace épidural. Cela permet de réduire la douleur au niveau du membre inférieur à court terme et les limitations fonctionnelles. Les études n'ont pas montré d'effets secondaires mineurs ou majeurs après une infiltration. [50](#)

Les antalgiques contre les douleurs neurogènes (tricycliques, SNRI (duloxétine), gabapentine ou prégabaline) peuvent également être considérés en 2<sup>nd</sup>e intention, après l'échec de la prise en charge initiale, bien que pour la plupart d'entre eux, l'efficacité réelle soit mal documentée. [33](#)

Pour les douleurs chroniques, avec ou sans radiculopathie, la gabapentine ou prégabaline ne semble pas efficace et le risque d'effet secondaire de ces molécules sont non négligeables. [51.57](#)

## 5.4 EVOLUTION

Le taux de guérison d'une lombalgie aiguë commune est élevé dans les 6 semaines. Afin de donner toutes les chances au patient d'une évolution favorable, il est nécessaire de faire preuve de réassurance et de prévention secondaire, en insistant qu'il est important d'avoir une activité physique régulière. [52](#)

Etant donné le bon pronostic, il n'est pas forcément nécessaire de revoir le patient, sauf si des facteurs de risque de chronicisation ont été identifiés au préalable, auquel cas il faut un suivi multimodal comme spécifié dans l'algorithme. Il faut également proposer de reconsulter si la symptomatologie ne s'améliore pas significativement dans les 4-7 jours avec le traitement prescrit ou si un élément nouveau survient (fièvre, troubles neurologiques). En présence d'un syndrome radiculaire, il est nécessaire de revoir régulièrement le patient, pour s'assurer de l'absence de progression neurologique. Un thérapeute manuel va en général revoir le patient dans un intervalle de 2 à 7 jours (en fonction de l'intensité de la douleur initiale) afin de se rassurer de l'évolution favorable, et de refaire l'examen clinique et éventuellement le traitement de manipulation et de donner d'autres conseils et exercices au patient.

L'arrêt de travail doit être utilisé avec précaution. Il doit tenir compte du degré de handicap fonctionnel et des sollicitations professionnelles. S'il est nécessaire, il doit être restreint à un maximum de 3-5 jours et prolongé seulement après une nouvelle évaluation.

Des études ont mis en évidence une diminution de la kinésiophobie et des arrêts de travail en intervenant sur le lieu de travail et adaptant le poste avec des moyens ergonomiques. [32.53.54](#)

En l'absence d'évolution favorable après 4 semaines de prise en charge adéquate, il est nécessaire de reconsidérer la présence de signes d'alerte ("**drapeaux rouges**") faisant suspecter une atteinte spécifique et de chercher encore plus intensément les facteurs de risque de chronicisation (*Tableau 5 et outil Keele STarT Back Screening Tool. (cf annexe)*). Une augmentation de l'intensité des douleurs lors du suivi, malgré un traitement bien conduit, doit également être considérée comme un signal d'alarme. A ce stade, l'avis d'un rhumatologue ou d'un rééducateur peut s'avérer nécessaire, en particulier en présence d'un syndrome radiculaire résistant au traitement conservateur ou de suspicion d'un canal lombaire étroit mais aussi pour initier une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire.

## 5.5 PRÉVENTION DES RÉCIDIVES

La lombalgie non-spécifique est une maladie complexe et peu d'interventions permettent d'en prévenir les récives. Parmi les mesures efficaces, la promotion de l'activité physique est considérée comme un facteur qui permet de diminuer le nombre et la durée des récives. Les interventions éducatives tenant compte d'aspects bio-psycho-sociaux peuvent également modifier durablement les croyances et les comportements des patients face à leur maladie. Un livret d'information, destiné aux patients – « **Le guide du dos** » (cf annexe) - résumant ces principes et validé par des travaux scientifiques, est disponible à cet effet. [55](#) Un site Belge pédagogique permet de parcourir également toutes les étapes de la prise en charge des lombalgies (cf annexe).

## REFERENCES

1. Sosolic-Zumschlinge Lisa LJ-D, de Goumoëns Pierre. Approche diagnostique des -lombalgies aiguës. *Prim Hosp Care Med Int Gen* 04.05.2021;2021;21(05):155-160. DOI: 10.4414/phc-f.2021.10301.
2. Bruyère O, Demoulin M, Brereton C, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health* 2012;70(1):12. (In eng). DOI: 10.1186/0778-7367-70-12.
3. Stéphane Genevay M. Flash: lombalgies: relax sur les myorelaxants! Hôpitaux universitaires de Genève2021.
4. Qaseem A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 2017;166(7):514-530. DOI: 10.7326/m16-2367 %m 28192789.
5. de Zoete A, Rubinstein SM, de Boer MR, et al. The effect of spinal manipulative therapy on pain relief and function in patients with chronic low back pain: an individual participant data meta-analysis. *Physiotherapy* 2021;112:121-134. (In eng). DOI: 10.1016/j.physio.2021.03.006.
6. Kreiner DS, Matz P, Bono CM, et al. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. *Spine J* 2020;20(7):998-1024. (In eng). DOI: 10.1016/j.spinee.2020.04.006.
7. Aveni E, Berna C, Rodondi P. Médecines complémentaires et lombalgies : que dit la littérature scientifique *Rev Med Suisse* 2017;volume 3. no. 568, 1300 - 1303. DOI: doi: 10.53738/REVMED.2017.13.568.1300.
8. Mueller A. Rapport sur le dos Suisse 2020. Zürich: Juillet 2020 2020.
9. Office fédéral de la statistique. Activité physique et santé. Consulté le 04.04.2022. Neuchâtel OFS, 2019. (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/general.html>).
10. Carey TS, Evans A, Hadler N, Kalsbeek W, McLaughlin C, Fryer J. Care-seeking among individuals with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995;20(3):312-7. (In eng). DOI: 10.1097/00007632-199502000-00009.
11. Dieleman JL, Baral R, Birger M, et al. US Spending on Personal Health Care and Public Health, 1996-2013. *JAMA* 2016;316(24):2627-2646. DOI: 10.1001/jama.2016.16885.
12. Wieser S, Horisberger B, Schmidhauser S, et al. Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *Eur J Health Econ* 2011;12(5):455-67. DOI: 10.1007/s10198-010-0258-y.
13. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2:S169-91. (In eng). DOI: 10.1007/s00586-006-1071-2.
14. olff H, Stalder H, Guerne PA. Lombalgie aiguë. *Prim Care* 2005;5:52-6.
15. Giani A, Schäfer S, Sabbioni M, Kläui H, Frey U. Directives pour les médecins de premier recours: lombalgies. *Prim Hosp Care Med Int Gen* 01.09.2020;2020;20(09):259-263. DOI: 10.4414/phc-f.2020.10152.
16. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998;23(17):1860-6; discussion 1867. DOI: 10.1097/00007632-199809010-00012.
17. Genevay S, Balagué F. Lombalgies communes (aiguës, subaiguës, chroniques). *Planète santé*.
18. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *CMAJ* 2017;189(45):E1386-E1395. (In eng). DOI: 10.1503/cmaj.170527.
19. Galliker G, Scherer DE, Trippolini MA, Rasmussen-Barr E, LoMartire R, Wertli MM. Low Back Pain in the Emergency Department: Prevalence of Serious Spinal Pathologies and Diagnostic Accuracy of Red Flags. *Am J Med* 2020;133(1):60-72.e14. (In eng). DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.06.005.
20. Meier J, Vaucher P. Recours à l'imagerie lors de la prise en charge de lombalgies aiguës : recommandations et directives internationales. *Mains libres* 2020-03;2020 no.1:pp 39-43. (Scientifique article).
21. Giraud N, Chouk M, Sondag M, Verhoeven F, Prati C, Wendling D. Syndrome de Bertolotti et anomalies transitionnelles lombosacrées. *La lettre du rhumatologue* 02.2019;449.
22. Michel F, Parratte B. Le syndrome du muscle piriforme : clés pour le diagnostic et propositions thérapeutiques. *La lettre du rhumatologue* mai-juin 2014;n° 402-403.
23. Delémont C, Dominguez D, Tessitore E, Spechbach H, Salamun J. Prise en charge d'un trauma de colonne thoraco-lombaire D4-L5.
24. Main CJ, Williams ACdC. Musculoskeletal pain. *BMJ (Clinical research ed)* 2002;325(7363):534-537. (In eng). DOI: 10.1136/bmj.325.7363.534.
25. Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, et al. Lombalgie et douleur radiculaire: éléments clés d'un itinéraire de soins Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2017. (KCE Reports 295Bs. D/2017/10.273/85.).
26. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Elvesier* 2018.
27. Hong JY, Song KS, Cho JH, Lee JH. An Updated Overview of Low Back Pain Management in Primary Care. *Asian Spine J* 2017;11(4):653-660. (In eng). DOI: 10.4184/asj.2017.11.4.653.
28. Atlas SJ. Management of Low Back Pain: Getting From Evidence-Based Recommendations to High-Value Care. *Ann Intern Med* 2017;166(7):533-534. (In eng). DOI: 10.7326/M17-0293.

29. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;9:CD009790. (In eng). DOI: 10.1002/14651858.CD009790.pub2.
30. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(1):CD004750. DOI: 10.1002/14651858.CD004750.pub2.
31. Roren A, Daste C, Coleman M, et al. Physical activity and low back pain: a critical narrative review. *Ann Phys Rehabil Med* 2022;101650. (In eng). DOI: 10.1016/j.rehab.2022.101650.
32. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;38(3):E158-77. (In eng). DOI: 10.1097/BRS.0b013e31827dd89d.
33. Russo F, Papalia GF, Vadalà G, et al. The Effects of Workplace Interventions on Low Back Pain in Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(23) (In eng). DOI: 10.3390/ijerph182312614.
34. Chou R, Huffman LH, Society AP, Physicians ACo. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147(7):505-14. (In eng). DOI: 10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00008.
35. Hurwitz EL, Morgenstern H, Kominski GF, Yu F, Chiang LM. A randomized trial of chiropractic and medical care for patients with low back pain: eighteen-month follow-up outcomes from the UCLA low back pain study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31(6):611-21; discussion 622. (In eng). DOI: 10.1097/01.brs.0000202559.41193.b2.
36. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003;138(11):871-81. (In eng). DOI: 10.7326/0003-4819-138-11-200306030-00008.
37. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1):CD000447. (In eng). DOI: 10.1002/14651858.CD000447.pub2.
38. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(9):CD001929. DOI: 10.1002/14651858.CD001929.pub3.
39. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, et al. Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2021;51(11):CPG1-CPG60. DOI: 10.2519/jospt.2021.0304.
40. Brea-Gómez B, Torres-Sánchez I, Ortiz-Rubio A, et al. Virtual Reality in the Treatment of Adults with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(22) (In eng). DOI: 10.3390/ijerph182211806.
41. Strijkers RHW, Schreijenberg M, Gerger H, Koes BW, Chiarotto A. Effectiveness of placebo interventions for patients with nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2021;162(12):2792-2804. (In eng). DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002272.
42. Tagliaferri SD, Ng SK, Fitzgibbon BM, et al. Relative contributions of the nervous system, spinal tissue and psychosocial health to non-specific low back pain: Multivariate meta-analysis. *Eur J Pain* 2022;26(3):578-599. (In eng). DOI: 10.1002/ejp.1883.
43. Lataste-Munter O, Samandari A, Genevay S. Lombalgies communes chroniques et croyances erronées. *Rev Med Suisse* 2021;volume 7(760):2060 - 2064. DOI: doi: 10.53738/REVMED.2021.17.760.2060.
44. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M. Acute Lumbar Back Pain. *Dtsch Arztebl Int* 2016;113(13):223-34. (In eng). DOI: 10.3238/arztebl.2016.0223.
45. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006;332(7555):1430-4. (In eng). DOI: 10.1136/bmj.332.7555.1430.
46. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, et al. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(7):CD010265. DOI: 10.1002/14651858.CD010265.pub2.
47. Grimaldi L. Mal de dos: place aux médecines complémentaires. *Planète santé*.
48. Mayo Clinic. Back pain. Mayo Foundation for Medical Education and Research (<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/back-pain/symptoms-causes/syc-20369906>).
49. Oltean H, Robbins C, van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C, Gagnier JJ. Herbal medicine for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(12):CD004504. DOI: 10.1002/14651858.CD004504.pub4.
50. National Guideline C. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), © NICE, 2016; 2016.
51. Bernstein I A, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance *BMJ* 2017 ; i6748 doi:10.1136/bmj.i6748Copyright
52. Oliveira CB, Maher CG, Ferreira ML, et al. Epidural corticosteroid injections for lumbosacral radicular pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;4:CD013577. DOI: 10.1002/14651858.CD013577.
53. Giménez-Campos MS, Pimenta-Fermisson-Ramos P, Díaz-Cambronero JI, Carbonell-Sanchís R, López-Briz E, Ruíz-García V. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness and adverse events of gabapentin and pregabalin for sciatica pain. *Aten Primaria* 2022;54(1):102144. (In eng). DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102144.

54. Organization WH. Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. .
55. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 2017;166(7):514-530. DOI: 10.7326/m16-2367 %m 28192789.
56. Sullivan V, Wilson MN, Gross DP, et al. Expectations for Return to Work Predict Return to Work in Workers with Low Back Pain: An Individual Participant Data (IPD) Meta-Analysis. *J Occup Rehabil* 2022 (In eng). DOI: 10.1007/s10926-022-10027-w.
57. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19(4):541-55. (In eng). DOI: 10.1016/j.berh.2005.03.001.
58. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2021;374:n1446. DOI: 10.1136/bmj.n1446.
59. Chou R Low Back Pain. *Ann Intern Med* 2021; 174 (8): ITC113-128. DOI: 10.7326/AITC202108170.
60. North American Spine Society (NASS). Evidence-based clinical guidelines for multidisciplinary spine care: diagnosis and treatment of low back pain. National association of spine specialists. (<https://www.spine.org/Research-Clinical-Care/Quality-Improvement/Clinical-Guidelines>).
61. Keitel W, Frerick H, Kuhn U, Schmidt U, Kuhlmann M, Bredehorst A. Capsicum pain plaster in chronic non-specific low back pain. *Arzneimittelforschung* 2001;51(11):896-903. DOI: 10.1055/s-0031-1300134.
62. Frerick H, Keitel W, Kuhn U, Schmidt S, Bredehorst A, Kuhlmann M. Topical treatment of chronic low back pain with a capsicum plaster. *Pain* 2003;106(1-2):59-64. DOI: 10.1016/s0304-3959(03)00278-1.
63. Van Wambeke P, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE 2017
64. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_287B\\_Douleurs\\_lombaires\\_et\\_radiculaires\\_Resume1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf)
65. Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med* 2020;54(21):1279-1287. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100886.



## ANNEXES

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/back-pain/multimedia/sleeping-positions/sls-20076452?s>  
(Mayo Clinic : Positionnement au lit)

<https://primary-hospital-care.ch/fr/article/doi/phc-f.2021.10301> (Examen physique de médecine manuelle)

<https://osteo-geneve.fso-svo.ch/garde> (Garde osthéopathie Genève 7j/7)

<https://www.samm.ch/fr/> (Société Suisse de Médecine Manuelle SAMM)

[https://www.hug.ch/sites/interhug/files/atelier\\_mpr/Examen\\_du\\_dos.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/Examen_du_dos.pdf) (Dre T. Sacroug, 2010 pour en savoir plus)

<https://lombalgie.kce.be/> (Prise en charge des lombo-sciatalgie)

[https://www.rheumaliga-shop.ch/media/shop/document/F1030\\_Votre%20dos\\_pensez-y\\_Brosch%C3%BCre\\_001.pdf](https://www.rheumaliga-shop.ch/media/shop/document/F1030_Votre%20dos_pensez-y_Brosch%C3%BCre_001.pdf) (Guide du dos, ligue suisse de Rhumatologie)

[https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/rhu/documents/rhu-backbookfrench\\_.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/rhu/documents/rhu-backbookfrench_.pdf) (Guide du dos, CHUV)