

## INFORMATIONS CLEFS

- La plupart des lombalgies aiguës sont bénignes et spontanément résolutive. Elles trouvent leur origine dans des troubles dysfonctionnels de la colonne lombaire. On parle de « lombalgies non spécifiques » ou « communes ».
- Dans certains cas, elles peuvent s'accompagner d'une symptomatologie radiculaire qui doit être documentée cliniquement et qui nécessite parfois des examens paracliniques.
- Rarement, la lombalgie aiguë peut avoir une cause potentiellement grave (infection, cancer, fracture, rhumatisme, etc.). On parle de lombalgie « spécifique » dans ce cas.
- Lors de l'évaluation initiale en cas de lombalgie aiguë, il faut systématiquement rechercher les « red flags », qui sont des éléments du dossier clinique du lombalgique fréquemment associés à une cause grave de lombalgie. Leur présence nécessite souvent la réalisation de l'un ou l'autre examen paraclinique.
- En cas de lombalgie aiguë, la présence de facteurs de risque de chronicité doit également être recherchée lors de l'évaluation initiale. Ces facteurs de risque sont généralement dénommés « yellow flags ».
- La présence de « yellow flags » nécessite la mise en place d'une évaluation

multidisciplinaire dans l'optique du modèle bio-psycho-social de la lombalgie. Dans certains cas, l'intervention d'un psychologue peut s'avérer nécessaire.

## INTRODUCTION

La lombalgie est une entité clinique très fréquemment rencontrée en médecine générale, dans un service d'urgences, dans les consultations spécialisées en orthopédie, en rhumatologie et en médecine physique. Dans une très large majorité des cas, les douleurs sont vraisemblablement dues à des troubles dégénératifs bénins présents au niveau d'éléments anatomiques de la colonne lombaire comme les disques, les articulations interapophysaires postérieures, etc. Ces anomalies peuvent, dans certains cas, entraîner des dysfonctionnements douloureux (contractures musculaires, etc.) généralement transitoires comme en témoigne l'évolution clinique le plus souvent favorable avec disparition spontanée des douleurs en quelques jours alors que les éventuelles lésions dégénératives visibles sur les examens paracliniques persistent (faible corrélation anatomo-clinique). On parle dans ce cas de lombalgie « commune » ou « non spécifique ».

Parfois les douleurs lombaires peuvent s'accompagner d'une irradiation douloureuse au niveau du membre inférieur selon un territoire radiculaire caractéristique. Dans ce cas, une compression radiculaire est responsable d'une lombo-sciatique L5 ou S1 ou d'une lombo-cruralgie L3 ou L4.

Enfin, dans des cas plus exceptionnels, une douleur lombaire peut avoir une cause potentiellement grave (infection, néoplasie, fracture ostéoporotique, rhumatisme inflammatoire, etc.). Dans ce cas, on parlera de lombalgie « spécifique ».

Au vu de la prévalence très élevée de la lombalgie et de la nature variée de son étiologie, une stratégie de triage doit être adoptée lors de la mise au point diagnostique de la lombalgie afin d'utiliser à bon escient les différents et nombreux examens paracliniques possibles dans l'intérêt du patient ainsi que dans une optique d'efficacité.

## DÉFINITION

Le concept des « red flags » est issu d'une approche de type « evidence-based medicine ». En effet, on retrouve ce concept dans la plupart des guidelines concernant la mise au point diagnostique de la lombalgie. Le « red flag » est un élément du tableau clinique (âge du patient, un élément de l'anamnèse, un signe clinique, etc.) indiquant une plus grande probabilité de présence d'une cause « spécifique » grave de lombalgie (fracture pathologique, néoplasie, infection, complication neurologique, etc.). Alors qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire en cas de clinique de lombalgie aiguë « mécanique » non compliquée, la présence de « red flags » implique la nécessité de réaliser, en fonction de la clinique, un ou plusieurs examens complémentaires.

## « RED FLAGS » DANS LA LOMBALGIE AIGUË

Les « red flags » en cas de lombalgie aiguë (Rubinstein SM, van Tulder M, 2008 ; Greenhalgh S, Selfe J, 2009) :

ÂGE	<20 ou >55 ans
ANAMNÈSE	Traumatisme significatif récent Antécédents de cancer Corticoïdes par voie générale Toxicomanie HIV
SYMPTOMATOLOGIE	Douleur constante, en aggravation progressive, douleur non mécanique Douleur thoracique Altération de l'état général Perte de poids

EXAMEN CLINIQUE	Fièvre Persistance d'une réduction importante de la flexion de la colonne lombaire Déformation structurelle de la colonne vertébrale Anomalies à l'examen neurologique Anesthésie en selle, troubles mictionnels
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La liste des « red flags » varie quelque peu selon les références. La liste présentée ci-dessus reprend les « red flags » les plus souvent repris dans la littérature.

## DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DANS LA LOMBALGIE AIGUË

La lombalgie aiguë étant une entité clinique très fréquente, il s'agit d'adopter une démarche structurée en trois étapes lors de l'évaluation du patient :

- **recherche de « red flags »** : la première étape consiste à écarter l'éventualité d'une cause grave à l'origine de la douleur. C'est à ce niveau que la recherche des « red flags » s'avère utile ;
- **recherche de signes radiculaires** : si la recherche des « red flags » s'avère négative, la deuxième étape consiste à rechercher tout élément clinique évoquant la possibilité d'une compression radiculaire : irradiation douloureuse au-delà du genou, symptôme neurologique radiculaire (douleur de topographie radiculaire, parésie, trouble sensitif, diminution ou abolition de réflexe ostéo-tendineux aux membres inférieurs). La recherche de signes de conflit disco-radiculaire par le signe de Lasègue est également utile à ce niveau. Lorsque la recherche de signes radiculaires accompagnant une lombalgie est également négative, et en l'absence de « red flag », on conclura à une lombalgie « non spécifique » ou « commune » et, dans ce cas, aucun examen complémentaire ne sera initialement nécessaire ;
- **recherche des facteurs de risques de chronicité** : en cas de lombalgie « non spécifique », la troisième étape de la démarche diagnostique consistera à rechercher la présence de facteurs de risques de chronicité dénommés « yellow flags » (voir ci-dessous). En effet, la présence de tels facteurs de risque nécessite la mise en place d'une approche thérapeutique multidisciplinaire basée sur le modèle bio-psycho-social.

## PERFORMANCE, APPLICATION PRATIQUE DES « RED FLAGS »

La fiabilité des « red flags » comme outil de triage permettant d'exclure une cause grave de lombalgie aiguë a souvent été discutée, voire critiquée. Il est généralement admis qu'en absence de tout « red flag » on peut être rassuré quant à l'absence d'une pathologie grave chez 99 % des patients vus en première ligne, ce qui témoigne d'une excellente sensibilité. Certains auteurs ont cependant critiqué la spécificité trop faible des « red flags » arguant qu'en recherchant les « red flags » de façon stricte on risquerait d'aboutir à demander des investigations paracliniques chez près de 80 % des patients en pratique de première ligne (Henschke N, 2009). Dans la démarche de triage de la lombalgie aiguë, si l'utilisation des « red flags » est une démarche incontournable, il s'agit donc de l'appliquer avec un bon sens clinique élémentaire. La survenue d'une lombalgie d'allure mécanique chez un homme de 57 ans sans autre « red flag » positif ni signe radicaire inquiétant (déficit moteur) ne doit sans doute pas mener de façon systématique à une investigation paraclinique. Le patient devra cependant être revu et, si la douleur persiste au delà de 3 semaines, s'aggrave ou se modifie, des examens complémentaires sont indispensables.

Certains auteurs se sont intéressés à l'association de certains « red flags » et autres données cliniques et la présence d'une pathologie grave comme cause possible de lombalgie. Ainsi, les 4 données cliniques que sont le sexe féminin, un âge > 70 ans, une notion de médication par corticoïdes pendant une période relativement longue ainsi qu'un traumatisme sont autant d'éléments plus fréquemment associés à une fracture ostéoporotique (Henschke N, 2009). De même, l'association des 4 éléments, âge > 50 ans, antécédent de cancer, perte de poids inexpliquée et résistance au traitement classique de la lombalgie est fortement associée à une origine néoplasique (métastase, etc.) pour la lombalgie (Henschke N, 2009).

## « YELLOW FLAGS » DANS LA LOMBALGIE

Lors de la démarche diagnostique de la lombalgie aiguë, la troisième étape consiste à rechercher la présence de facteurs de risques de chronicité de la lombalgie. Ces facteurs de risque sont appelés les « yellow flags ». Ils sont de nature diverse : ils peuvent être liés à la personnalité du patient, son profil psycholo-

gique, son attitude face à son affection. Ils peuvent également être liés à son travail, sa situation économique et/ou familiale.

Les principaux facteurs de risque de chronicité sont :

- **l'attitude du patient face à sa problématique de lombalgie.** Si le patient n'est pas confiant dans le fait qu'avec la prise en charge médicale, l'évolution sera favorable, le risque de chronicité est plus élevé. Il en est de même si le patient n'est pas prêt à s'investir activement dans le suivi ;
- **des fausses croyances** de la part du patient qui est convaincu qu'il présente une affection grave (cancer, hernie discale entraînant un risque de paralysie, évolution inexorable vers la chaise roulante, etc.). Le patient peut également être convaincu que sa situation rend absolument indispensable un traitement radical de type intervention chirurgicale, manipulation vertébrale afin de « remettre une vertèbre en place »... Les fausses croyances peuvent s'expliquer par l'intensité des douleurs survenant parfois brutalement dans les lombalgies aiguës. Les fausses croyances trouvent aussi souvent leur origine dans une communication inappropriée de la part des médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, etc. : « *la hernie discale comprime votre nerf ; si elle se déplaçait, vous pourriez être paralysé* », « *vous avez tellement d'arthrose que dans 20 ans vous serez dans une chaise roulante* », « *vous avez des vertèbres (ou le bassin) déplacé, il faut le remettre en place* », etc. Dans certains cas, ces fausses croyances peuvent rendre le patient très anxieux et le pousser à sans cesse imaginer le pire. On parle alors de « catastrophisation » ;
- **le fait qu'il existe un tiers responsable** comme cause de la lombalgie ou un contexte potentiellement juridique : accident du travail, accident de la voie publique avec tiers responsable, etc. Le patient se trouve parfois coincé dans une situation juridique où le contexte médico-légal est un obstacle vers une évolution favorable ;
- **l'état psychologique du patient** est à prendre en compte également selon qu'il présente un profil dépressif ou anxieux, par exemple ;
- **le contexte familial** peut également constituer un facteur de risque de chronicité.
- enfin, **un contexte défavorable sur les lieux du travail** peut également être un

facteur de risque important : travail monotone, ennuyeux, climat conflictuel avec le supérieur hiérarchique, avec certains collègues, harcèlement, etc.

Certains auteurs ont subdivisé ces facteurs de risque de chronicité en fonction de leur nature et des interventions possibles à leur niveau (Nicholas MK et al., 2011). Ainsi, parmi ces facteurs de risque ont été par exemple distingués : un tableau clinique suggérant la présence d'une affection psychiatrique (dépression, trouble de la personnalité, etc.) et requérant une intervention spécialisée et la présence de barrières incontournables à la reprise du travail (ou temporairement d'un travail adapté) comme c'est le parfois le cas lors de refus de reprise du travail par le médecin du travail ou en rapport avec une disposition règlementaire quelconque.

Il est donc important de savoir qu'indépendamment de la cause anatomique des douleurs lombaires, il existe de nombreux facteurs de risque de chronicité dénommés généralement « yellow flags » dans la littérature anglo-saxonne.

La présence de ces facteurs de risque peut être identifiée simplement lors de l'anamnèse par un examinateur expérimenté. Il existe cependant des outils spécifiques sous la forme de questionnaires dont l'efficacité à identifier ces facteurs a été démontrée : le « *STarT back screening tool* », le questionnaire d'Örebro, tous deux validés en français...

En cas de présence de « yellow flags », la situation du patient doit impérativement être appréhendée de façon multidisciplinaire dans l'optique du modèle bio-psycho-social. L'intervention d'un psychologue de l'équipe multidisciplinaire peut s'avérer indispensable dans certains cas.

### ATTITUDE FACE À UNE LOMBALGIE AIGUË COMMUNE NON COMPLIQUÉE

Concrètement, face à un patient souffrant de lombalgie aiguë commune et en absence de « red flags », de « yellow flags » et de signes radiculaires, les messages à transmettre par le soignant viseront essentiellement à :

- dramatiser la situation (expliquer la grande fréquence des lombalgies, leur évolution favorable, l'inutilité des radiographies) ;
- donner des conseils favorisant l'auto-gestion de la douleur (utilisation d'antalgiques simples, de chaleur locale, etc.) ;

- conseiller la reprise précoce des activités.

### RÉFÉRENCES

- Greenhalgh S, Selfe J. **A qualitative investigation of Red Flags for serious spinal pathology.** Physiotherapy. 2009 Sep;95(3):224-7.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH. **Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain.** Arthritis Rheum. 2009 Oct;60(10):3072-80.
- Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ; «Decade of the Flags» Working Group. **Early identification and management of psychological risk factors («yellow flags») in patients with low back pain: a reappraisal.** Phys Ther. 2011 May;91(5):737-53.
- Rubinstein SM, van Tulder M. **A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain.** Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008 Jun;22(3):471-82.
- Waddell G. **The back pain revolution.** Churchill Livingstone, 2004.