

LOMBALGIE AIGÛ AVEC OU SANS RADICULALGIE*

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Anne Le Berre
- Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- Le lumbago, la lombo-sciatalgie ou la lombo-cruralgie sont des douleurs de sévérité faible à très intense. On traite ici de la lombalgie aiguë définie comme < 3 mois.
- Survenue habituelle lors d'une mise en contrainte du rachis lombaire ou d'un mouvement banal, parfois avec un craquement, une sensation de blocage.
- Douleur lombaire basse, parfois persistante au repos. En cas de cruralgie ou de sciatique associée, la douleur intéresse tout ou partie d'un trajet radiculaire typique.
- Irradiations habituelles du lumbago vers les régions fessières, parfois les faces postérieures des cuisses sans atteindre le creux poplité.
- À l'examen : syndrome rachidien : attitude antalgique, contracture, douleur à la pression axiale et transversale sur les épineuses (L₃, L₄, L₅), limitation des amplitudes. Dans la lombo-radicalgie, seul le signe de Lasègue croisé a une bonne spécificité en faveur de la hernie discale¹.
- La cause n'est pas univoque : discale, musculaire ou en rapport avec les articulaires postérieures dans le cas des lombalgies et lombo-radicalgies communes qui représentent 95 % des cas². Les lombalgies ou radicalgies peuvent traduire des lésions ostéo-articulaires ou extra-articulaires de tous types : tumoral, infectieux, vasculaire, traumatique, inflammatoire, hémorragique (hématome du psoas).
- L'examen de l'abdomen est obligatoire à la recherche d'un anévrisme, d'une organomégalie. L'examen neurologique est obligatoire.

PATIENT

- Arguments en faveur d'une lombalgie (lombo-radicalgie) commune : l'âge (entre 20 et 55 ans), présence de facteurs aggravant la douleur, absence de signes généraux (fièvre, amaigrissement, asthénie...), absence de traumatisme, de cancer connu, d'immunodépression, de toxicomanie IV, d'infection urinaire, de résistance au traitement symptomatique (quelques semaines).

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

(AUTRES) CAUSES DE LOMBALGIE AIGÛ

SIGNES D'ALERTE

• Anévrisme aortique	Age > 60 ans, facteurs de risque vasculaire. Absence d'aggravation par certains mouvements ou activités.
• Tumeur (vertébrale, rétropéritonéale, médullaire, épidurale)	ATCD de cancer ; âge > 50 ans ; pas d'amélioration après traitement (quelques semaines) ; amaigrissement ; douleur en plusieurs endroits ; douleur au repos.
• Fracture/Tassement vertébral	Notion de traumatisme. Traumatisme même mineur si âge > 50 ans et ostéoporose, ou si corticothérapie prolongée.
• Infection	Symptômes ou signes d'infection, infection en cours, immunodépression, plaie.
• Spondylarthropathies	Autres localisations douloureuses, diarrhée récente, raideur matinale, psoriasis, colite...

CAUSES DIVERSES : sténose lombaire, prostatite, salpingite, endométriose, tumeur de l'ovaire, colique néphrétique, pyélonéphrite, hématome du psoas, pancréatite, cholécystite, ulcère gastrique perforé, maladie de Paget, zona.

MÉDICAMENTS DE LA LOMBALGIE AIGÛ

PRODUITS

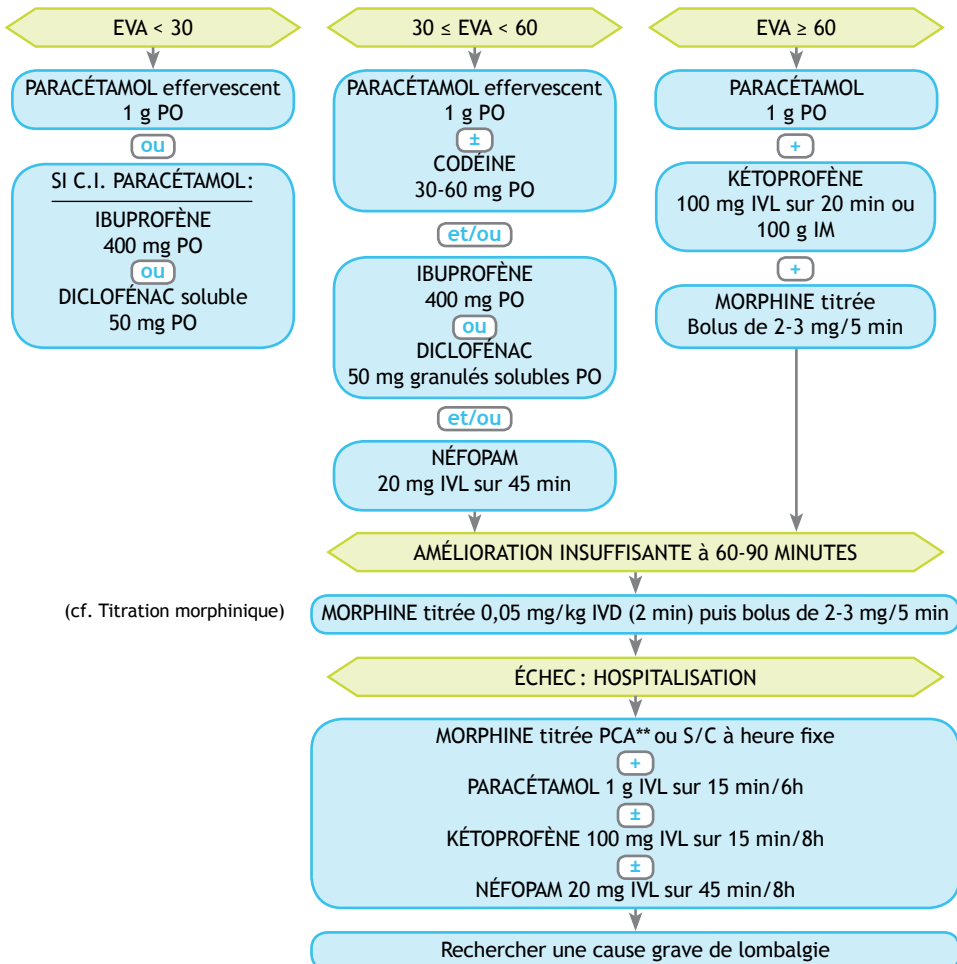
PROPRIÉTÉS

PATIENTS PARTICULIERS

• PARACÉTAMOL • AINS	<ul style="list-style-type: none"> • Les AINS n'ont pas de supériorité démontrée par rapport à l'association paracétamol-opiacés². • En cas d'utilisation d'AINS, choisir les mieux tolérés et à demi-vie courte (ibuprofène)⁴. • En traitement d'entretien, la voie rectale ou injectable n'a pas d'intérêt, ni en efficacité, ni en tolérance. • Les associations paracétamol, AINS et myorelaxants n'ont pas été étudiées³. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les contre-indications des AINS. • Sujet > 65 ans ou ATCD d'ulcère : traitement gastroprotecteur par oméprazole. • AINS à éviter chez le sujet âgé, l'insuffisant cardiaque, le coronarien, l'insuffisant rénal ou le patient hypertendu ou prenant un diurétique.
• MYORELAXANTS • MYORELAXANTS-SÉDATIFS	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats discordants dans la littérature² mais sont recommandés³. • Traitement d'appoint supérieur au placebo mais non testé en association aux AINS ou au paracétamol. • Traitement ambulatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujet âgé : diminution des doses initiales et d'entretien. Ne pas associer opiacés et myorelaxants-sédatifs. • Information sur les complications et la prévention. • Conducteurs ou travailleurs sur machine : mise en garde.
• OPIACÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Préférence pour les agonistes purs dont l'analgésie est dose-dépendante. 	
• COXIB	<ul style="list-style-type: none"> • Non indiqués. 	

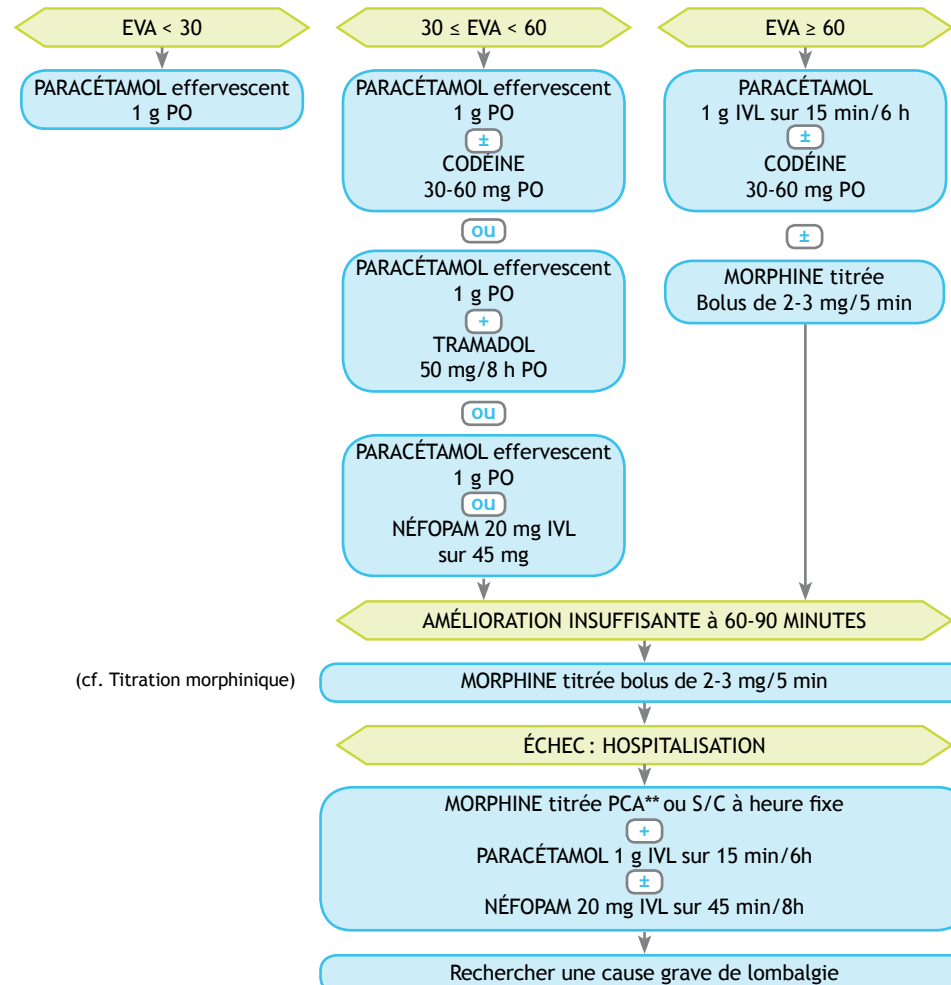
STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

PAS DE CONTRE-INDICATION AUX AINS



**PCA: Patient Controlled Analgesia : analgésie contrôlée par le patient

CONTRE-INDICATION AUX AINS



COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

• Peu de preuves à l'appui des manipulations vertébrales²; les experts de l'ANAES leur reconnaissent un intérêt³. L'immobilisation est urgente (corset) en cas de lésions instables.

SOINS INFIRMIERS

L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

1. Caractérise la douleur.
2. Recueille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
3. Détecte une détresse vitale (état de choc, pâleur, sueurs,...).
4. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
5. Appelle le médecin et oriente le patient vers le secteur approprié.
6. Recueille le maximum d'informations auprès du patient et/ou de la famille si présente (circonstances, allergies, anciens ECG, dossiers éventuels, dates d'hospitalisations antérieures).

L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

1. Sur prescription médicale et/ou selon protocole préétabli :
 - pose une voie veineuse ;
 - réalise un bilan sanguin, un électrocardiogramme et un bilan préopératoire (si orientation chirurgicale) ;
 - met en route le traitement antalgique après contrôle d'absence d'allergie ou de contre-indication. Vérifie l'absence d'incompatibilité physico-chimique avec les autres traitements en cours (si traitement IV). En cas de doute, prévient le médecin.
2. Rassure le patient et explique les gestes entrepris.
3. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Applique une méthode d'évaluation de la douleur choisie (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
5. Surveille spécifiquement la titration morphinique.
6. Explique au patient et à la famille, les consignes d'orientation et/ou de sortie et de suivi, s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise au patient à sa sortie du SAU.

Références bibliographiques :

1. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N. Engl. J. Med. 2001 ; 344 : 363-70.
2. Evidence based management of musculoskeletal pain. A guide for clinicians. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. 2004. www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp95.pdf
3. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. ANAES 2000. [www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_ASSI_57JEGS/\\$File/lombreco.pdf?OpenElement](http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_ASSI_57JEGS/$File/lombreco.pdf?OpenElement)
4. Henry D, Lim LL, Garcia Rodriguez LA, et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory
5. Sfmu et Sfar. Conférence d'experts : « Sédation et analgésie en structure d'urgence » http://www.sfm.org/documents/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf

DEVENIR DU PATIENT À LA SORTIE DU SERVICE D'URGENCES

CRITÈRES D'ORIENTATION

Retour au domicile

- Lumbago simple ou tassement vertébral, stable.
- Maladie inflammatoire
- Suspicion de maladie néoplasique sans instabilité vertébrale ni signe neurologique déficitaire
- Autonomie obtenue avec l'analgésie d'urgence ou contexte social favorable

Hospitalisation

- Suspicion de spondylodiscite, d'instabilité vertébrale ou signes neurologiques déficitaires
- #### Avis orthopédique ou neurochirurgical urgent
- Sciatique hyperalgique
 - Instabilité vertébrale
 - Déficit radiculaire L₃, L₄, L₅ ou S₁
 - Atteinte polyradiculaire
 - Syndrome de la queue de cheval

REMARQUES

- En cas de doute diagnostique,
 - Agir selon les hypothèses évoquées (confirmation et traitement en urgence d'un anévrisme compliqué...).
 - En l'absence de lésion menaçante, s'assurer du suivi par spécialiste ou médecin traitant.
- Le relais de la prise en charge est confié au médecin traitant.

TRAITEMENT ANTALGIQUE SELON L'ORIENTATION DU PATIENT

Après la consultation en urgence

- Traitement en tenant compte des contre-indications, adaptation selon le soulagement obtenu par l'analgésie en urgence.
- Paracétamol 3 à 4 g par jour + (codéine ou tramadol ou AINS) en cas d'inefficacité.
- Éventuellement morphine orale d'action rapide pour une courte durée, prescrite selon la législation en vigueur.
- Réévaluation précoce par le médecin traitant.
- Prévention et surveillance des effets secondaires de la codéine et de la morphine, notamment constipation.
- L'aptitude à la rue n'est envisageable que 2 h après la dernière administration de morphine.
- Les myorelaxants sédatifs (diazépam 2 mg : 1 à 2 fois par 24 h, tétrazépam : 25-50 mg le soir) et les analgésiques de niveaux 2 et 3 ne doivent pas être associés.

En hospitalisation

- Antalgiques de niveau 1 (paracétamol et AINS) et/ou analgésique de niveau 2 (néfopam) associés à la morphine en PCA**.
- Prévention et surveillance des effets secondaires et tolérance de la morphine dans le cadre d'un protocole écrit (sédation, fréquence respiratoire, SpO₂, hémodynamique).