

A watercolor illustration of a person from the waist up, shown in profile. The person's right hand is placed on their lower back, suggesting they are experiencing back pain. The artwork uses soft, blended colors: warm oranges and yellows for the upper body and hair, and cooler blues and greens for the lower body and hand. The overall style is artistic and gentle.

# CONNAÎTRE LA LOMBALGIE

# Comité de conception

---

**Mario H. Cardiel, M.D., M. Sc.**

Rhumatologue

Morelia, Mexique

**Jianhao Lin, M.D.**

Orthopédiste

Beijing, Chine

**Ammar Salti, M.D.**

Anesthésiste consultant

Abu Dhabi, Émirats arabes unis

**Andrei Danilov, M.D., D. Sc.**

Neurologue

Moscou, Russie

**Supranee Niruthisard, M.D.**

Anesthésiologiste,

spécialiste de la douleur

Bangkok, Thaïlande

**Jose Antonio San Juan, M.D.**

Chirurgien orthopédiste

Cebu, Philippines

**Smail Daoudi, M.D.**

Neurologue

Tizi Ouzou, Algérie

**Germán Ochoa, M.D.**

Orthopédiste, chirurgien du

rachis et spécialiste de la douleur

Bogotá, Colombie

**Xinping Tian, M.D.**

Rhumatologue

Beijing, Chine

**João Batista S. Garcia, M.D., Ph. D.**

Anesthésiste

São Luis, Brésil

**Milton Raff, M.D., B. Sc.**

Anesthésiste consultant

Le Cap, Afrique du Sud

**Işin Ünal-Çevik, M.D., Ph. D.**

Neurologue, neuroscientifique

et spécialiste de la douleur

Ankara, Turquie

**Yuzhou Guan, M.D.**

Neurologue

Beijing, Chine

**Raymond L. Rosales, M.D., Ph. D.**

Neurologue

Manille, Philippines

*L'élaboration de ce programme a été parrainée par Pfizer Inc.*


# Objectifs d'apprentissage

---

- Lorsqu'ils auront terminé ce module, les participants seront en mesure :
  - de discuter de la prévalence de la lombalgie aiguë et chronique
  - de comprendre les conséquences de la lombalgie sur les activités et la qualité de vie du patient
  - d'utiliser les outils appropriés pour le diagnostic de la lombalgie
  - de reconnaître les drapeaux rouges et jaunes qui devraient inciter à orienter le patient vers un professionnel ou à l'examiner de plus près
  - d'expliquer les mécanismes sous-jacents aux différents types de lombalgie
  - de sélectionner les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques appropriés pour la lombalgie

# Table des matières

---

- Qu'est-ce que la lombalgie?
  - Quelle est la fréquence de la lombalgie?
  - Comment distinguer les différents types de lombalgie entre eux dans la pratique clinique?
  - Quels drapeaux rouges et jaunes devraient imposer une orientation vers un spécialiste ou un examen approfondi?
  - Comment la lombalgie devrait-elle être traitée en fonction de sa physiopathologie?
- 

# Qu'est-ce que la lombalgie?

---

- Douleur sous le rebord costal et au-dessus des plis fessiers, avec ou sans irradiation vers les membres inférieurs<sup>1</sup>
- Une lombalgie est dite **aiguë** ou **chronique** en fonction de sa durée :
  - **Aiguë** : moins de 3 mois<sup>2,3</sup>
  - **Chronique** : plus de 3 mois<sup>2,3</sup>



# Question à débattre

---

**COMBIEN DE PATIENTS  
SOUFFRANT DE LOMBALGIE  
VOYEZ-VOUS PENDANT  
UNE SEMAINE NORMALE?**

# Épidémiologie de la lombalgie

---

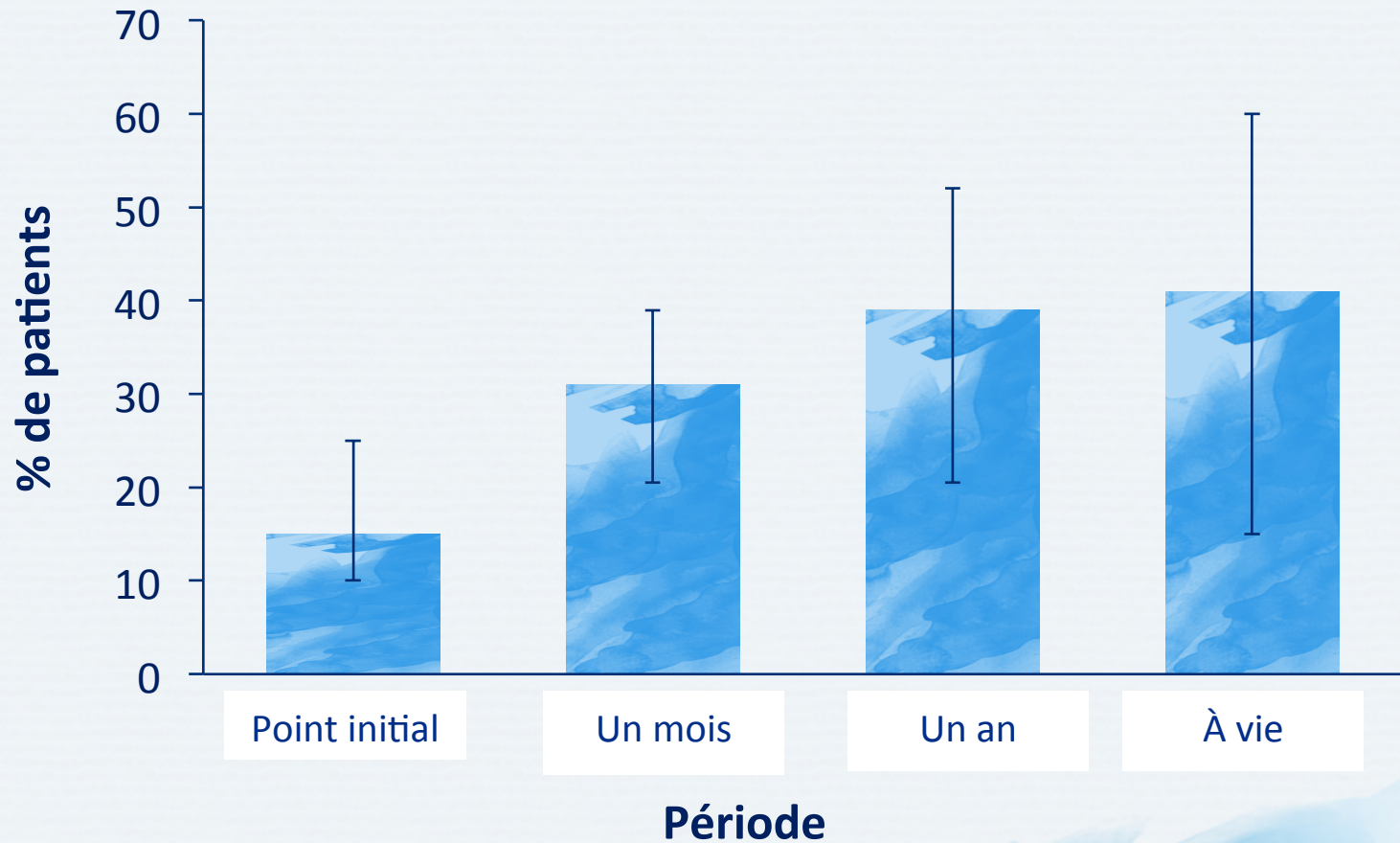
- **>80 %** des adultes connaissent un épisode de lombalgie au cours de leur vie<sup>1</sup>
- L'incidence est à son maximum pendant la troisième décennie<sup>2</sup>
- En général, la prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 60–65 ans<sup>2</sup>
- Les hommes et les femmes sont touchés dans les mêmes proportions<sup>3</sup>
- La lombalgie est la **5<sup>e</sup>** raison des consultations dans les cabinets des médecins<sup>4</sup>
- La lombalgie est la **2<sup>e</sup>** raison (après les maladies respiratoires) des consultations médicales liées aux symptômes<sup>4</sup>
- La lombalgie est la **principale cause** d'incapacité professionnelle<sup>5</sup>

1. Walker BF. *J Spinal Disord* 2000; 13(3):205-17; 2. Hoy D et al. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24(6):769-813;

3. Bassols A et al. *Gac Sanit* 2003; 17(2):97-107; 4. Hart LG et al. *Spine (Phila PA 1976)* 1995; 20(1):11-9; 5. National Institutes of Health.

*Low Back Pain Fact Sheet*. Accessible à : [http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail\\_backpain.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail_backpain.htm). Consulté le : 22 juillet 2013.

# Prévalence médiane de la lombalgie



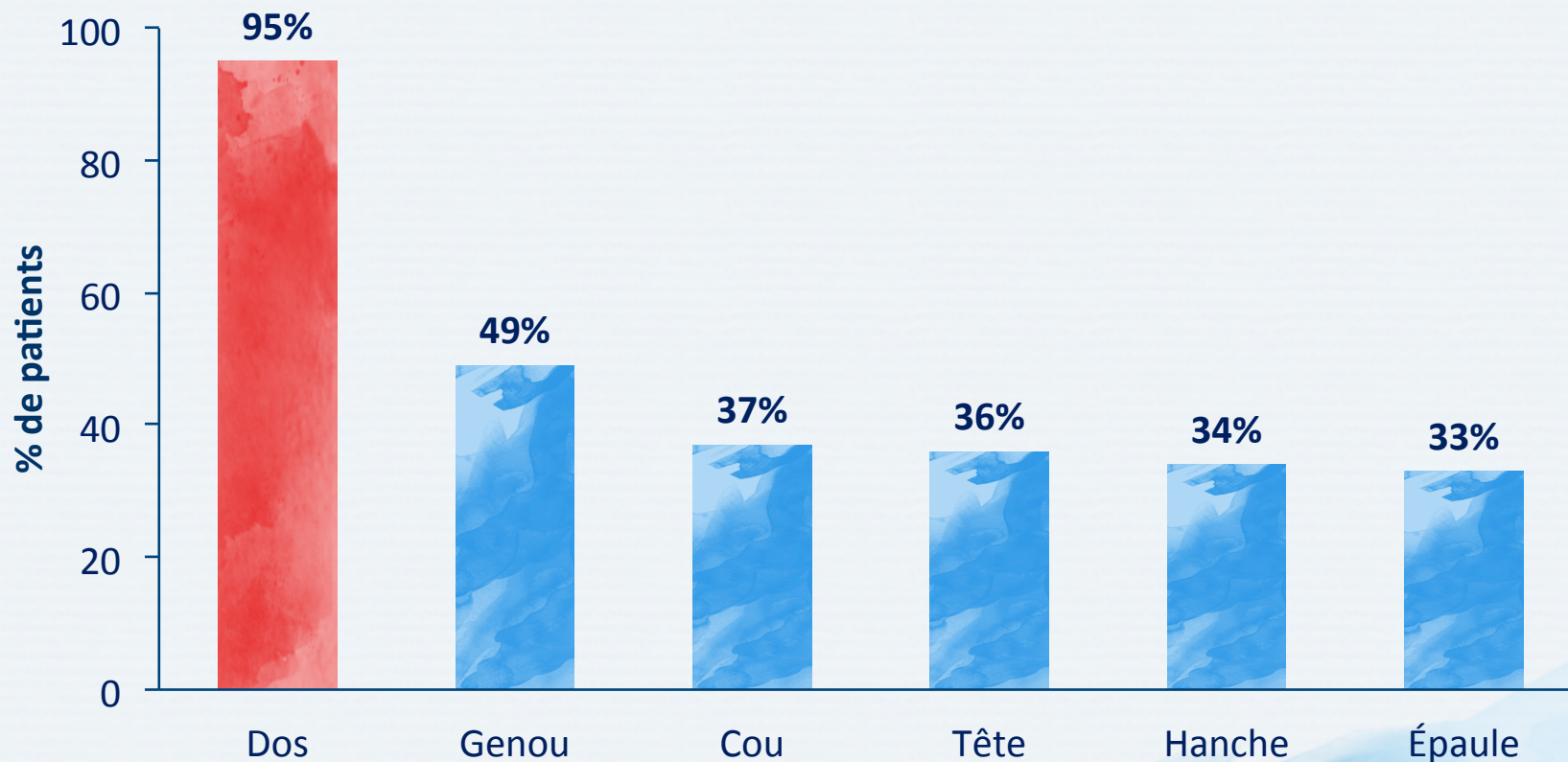
Les barres en T représentent l'écart interquartile.

Hoy D et al. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6):2028-37.



# La région lombaire est le foyer le plus fréquent de douleur chronique non liée au cancer

Pourcentage des foyers de douleur fréquemment cités par les patients souffrant de douleur chronique\*



\*D'après un sondage mené auprès de médecins

Boulangier A et al. *Pain Res Manage* 2007; 12(1):39-47.

# Causes fréquentes de la lombalgie

---

## **Mécaniques (80 % - 90 %)**

(p. ex., dégénérescence discale, fracture vertébrale, instabilité, cause inconnue [majorité des cas])

## **Neurogènes (5 % - 15 %)**

(p. ex., disque hernié, sténose du canal rachidien, lésions radiculaires causées par des ostéophytes)

## **Affections rachidiennes non mécaniques (1 % - 2 %)**

(p. ex., néoplasme, infection, arthrite inflammatoire, maladie de Paget)

## **Douleur viscérale projetée (1 % - 2 %)**

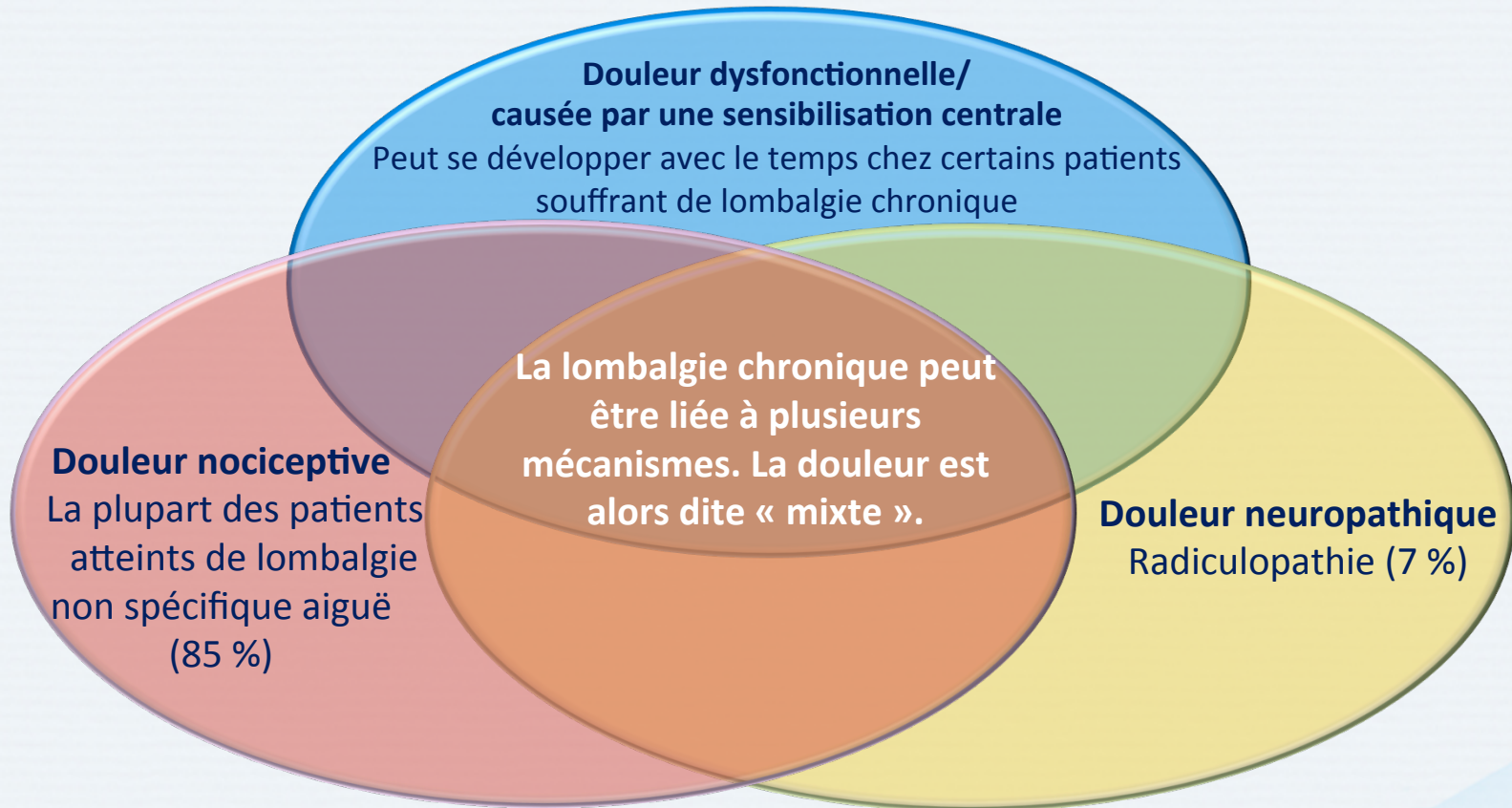
(p. ex., maladie gastro-intestinale, maladie rénale, anévrisme de l'aorte abdominale)

## **Autres (2 % - 4 %)**

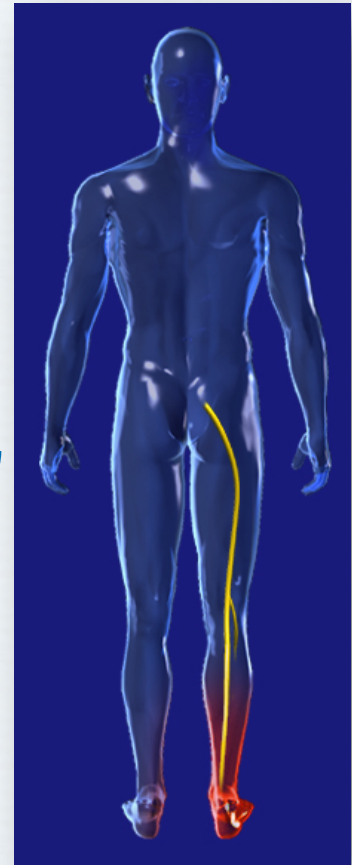
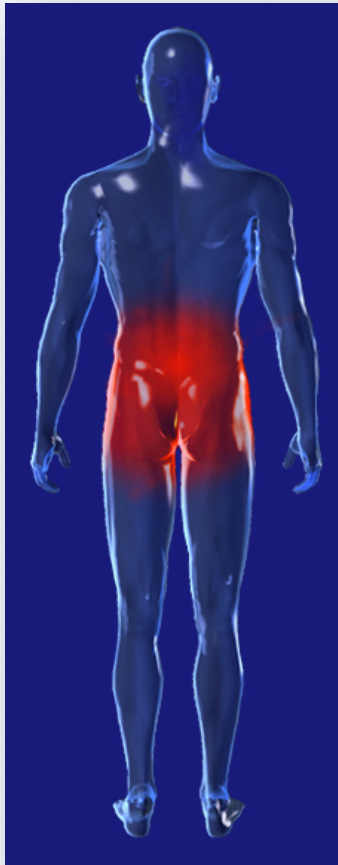
(p. ex., fibromyalgie, trouble somatoforme, douleur « feinte »)

# Physiopathologie de la lombalgie

---



# La lombalgie peut avoir des composantes nociceptives et neuropathiques



**Composante nociceptive**

**Composante neuropathique**

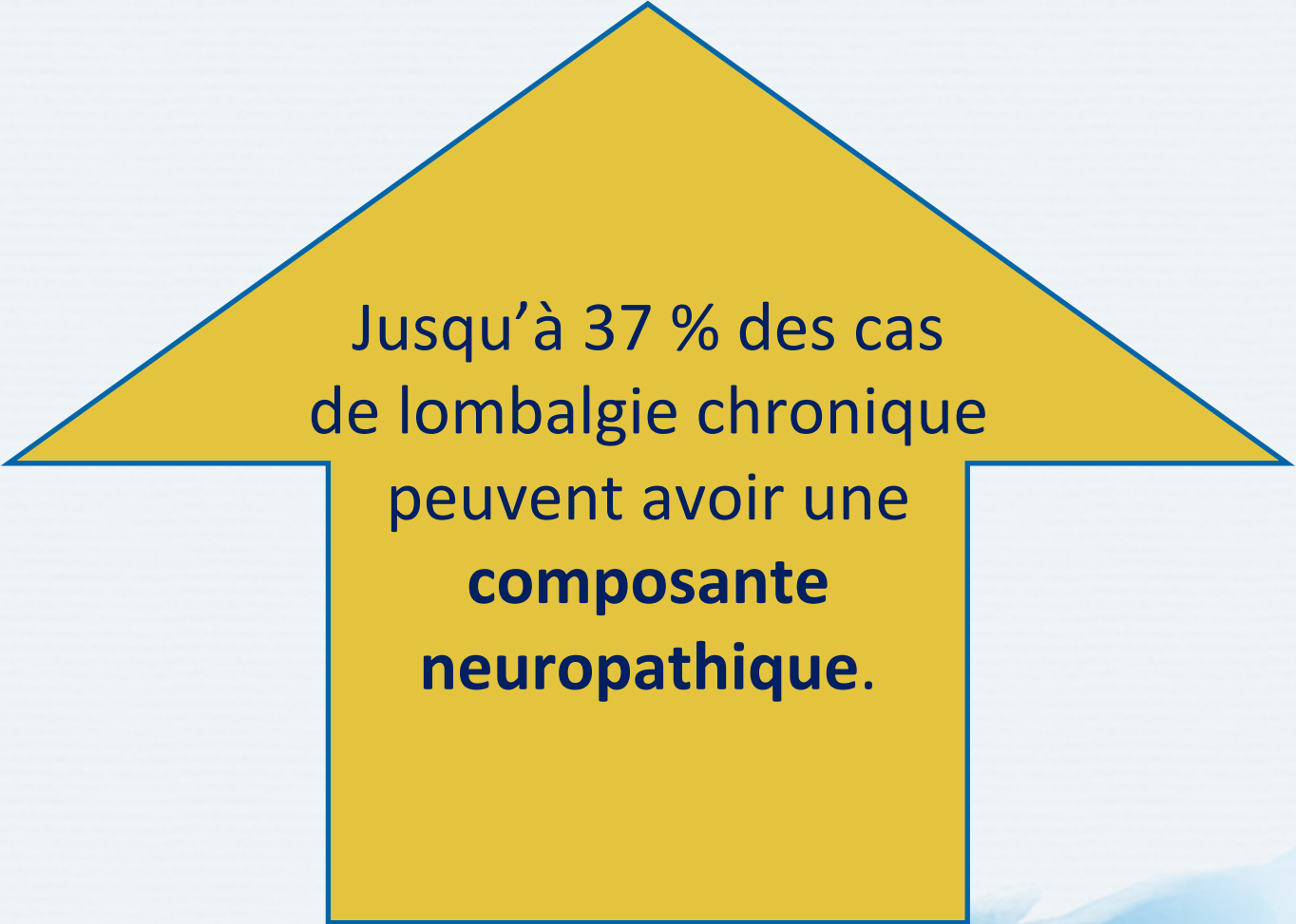
# Composante neuropathique de la lombalgie

---

- Quelques éléments pouvant être à l'origine de la composante neuropathique :
  - Compression mécanique de la racine nerveuse (*douleur radiculaire neuropathique d'origine mécanique*)
  - Lésion aux fibres C bourgeonnantes dans le disque dégradé (*douleur neuropathique localisée*)
  - Action de médiateurs de l'inflammation libérés par le disque dégradé (*douleur radiculaire neuropathique d'origine inflammatoire*), même sans compression mécanique

# Composante neuropathique de la lombalgie chronique

---



Jusqu'à 37 % des cas de lombalgie chronique peuvent avoir une **composante neuropathique.**

# Reconnaître la douleur neuropathique

## Être à l'affût des descripteurs verbaux de la douleur neuropathique couramment employés



***Sensation  
de brûlure***



***Fourmillements***



***Picotements***



***Sensation  
de choc  
électrique***



***Engourdissement***

- Il existe divers outils de dépistage de la douleur neuropathique
- Ces outils se fondent en grande partie sur les descripteurs verbaux de la douleur neuropathique couramment employés, bien que certains comportent aussi des tests physiques
- Le choix d'un outil doit reposer sur sa facilité d'emploi

# Outils de dépistage de la douleur neuropathique

	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID Pain
<i>Symptômes</i>					
Sensation de piqûre, fourmillements et picotements	X	X	X	X	X
Sensation de choc électrique ou douleur fulgurante	X				
Sensation de chaleur ou de brûlure	X				
Engourdissement		X	X	X	X
Douleur provoquée par un toucher léger	X		X	X	X
Sensibilité à la douleur					
<i>Examen clinique</i>					
Allodynie au frottement (brosse)	X				
Seuil du toucher léger accru					
Altération du seuil de la douleur à la piqûre	X				

Les outils de dépistage de la douleur neuropathique se fondent en grande partie sur la description verbale de la douleur

Choisir un ou plusieurs outils qui sont *faciles d'emploi* et qui ont été *validés dans la langue du pays*

Certains outils de dépistage comprennent un examen neurologique en clinique

DN4 = Douleur neuropathique en 4 questions (DN4);  
 LANSS = *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*; NPQ = *Neuropathic Pain Questionnaire*.  
 Bennett MI et al. *Pain* 2007;127(3):199-203. Haanpää M et al. *Pain* 2011;152(1):14-27.

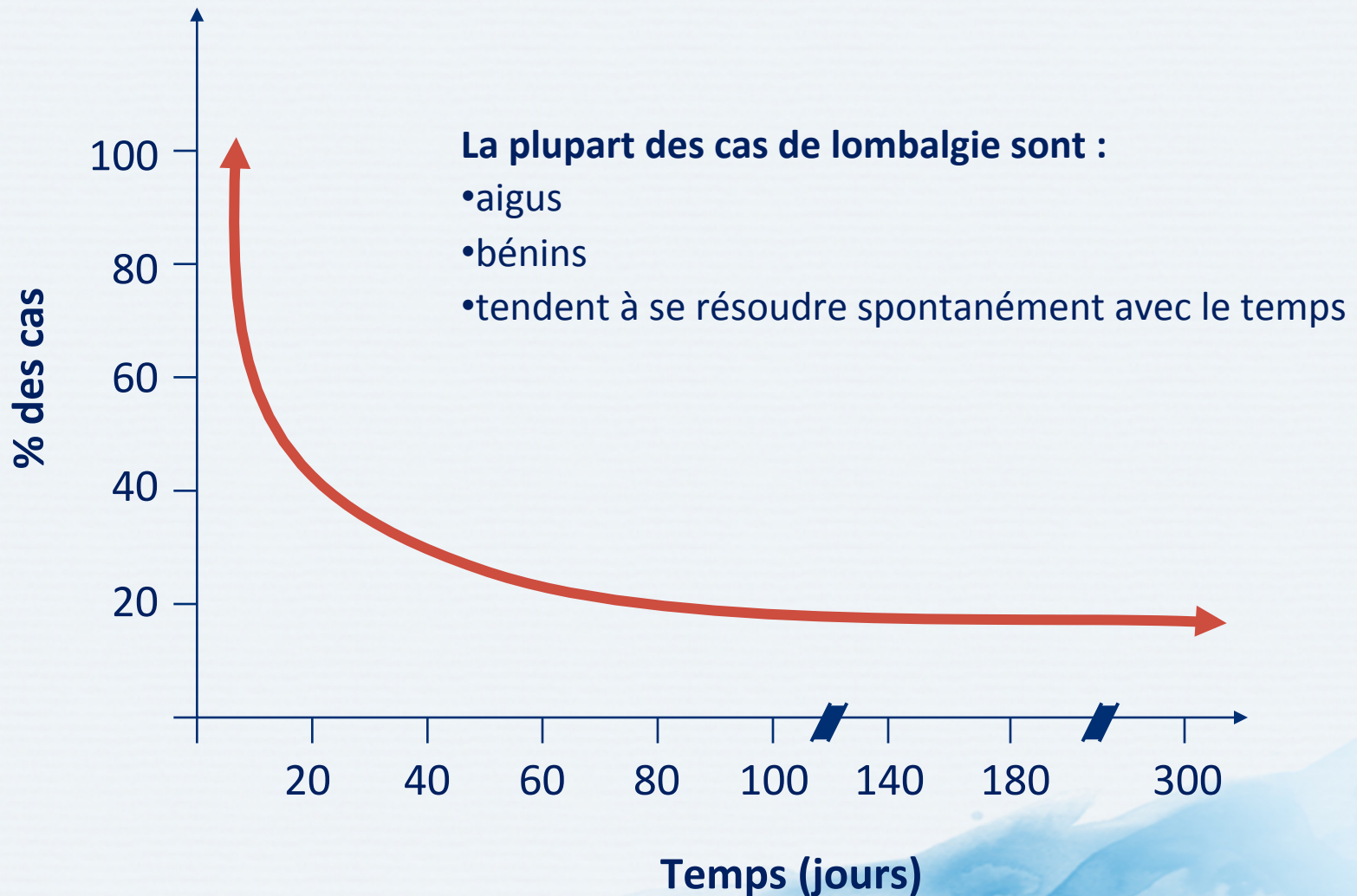


# Question à débattre

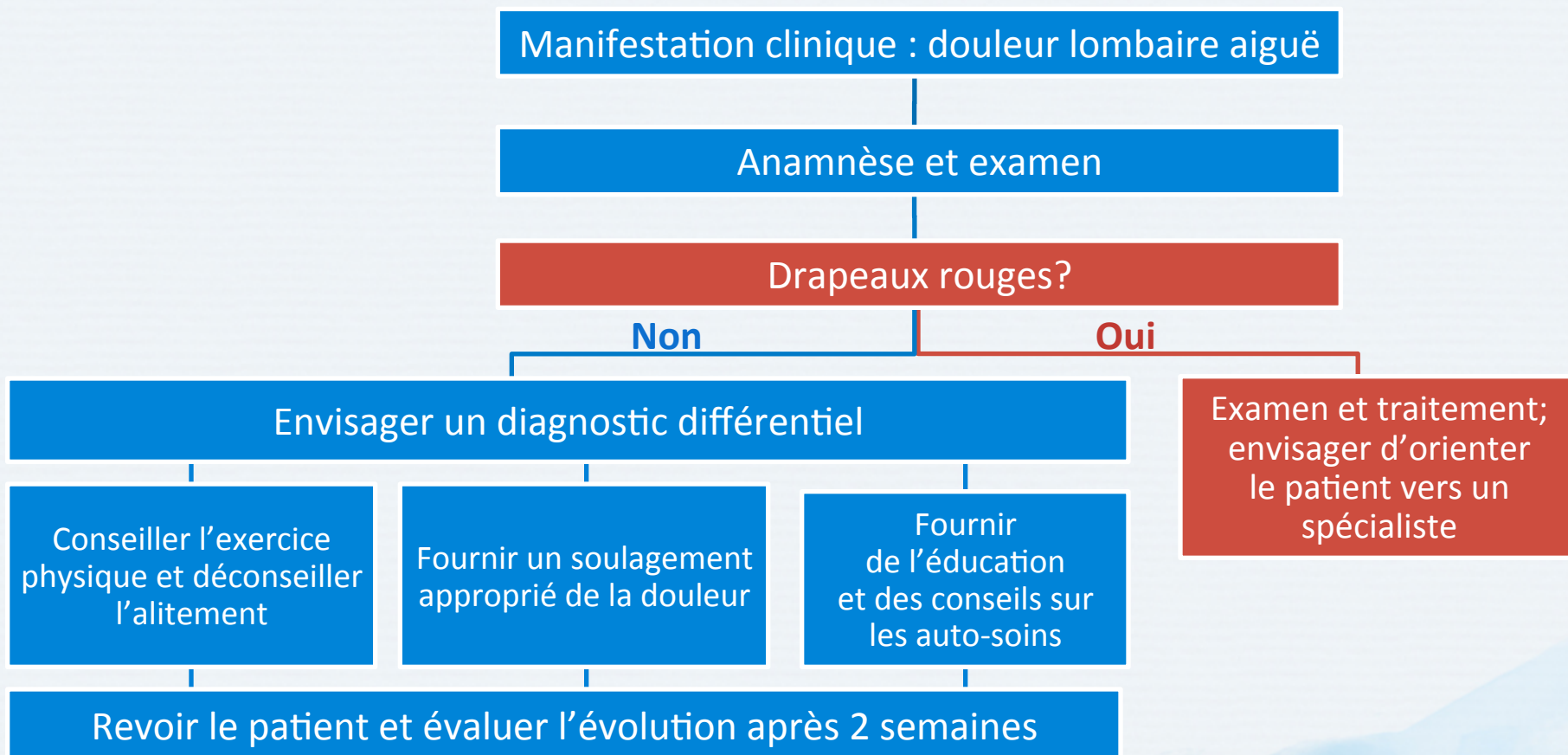
---

**COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL  
À LA PLUPART DE VOS  
PATIENTS POUR SE RÉTABLIR  
D'UNE LOMBALGIE?**

# Évolution naturelle de la lombalgie



# Traitement de la lombalgie aiguë



# Question à débattre

---

**QUAND ORIENTEZ-VOUS  
UN PATIENT SOUFFRANT  
DE LOMBALGIE AIGUË VERS  
UN SPÉCIALISTE?**



# Les « drapeaux rouges » requièrent un examen immédiat et/ou une orientation vers un spécialiste

Trouble possible	Drapeaux rouges
Cancer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédents personnels de cancer</li><li>• Perte de poids</li><li>• &gt; 50 ans</li></ul>
Infection	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fièvre</li><li>• Usage de drogue intraveineuse</li><li>• Infection récente</li></ul>
Fracture	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ostéoporose</li><li>• Usage de stéroïdes</li><li>• Traumatisme</li><li>• Âge avancé</li></ul>
Déficit neurologique en foyer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Symptômes évolutifs ou incapacitants</li></ul>
Syndrome de la queue de cheval	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rétention urinaire</li><li>• Déficit moteur multiple</li><li>• Incontinence fécale</li><li>• Anesthésie en selle</li></ul>

# Diagnostic différentiel de la lombalgie aiguë

Intrinsèque au rachis	Générale	Projetée
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fracture par tassement vertébral</li><li>• Foulure/entorse lombaire</li><li>• Hernie discale</li><li>• Sténose du canal rachidien</li><li>• Spondylolisthesis</li><li>• Spondylolyse</li><li>• Spondylose (dégénérescence discale ou facettaire)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tumeur maligne</li><li>• Infection (p. ex., discite/ostéomyélite vertébrale)</li><li>• Maladie du tissu conjonctif</li><li>• Spondyloarthropathie inflammatoire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Troubles gastro-intestinaux (p. ex., pancréatite, ulcères gastroduodénaux, cholécystite)</li><li>• Troubles pelviens (p. ex., endométriose, infection génitale haute, prostatite)</li><li>• Troubles rétropéritonéaux (p. ex., colique rénale, pyélonéphrite)</li><li>• Zona</li></ul>

**Il est important de déceler et de traiter les causes sous-jacentes de la douleur dans la mesure du possible!**

# Question à débattre

---

**À QUELLE FRÉQUENCE  
FAITES-VOUS UN SUIVI  
CHEZ LES PATIENTS QUI  
CONSULTENT  
POUR UNE LOMBALGIE AIGUË?**

# Recommandations pour le suivi des patients souffrant d'une lombalgie aiguë

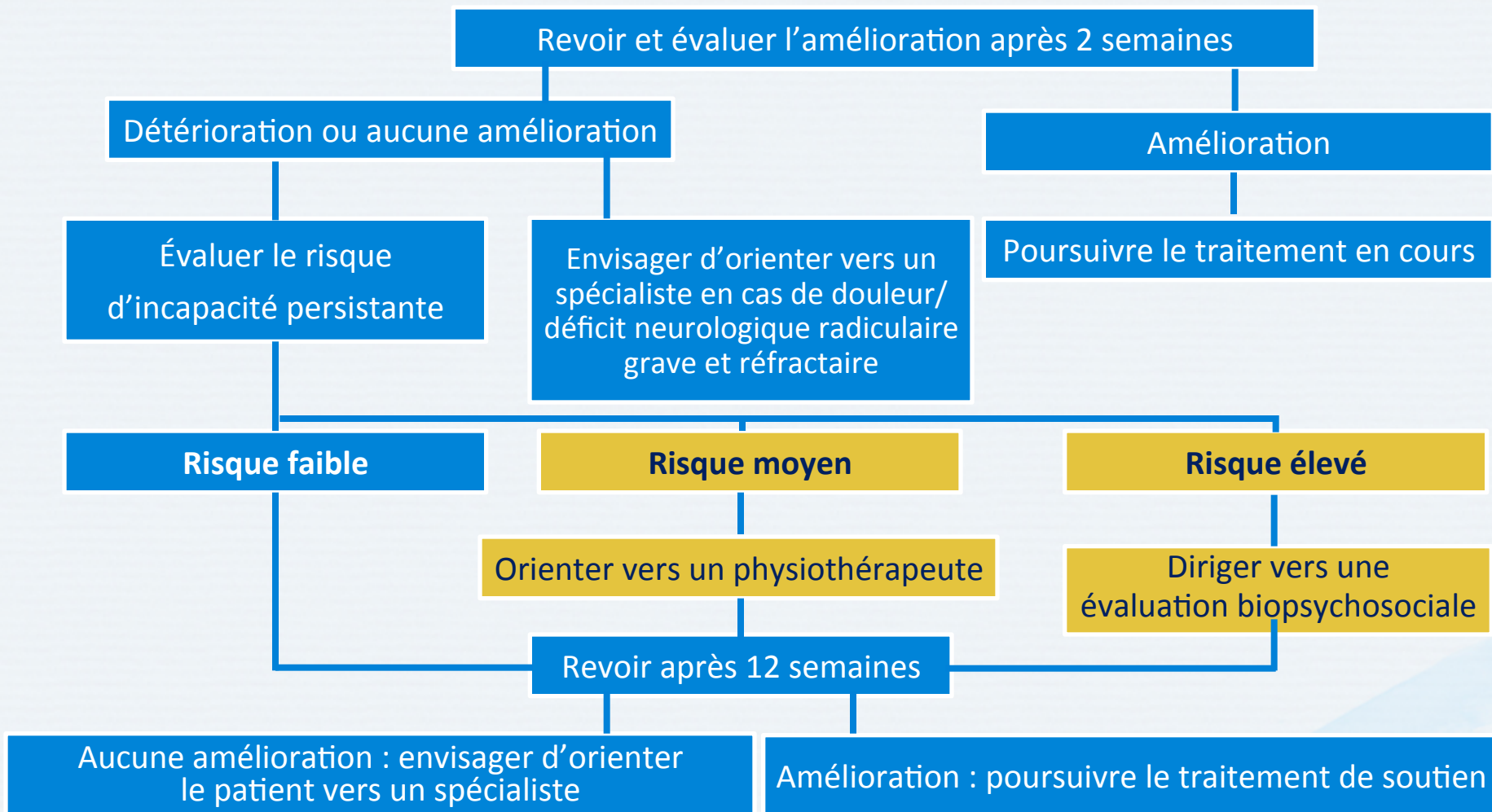
Population de patients	Fréquence du suivi
Tous	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 semaines après la consultation initiale</li><li>• Méthodes de suivi : téléphone, courriel ou consultation</li><li>• Un suivi additionnel est indiqué</li></ul>
Patients affichant un risque élevé de douleur chronique*	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des consultations plus tôt et plus fréquentes peuvent être appropriées</li></ul>
Patients âgés ou patients présentant : <ul style="list-style-type: none"><li>• une progression des symptômes ou un manque d'amélioration importante</li><li>• une douleur intense ou un déficit fonctionnel</li><li>• des signes de radiculopathie ou de sténose du canal rachidien lombaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une réévaluation plus tôt et plus fréquente peut être appropriée</li></ul>
Patients orientés vers une manipulation vertébrale, un traitement d'acupuncture ou un massage	<ul style="list-style-type: none"><li>• Après 4 consultations, orienter le patient vers un spécialiste pour déterminer s'il y a eu une amélioration fonctionnelle</li></ul>

**\*Voir les drapeaux jaunes; on peut également considérer les groupes suivants comme affichant un risque élevé si la douleur persiste malgré un traitement adéquat : enfants et adolescents, femmes < 30 ans, hommes > 60 ans, patients présentant certaines maladies concomitantes (p. ex., diabète) et patients immunodéficients ou immunodéprimés**

Ochoa G. In: Díaz Barriga JS, Gamarra AI (eds). *Libro Dolor Musculoesquelético*. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED; Bogotá, Colombia: 2010; Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.



# Suivi des patients souffrant de lombalgie aiguë



# Question à débattre

---

**DANS VOTRE PRATIQUE,  
ÉVALUEZ-VOUS  
RÉGULIÈREMENT LE RISQUE  
DE DOULEUR CHRONIQUE?  
LE CAS ÉCHÉANT,  
COMMENT?**

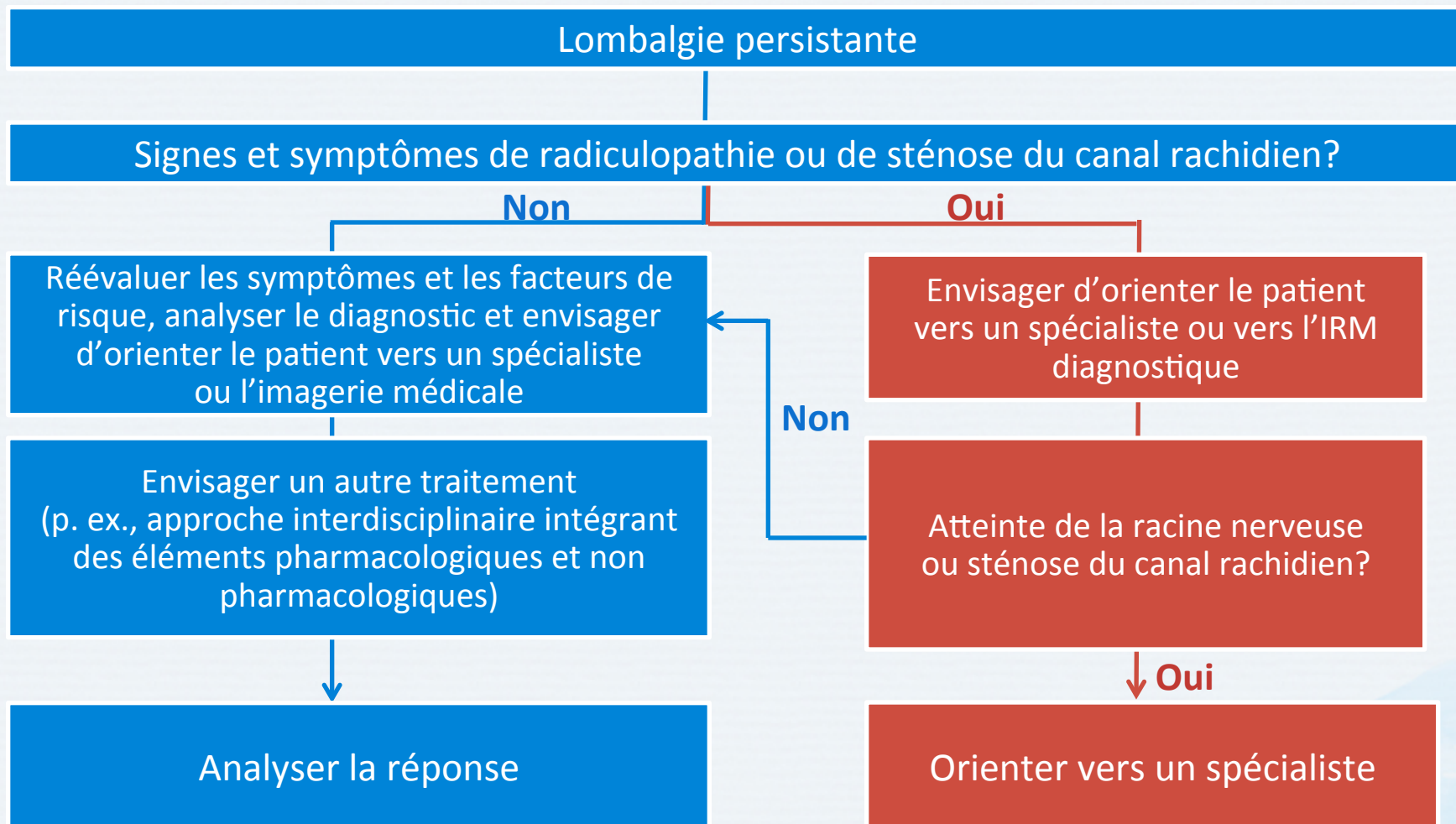


# Patients affichant un risque de douleur chronique

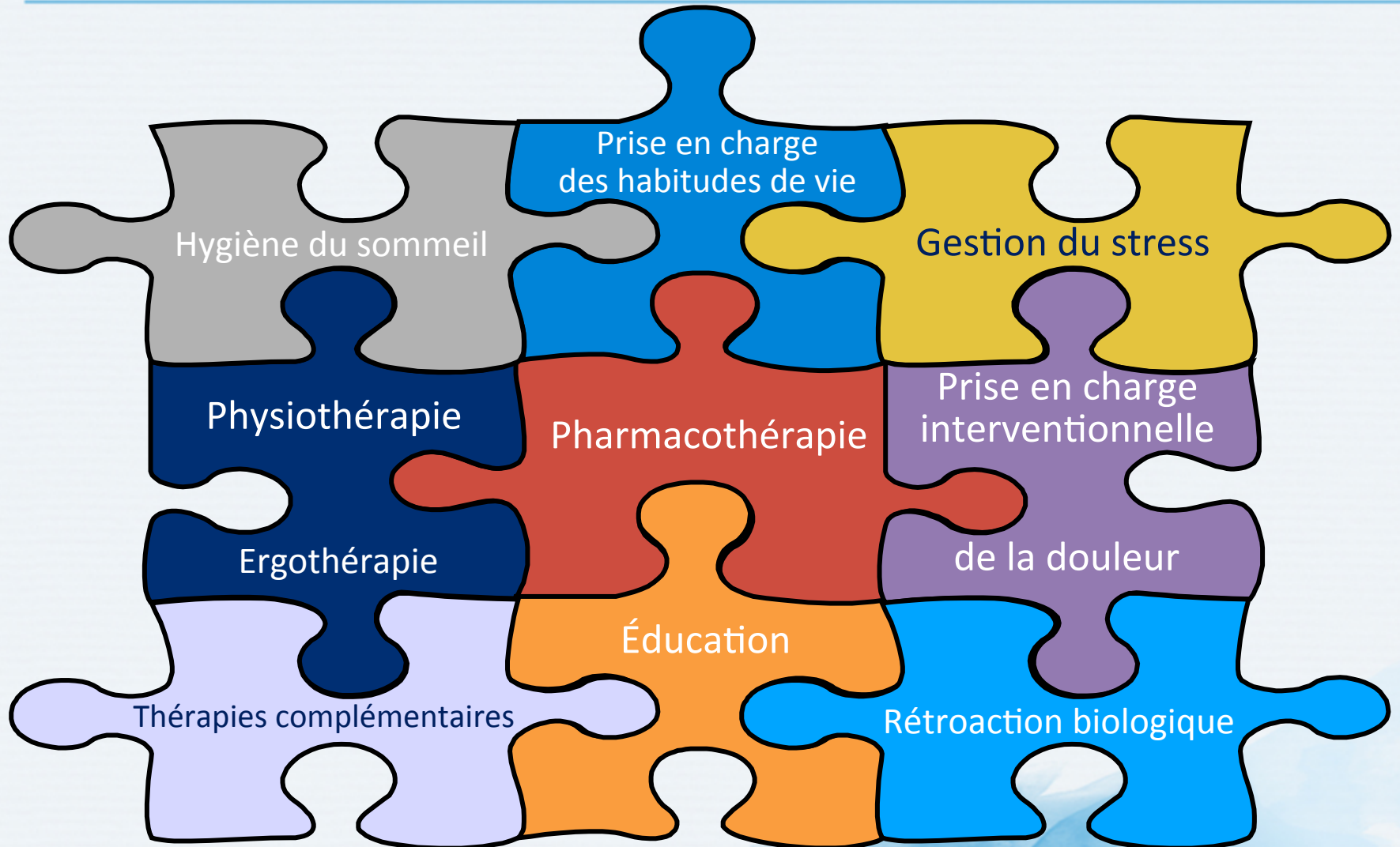
**Les drapeaux jaunes sont des caractéristiques pouvant indiquer des problèmes à long terme nécessitant une attention accrue de la part du médecin, particulièrement quand il est question de reprendre le travail.**

- Attitude pessimiste en ce qui concerne la douleur, peur excessive du mouvement et de l'activité et peu d'espoir d'amélioration
- Problèmes liés au travail (p. ex., insatisfaction, conflits)
- Problèmes émotifs (p. ex., dépression, anxiété, inquiétude)
- Douleur généralisée (p. ex., céphalée, fatigue, étourdissement)
- Souhait d'un traitement passif, peu d'aptitude à être proactif
- Épisodes antérieurs de lombalgie qui ont fait l'objet d'un suivi sur une longue période

# Traitement de la lombalgie persistante\*



# Traitement multimodal de la lombalgie



# Question à débattre

---

**QUELLES MÉTHODES NON  
PHARMACOLOGIQUES INTÉGREZ-  
VOUS  
À VOTRE PRATIQUE POUR TRAITER  
LA LOMBALGIE?  
À PROPOS DE QUELLES MÉTHODES  
NON PHARMACOLOGIQUES VOS  
PATIENTS VOUS INTERROGENT-ILS  
RÉGULIÈREMENT?**

# Traitements non pharmacologiques de la lombalgie

## Efficacité appuyée par des données peu probantes

Traitement et exercice	Efficacité modérée quant au soulagement de la douleur et à l'amélioration fonctionnelle chez les adultes souffrant de lombalgie
Thérapie cognitivo-comportementale	Peut réduire la douleur et l'incapacité dans les cas de lombalgie chronique et subaiguë
Réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire intensive	
Massage	
Yoga	
Traitement thermique	
Matelas de fermeté moyenne	Associé à moins de douleur et d'incapacité que les matelas fermes
Neurostimulation transcutanée	Controversée en raison de données probantes pour et contre

Selon les données probantes, l'alitement et la traction NE SONT PAS utiles

## Efficacité appuyée par des données probantes suffisantes

Traitement axé sur le fonctionnement	Plus efficace que le traitement axé sur la douleur quant à l'augmentation du nombre de jours de validité dans les cas de lombalgie subaiguë durant plus de 6 semaines
Acupuncture	Plus efficace que le traitement traditionnel, mais pas plus efficace qu'un traitement fictif d'acupuncture

Chou R et al. *Spine (Phila PA 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Dagenais S et al. *Spine J* 2008; 8(1):203-12; Gay RE, Brault JS. *Spine J* 2008; 8(1):234-42; Hagen KB et al. *Spine (Phila PA 1976)* 2005; 30(5):542-6; Oleske D et al. *Spine* 2007; 32(19):2050-7; Pillastrini P et al. *Joint Bone Spine* 2012; 79(2):176-85; Ramos-Remus CR et al. *Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8; Romanò CL et al. *J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185-91; Sakamoto C, Soen S. *Digestion* 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009; Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

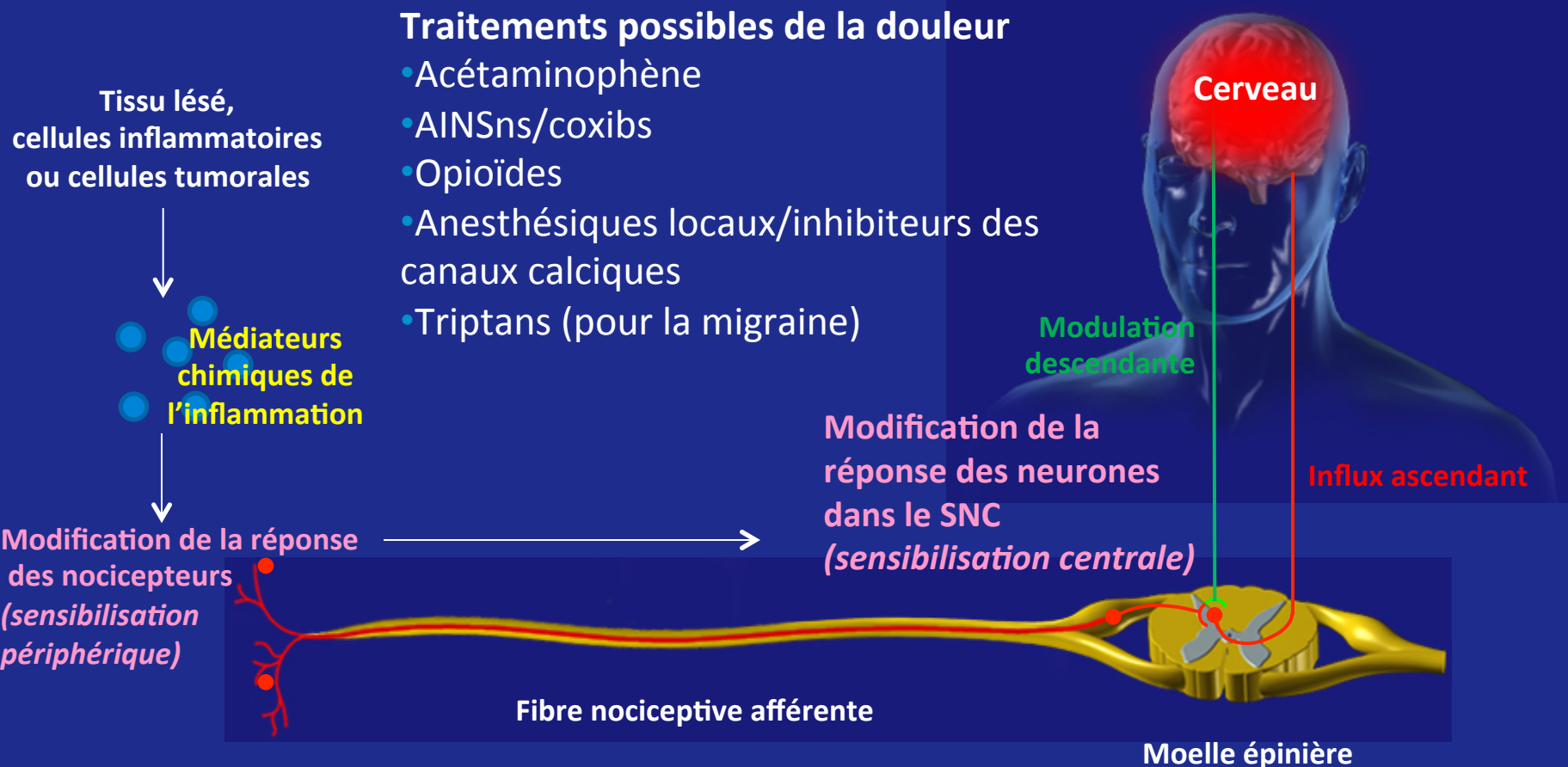
# Pharmacothérapie de la lombalgie

---

- Le traitement doit trouver un juste milieu entre son effet analgésique possible et les attentes du patient quant au soulagement de la douleur
- Il faut renseigner le patient sur les médicaments, les buts du traitement et les résultats attendus
- Quant aux résultats du traitement, les facteurs psychologiques et les troubles émotifs sont des prédicteurs plus efficaces que les résultats de l'examen physique ou l'intensité et la durée de la douleur



# Traitement de la douleur inflammatoire



# Acétaminophène dans le traitement de la lombalgie

Efficacité	Innocuité	Mode d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficace</li><li>• Efficacité améliorée par l'ajout d'AINSns ou de coxibs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bon profil d'innocuité et faible coût</li><li>• Risque de lésion hépatique à des doses supérieures à 4 g/jour</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mal défini</li></ul>

**L'acétaminophène est le traitement de première intention de la lombalgie aiguë et chronique.**

**Coxibs = inhibiteurs spécifiques de la COX-2; AINSns = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques**

Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee C *et al.* *Arthritis Rheum* 2004; 51(5):746-54; Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20;

Mattia A, Coluzzi F. *Minerva Anestesiol* 2009; 75(11):644-53; Watkins PB *et al.* *JAMA* 2006; 296(1):87-93.

# AINSns/coxibs dans le traitement de la lombalgie

Efficacité	Innocuité	Mode d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficaces</li><li>• Plus efficaces que l'acétaminophène seul</li><li>• Efficacité améliorée en association avec l'acétaminophène</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risque gastro-intestinal</li><li>• Risque cardiovasculaire</li><li>• Risque rénal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inhibent l'action de l'enzyme COX-2, qui est induite par un stimulus inflammatoire et entraîne une production accrue de prostaglandines</li><li>• Les coxibs inhibent spécifiquement la COX-2, alors que les AINSns inhibent l'action de la COX-2 et de la COX-1, enzyme qui contribue à la protection des cellules gastro-intestinales et à l'activité plaquettaire</li></ul>

Traitement de première intention de la lombalgie aiguë et chronique

**coxibs = inhibiteurs spécifiques de la COX-2; AINSns = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques**

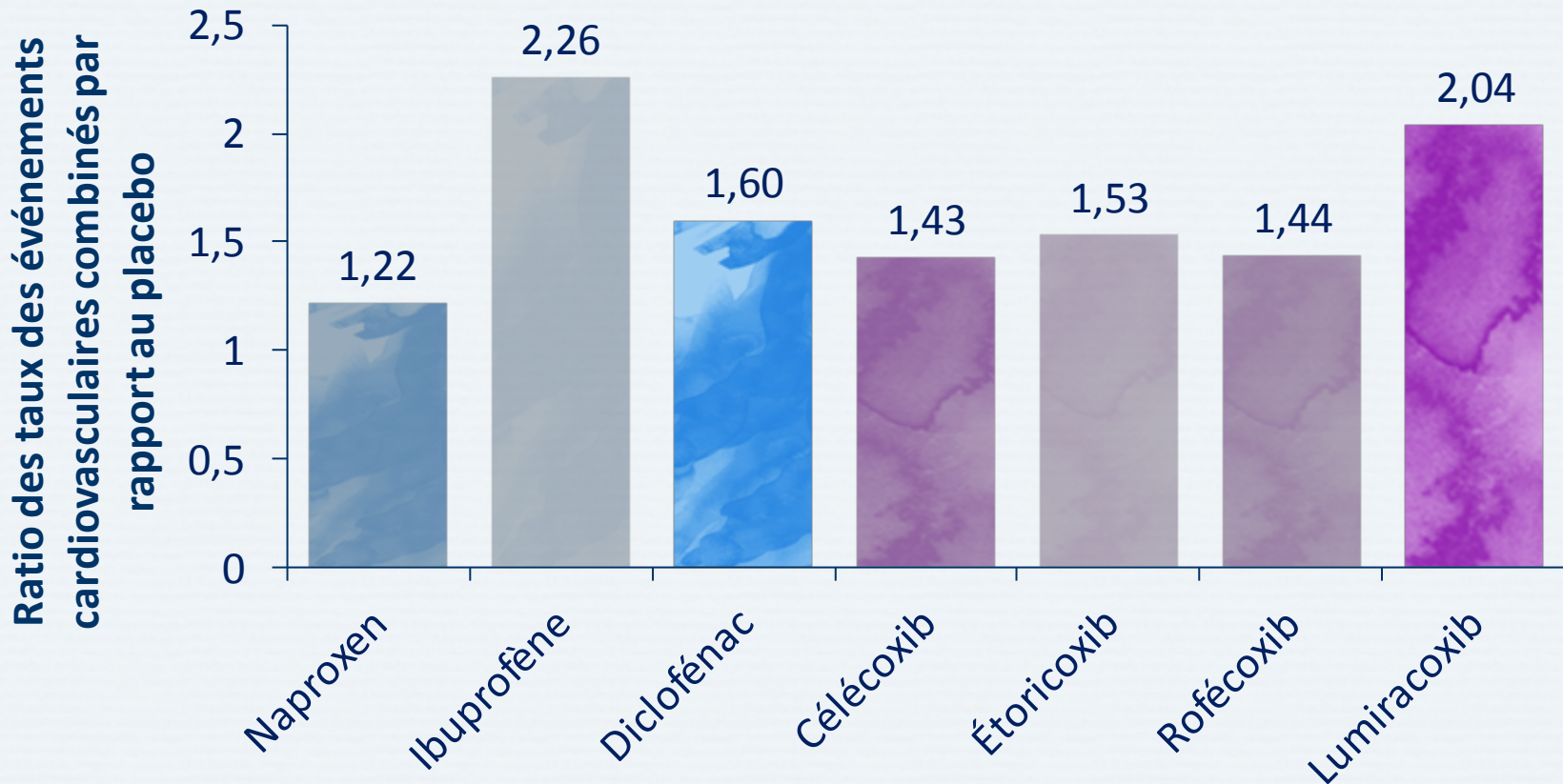
Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Schnitzer TJ *et al.* *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95; van Tulder M *et al.* *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.

# Question à débattre

---

**COMMENT ÉVALUEZ-VOUS LE  
RISQUE GASTRO-INTESTINAL ET LE  
RISQUE CARDIOVASCULAIRE CHEZ  
LES PATIENTS POUR LESQUELS  
VOUS ENVISAGEZ DE PRESCRIRE  
UN AINSNS OU UN COXIB?**

# AINSns/coxibs et risque cardiovasculaire

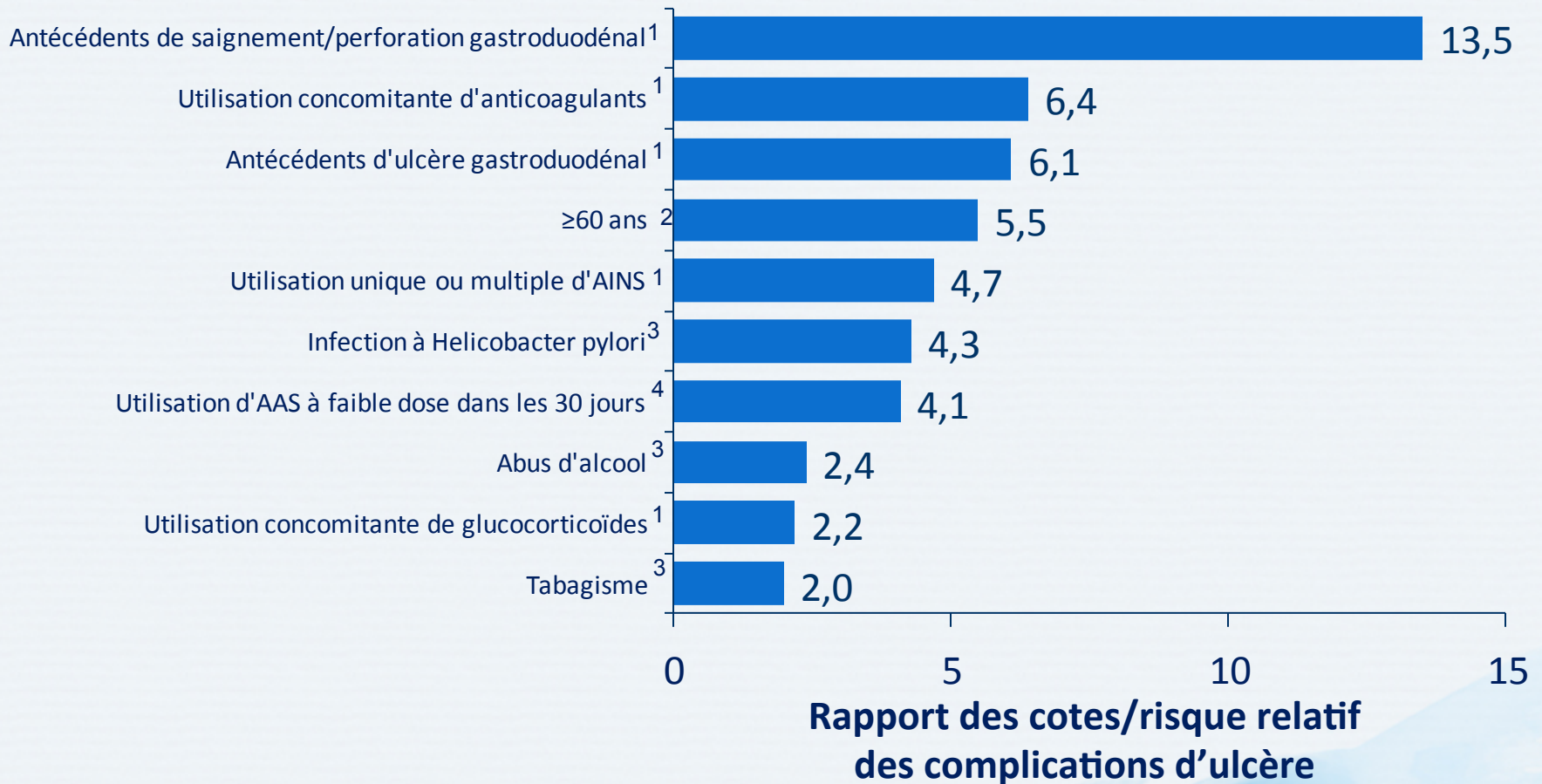


Les événements combinés comprennent l'infarctus du myocarde non mortel, l'AVC non mortel ou la mort cardiovasculaire comparativement au placebo; diagramme fondé sur une méta-analyse de réseau regroupant 30 essais et plus de 100 000 patients.

Coxibs = inhibiteurs de la COX-2; AINSns = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques

Trelle S et al. *BMJ* 2011; 342:c7086.

# Facteurs de risque de complications gastro-intestinales liées aux AINSs/coxibs



AAS = acide acétylsalicylique; coxibs = inhibiteurs spécifiques de la COX-2; AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens; AINSs = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. *Lancet* 1994; 343(8900):769-72; 2. Gabriel SE et al. *Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96;

3. Bardou M. Barkun AN. *Joint Bone Spine* 2010; 77(1):6-12; 4. Garcia Rodriguez LA, Hernández-Díaz S. *Arthritis Res* 2001; 3(2):98-101.

# Effet gastro-intestinal des AINSns/coxibs en aval du tractus gastro-intestinal supérieur

- Des données probantes solides laissent croire à des événements gastro-intestinaux potentiellement pertinents sur le plan clinique qui ne sont pas limités à la partie supérieure du tractus gastro-intestinal
- Selon certaines études, les AINS augmentent aussi le risque d'événements dans le tractus gastro-intestinal **inférieur\***



\*Le tractus gastro-intestinal inférieur est la partie en aval du ligament suspenseur de l'angle duodéno-jéjunal ou quatrième segment du duodénum

**Coxibs = inhibiteurs spécifiques de la COX-2; AINSns = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques**

Ilison MC et al. *N Engl J Med* 1992; 327(11):749-54; Lanas A, Sopeña F. *Gastroenterol Clin N Am* 2009; 38(2):333-53; Fujimori S et al. *Gastro Endoscopy* 2009; 69(7):1339-46; Laine L et al. *Gastroenterology* 2003; 124(2):288-92; Chan FK et al. *N Engl J Med* 2002; 347(26):2104-10.

# Opioïdes dans le traitement de la lombalgie

## Lombalgie grave aiguë ou chronique sur de courtes périodes

Efficacité	Innocuité	Mode d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficaces</li><li>• Données incomplètes pour la recommandation d'un opioïde plutôt qu'un autre</li><li>• Efficacité améliorée par l'ajout d'acétaminophène et/ou d'AINSs/coxibs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plusieurs effets indésirables</li><li>• Possibilité d'<b>abus</b> ou de <b>dépendance</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modifie l'activité limbique</li><li>• Modifie des aspects de la douleur sensorielle et affective</li><li>• Active les voies descendantes qui modulent la transmission dans la moelle épinière</li><li>• Altèrent la transduction des stimuli douloureux en impulsions nerveuses</li></ul>

**Coxibs = inhibiteurs de la COX-2; AINSs = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques**

Chou R *et al.* *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5):1026-48; Chou R *et al.* *J Pain* 2009; 10(2):113-30;

Furlan AD *et al.* *CMAJ* 2006; 174(11):1589-94; Kalso E *et al.* *Pain* 2004; 112(3):372-80; Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Martell BA *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 146(2):116-27; Rauck RL *et al.* *J Opioid Manag* 2006; 2(3):155-66; Reisine T, Pasternak G. In: Hardman JG *et al* (éd.). *Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basics of Therapeutics*. 9th ed. McGraw-Hill; New York, NY: 1996; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl.):

1062-7; Trescot AM *et al.* *Opioid Pharmacol Pain Phys* 2008; 11(2 Suppl.):S133-53.



# Tramadol dans le traitement de la lombalgie

---

- Opioïde analgésique « atypique »
- Mode d'action unique
  - Voies noradrénergique et sérotoninergique
  - Effet opioïde dépendant de la conversion en métabolite M1 actif O-déméthylé
- Faible affinité de liaison au récepteur opioïde mu
- Études cliniques de l'efficacité pour la lombalgie
- Envisager de ne pas administrer le tramadol aux patients atteints de diabète en raison du risque potentiel d'hypoglycémie

# Question à débattre

---

**DE QUELS EFFETS INDÉSIRABLES  
POTENTIELS DISCUTEZ-VOUS AVEC  
VOS PATIENTS LORSQUE VOUS  
ENVISAGEZ DE LEUR PRESCRIRE UN  
OPIOÏDE?**

# Effets indésirables des opioïdes

Systeme	Effets indésirables
Gastro-intestinal	Nausée, vomissement, constipation
SNC	Trouble cognitif, sédation, vertige, étourdissement
Respiratoire	Dépression respiratoire
Cardiovasculaire	Hypotension orthostatique, syncope
Autres	Urticaire, myosis, sudation, rétention urinaire

**SNC = système nerveux central**

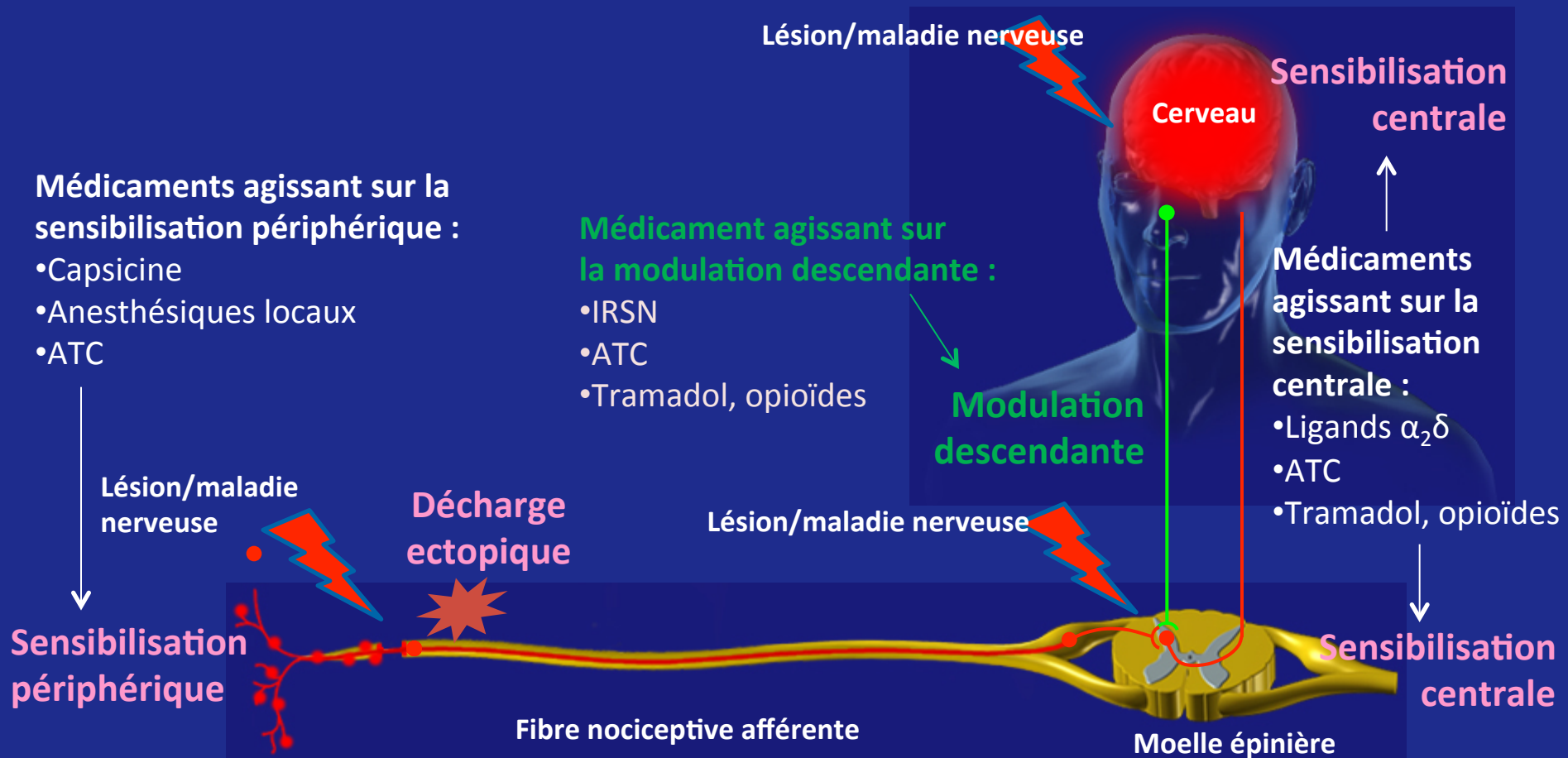
Moreland LW, St Clair EW. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):153-91; Yaksh TL, Wallace MS. In: Brunton L *et al* (éd.). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12e éd. (version en ligne). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.

# Relaxants musculaires dans le traitement de la lombalgie

---

- Groupe de médicaments diversifiés
- Mode d'action peu connu
- Utilisation controversée, principalement en raison des effets indésirables et de la possibilité d'abus et de dépendance
- Recommandation non unanime dans les lignes directrices pour l'utilisation des relaxants musculaires dans le traitement de la lombalgie
- Soulagement à court terme de la lombalgie
  - Aucune différence dans l'efficacité et l'innocuité
  - Très peu d'études à court terme
  - Aucune donnée probante appuyant l'utilisation à long terme ou recommandant un médicament plutôt qu'un autre

# Pharmacothérapie fondée sur le mécanisme de la douleur neuropathique



IRSN = inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline; ATC = antidépresseurs tricycliques

D'après : Attal N *et al.* *Eur J Neurol* 2010; 17(9):1113-e88; Beydoun A, Backonja MM. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(5 Suppl.):S18-30; Jarvis MF, Boyce-Rustay JM. *Curr Pharm Des* 2009; 15(15):1711-6; Gilron I *et al.* *CMAJ* 2006; 175(3):265-75; Moisset X, Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 37(Suppl. 1):S80-8; Morlion B. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(1):11-33; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl.):1062-7.

# Ligands $\alpha_2\delta^*$ dans le traitement de la lombalgie

Efficaces en association avec d'autres traitements pour la lombalgie ayant une composante neuropathique

Efficacité	Innocuité	Mode d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>L'association prégabaline + coxib est plus efficace que chacun de ces médicaments pris seul dans le traitement de la lombalgie chronique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Les effets indésirables les plus fréquents sont des étourdissements et la somnolence</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ils se lient à la sous-unité <math>\alpha_2\delta</math> des canaux calciques, qui est surexprimée dans la douleur neuropathique</li><li>La liaison réduit la libération de neurotransmetteurs et la sensibilisation à la douleur</li></ul>

\*La gabapentine et la prégabaline sont des ligands  $\alpha_2\delta$

Coxib = inhibiteur spécifique de la COX-2

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Bauer CS et al. *J Neurosci* 2009; 29(13):4076-88;

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Romanó C et al. *J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185.

# Antidépresseurs dans le traitement de la lombalgie

Efficaces en association avec d'autres traitements pour la lombalgie ayant une composante neuropathique

Efficacité	Innocuité	Mode d'action
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ils ne sont pas recommandés pour la lombalgie aiguë non spécifique</li><li>• Ils peuvent être envisagés pour la lombalgie ayant une composante neuropathique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les ATC peuvent causer des troubles cognitifs, de la confusion, un trouble de la démarche et des chutes</li><li>• Les IRSN sont contre-indiqués en cas de trouble grave de la fonction hépatique ou d'hypertension artérielle instable</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ils inhibent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, augmentant la modulation descendante</li></ul>

**ATC = antidépresseurs tricycliques; IRSN = inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline**

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-2;

Skljarevski V et al. *Eur J Neurol* 2009; 16(9):1041-8; Verdu B et al. *Drugs* 2008; 68(18):2611-32.

# Traitements non recommandés pour la lombalgie

AAS	Benzodiazépines	Corticostéroïdes généraux
<ul style="list-style-type: none"><li>Données insuffisantes pour permettre la recommandation de son utilisation comme analgésique dans les cas de lombalgie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Risque d'abus, de dépendance et de tolérance</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Par voie orale ou parentérale</li><li>Pas plus efficaces qu'un placebo</li></ul>

## AAS = acide acétylsalicylique

Arbus L *et al. Clin Trials J* 1990; 27:258-67; Chou R *et al. Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Derry S *et al. BMJ* 2000; 321(7270):1183-7; Evans DP *et al. Curr Med Res Opin* 1980; 6(8):540-7; Finckh A *et al. Spine (Phila PA 1976)*. 2006; 31(4):377-81; Friedman BW *et al. J Emerg Med* 2006; 31(4):365-70; Haimovic IC, Beresford HR. *Neurology* 1986; 36(12):1593-4; Medina Santillán R *et al. Proc West Pharmacol Soc* 2000; 43:69-70.



# Recommandations clés pour le traitement de la lombalgie aiguë

Niveau A (données cohérentes)	Niveau B (données irrégulières)	Niveau C (consensus)
<ul style="list-style-type: none"><li>• L'alitement <b>n'est pas recommandé</b></li><li>• Les AINSs/coxibs, l'acétaminophène et les relaxants musculaires sont efficaces pour la lombalgie aiguë <b>non spécifique</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'éducation du patient est bénéfique</li><li>• La stabilisation de la colonne vertébrale peut réduire la récurrence et le besoin de services de santé</li><li>• La manipulation vertébrale et les soins chiropratiques <b>ne sont pas recommandés</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les drapeaux rouges sont fréquents, mais n'indiquent pas nécessairement une pathologie grave</li><li>• L'imagerie n'est pas indiquée sans résultats laissant croire à une pathologie grave</li></ul>

# Recommandations thérapeutiques pour le traitement de la lombalgie

	Lombalgie non spécifique	Douleur radiculaire
Aiguë	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acétaminophène</li><li>• AINSs/coxibs<ul style="list-style-type: none"><li>• En association avec un IPP pour les patients de plus de 45 ans</li></ul></li><li>• Opioides faibles</li><li>• Relaxants musculaires</li></ul>	<p>Si la douleur radiculaire est prédominante, envisager l'ajout de :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ligands <math>\alpha^2\delta</math></li><li>• ATC</li></ul>
Chronique	<p>Orienter vers un spécialiste pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Traitement cognitivo-comportemental</li><li>• Pharmacothérapie complexe, dont des opioides et des médicaments pour la douleur neuropathique</li><li>• Envisager des traitements interventionnels contre la douleur</li><li>• Envisager une opération chirurgicale</li></ul>	<p>Orienter vers un spécialiste pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Traitement cognitivo-comportemental</li><li>• Pharmacothérapie complexe, dont des opioides et des médicaments pour la douleur neuropathique</li><li>• Envisager des traitements interventionnels contre la douleur</li><li>• Envisager une opération chirurgicale</li></ul>

Coxibs = inhibiteurs spécifiques de la COX-2; AINSs = anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques;

IPP = inhibiteur de la pompe à proton; ATC = antidépresseurs tricycliques

D'après : Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20.

# Messages clés

---

- La plupart des personnes souffriront d'une lombalgie au cours de leur vie
- 90 % des cas de lombalgie sont bénins et évoluent spontanément vers une résolution
  - Les « drapeaux jaunes » peuvent aider à repérer les personnes susceptibles de souffrir de douleur chronique
- Les « drapeaux rouges » qui nécessitent une intervention immédiate devraient être évalués chez tous les patients qui souffrent d'une lombalgie
- La douleur devrait être prise en charge par une démarche interdisciplinaire incluant l'éducation du patient et des traitements non pharmacologiques

# Messages clés (suite)

---

- La pharmacothérapie pour la lombalgie aiguë peut comprendre de l'acétaminophène, des AINSs/coxibs, des opioïdes faibles et des relaxants musculaires
  - L'ajout de ligands  $\alpha 2\delta$  ou d'ATC devrait être envisagé en cas de douleur radiculaire
- Les cas de lombalgie de longue durée devraient être évalués pour une douleur dysfonctionnelle/causée par une sensibilisation centrale et neuropathique
  - Il pourrait s'avérer nécessaire d'orienter ces patients vers un spécialiste