

Faut-il encore examiner une lombalgie ?

Should we still examine a low back pain ?

VANDERSTRAETEN J.¹, DECHANXE P.² et ANNAERT J.-M.³

¹Médecine sportive, Unité de Recherche en Santé environnementale et Santé au Travail, Ecole de Santé publique, Université libre de Bruxelles (ULB),

²Médecine sportive, Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles, et CHU Saint-Pierre, Bruxelles,

³Service de Médecine du Sport de l'Université libre de Bruxelles (ULB), Service d'Orthopédie et de Traumatologie, CHU Saint-Pierre et Faculté des Sciences de la Motricité, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

En Belgique et ailleurs, les recommandations pour la prise en charge de la lombalgie ont été remises à jour à l'attention des praticiens de la première et de la deuxième ligne. En l'absence de *red flags*, toute lombalgie y est définie comme étant *non spécifique* (NS) et fait l'objet d'une prise en charge identique, quel qu'en soit le mécanisme initial ou l'entité en cause (discopathie, syndrome facettaire, etc.). Il s'ensuit que l'examen clinique, seul à même d'identifier ce mécanisme ou cette entité, n'est pas spécifiquement recommandé, si ce n'est pour l'exclusion des *red flags*. Nous analysons ici les éléments qui expliquent cette conception des choses. A la lumière de ceux-ci et sur base d'autres arguments, nous prenons une certaine distance par rapport aux recommandations et remettons en avant l'intérêt de l'examen clinique et du démembrement de la lombalgie NS, à tout le moins dans le contexte aigu (moins de 6 semaines d'évolution). *A contrario*, nous évoquons les écueils de l'absence de cet examen, dont en particulier le risque de surprescription d'imagerie et de non-compliance du patient à la prise en charge recommandée. Enfin, nous rappelons l'essentiel de l'approche clinique d'une lombalgie NS aiguë en première ligne chez l'adulte.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 220-226

Doi : 10.30637/2020.20-019

ABSTRACT

In Belgium and elsewhere, the recommendations for the management of low back pain have recently been updated for primary and second line practitioners. In the absence of red flags, low back pain is defined as *non-specific* (NS) and is the subject of an identical management, whatever the initial mechanism or the entity involved (disc disease, facet syndrome, etc.). It follows that clinical examination, which alone can identify this mechanism or entity, is not specifically recommended, except for the exclusion of red flags. Here we analyze the elements that explain this view. In the light of these elements and on the basis of other arguments, we take a certain distance from the recommendations and put forward the interest of the clinical examination of the NS low back pain and, if possible, of its etiological diagnosis, at least in the acute context (less than 6 weeks of evolution). Conversely, we evoke the pitfalls of the absence of this examination, in particular the risk of over-prescription of imaging and non-compliance of the patient with the recommended management. Finally, we remind the essentials of the clinical approach of acute NS low back pain in adults.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 220-226

Doi : 10.30637/2020.20-019

Key words : clinical examination, discogenic pain, facet syndrome, non-specific low back pain

INTRODUCTION

Les recommandations pour la prise en charge de la lombalgie ont récemment été remises à jour, en Grande-Bretagne (NICE, 2016)¹, en Belgique (KCE, 2017)², en France (HAS, 2019)³ et dans plusieurs autres pays⁴. En l'absence de *red flags* (voir ci-après), la lombalgie est définie comme étant *non spécifique* (NS), sans distinction du mécanisme en cause (discopathie, syndrome facettaire, etc.). Par conséquent, l'examen clinique, seul à même de pouvoir distinguer ce mécanisme, n'est pas recommandé pour la majorité de nos patients lombalgiques (ceux qui ne présentent pas de *red flags*)². Prenant distance par rapport à cette conception des choses, nous développons ici les éléments et les arguments en faveur de l'intérêt de l'examen clinique de la lombalgie NS, à tout le moins dans le contexte aigu (moins de 6 semaines², premier épisode ou récurrence). Comme nous le verrons, cet examen peut en effet contribuer à accroître la qualité de la prise en charge de la lombalgie NS et la compliance du patient au traitement et il peut également favoriser la compliance du praticien aux recommandations². Avant de développer ces aspects, il est cependant nécessaire, d'une part, de rappeler ce que recouvre le terme de lombalgie NS. D'autre part, il est essentiel de comprendre pourquoi les recommandations ont dû faire le choix de renoncer à la distinction des différents mécanismes et entités que recouvre la lombalgie NS. Seule la plainte lombalgie est abordée ici, la radiculalgie (sciatique/cruralgie) n'étant donc pas considérée.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE

Nous prenons ici en référence les recommandations belges, dont le résumé est disponible sur le site du KCEⁱ et pour lesquelles un outil online interactif très utileⁱⁱ a été mis au point. Face à une lombalgie, les recommandations rappellent tout d'abord la nécessité d'exclure tout *red flag*. Ceux-ci constituent toute plainte ou contexte évocateur d'une pathologie traumatique, vasculaire, infectieuse, tumorale ou rhumatismale. Dans pareils cas, un bilan complémentaire ou un renvoi au spécialiste est indiqué avec un degré d'urgence qui varie selon le diagnostic suspecté². En l'absence de *red flag*, donc dans la grande majorité des cas, la lombalgie est définie comme *non spécifique* ou *commune*. La prise en charge recommandée pour la lombalgie NS tient dans les grands axes suivants² :

- Ne pas recourir à l'imagerie ;
- Promouvoir le maintien en mouvement ;
- Prescrire de la kinésithérapie active à partir de 2 à 3 semaines d'évolution ;
- Rechercher les facteurs de risque de chronicité dès 3 semaines d'évolution : facteurs psychologiques ou

psychiatriques, facteurs liés au travail ou au contexte socio-professionnel ;

- Si ces facteurs sont présents, proposer une approche multimodale : exercice supervisés, kinésithérapie et/ou manipulations, soutien psychothérapeutique, ... ;
- Référer à la seconde ligne à partir de 6 à 12 semaines d'évolution : médecine physique ou consultation de la douleur selon le niveau de risque de chronicité, consultation multidisciplinaire du rachis si la question se pose d'une éventuelle intervention chirurgicale.

Sans remettre en cause leur valeur ni leur pertinence, il faut cependant signaler que le niveau de preuve de chacune des recommandations (toutes ne sont pas reprises ici) est évalué comme n'étant que « moyen à très faible », à l'exception de certaines interventions médicamenteuses ou chirurgicales².

QU'EST-CE QU'UNE LOMBALGIE NON SPÉCIFIQUE

Toute lombalgie est dite *non spécifique* ou *commune* dès lors qu'elle n'est associée à aucun *red flag* (voir ci-avant). Cette appellation *non spécifique* ne concerne pas la population des personnes âgées ni celle des enfants et adolescents, même si certaines causes de lombalgie NS de l'adulte (discopathie, notamment) peuvent aussi se voir chez l'adolescent, voire chez l'adulte âgé. Ci-après sont repris les causes et/ou mécanismes initiaux de la lombalgie NS de l'adulte, par ordre de prévalence (du plus fréquent au moins fréquent)^{5,6}. Toutes peuvent être responsables de lombalgie aiguë, récurrente, ou chronique :

- Discopathie, protrusive ou non (surtout en L4/L5, L5/S1, parfois plus haut) ;
- Souffrance facettaire ou interapophysaire (surtout en L4/L5, L5/S1) ;
- Souffrance sacro-iliaque ;
- Conflit interépineux (surtout en L4/L5, L5/S1) ;
- Instabilité sur spondylose (surtout en L5, aussi en L3 ou L4) ;
- Héli-sacralisation de L5 (mobilisation de la synchondrose) ;
- Syndrome de la jonction D12/L1 (douleur au niveau de la crête iliaque).

Dans le contexte chronique existe aussi la spondylo-discopathie qui se traduit par l'image de type Modic à l'IRM (figure 1a) et qui correspond à l'atteinte des plateaux vertébraux en regard d'une discopathie chronique évoluée (surtout en L4/L5 et L5/S1, mais parfois plus haut également). A noter l'intrication possible de ces causes ou mécanismes avec les facteurs psychosociaux. En effet, ces derniers peuvent être présents dès la phase aiguë. Inversement, leur présence en chronique n'implique pas *de facto* l'absence de toute lésion sous-jacente (discopathie, par exemple)^{7,8}.

i. <https://kce.fgov.be/fr/news/un-guide-de-pratique-clinique-pour-les-lombalgies>

ii. <https://lombalgie.kce.be/>

Les raisons du choix de l'adjectif *non spécifique*

Face à une lombalgie NS, un diagnostic étiologique ne peut être proposé, le cas échéant, que sur base d'un examen clinique bien mené. Nous développons plus loin les facteurs qui conditionnent la valeur prédictive de cet examen clinique et la possibilité d'effectivement proposer une orientation diagnostique. En tout état de cause, seule la clinique prévaut ici car les seules alternatives sont, non pas les examens d'imagerie, mais bien des techniques invasives (discographie, bloc anesthésique interapophysaire ou sacro-iliaque). Celles-ci ne sont donc utilisées que dans le cadre d'études⁹. L'imagerie, quant à elle, pêche en effet par excès soit de faux négatifs (radiographie conventionnelle, CT-scan), soit de faux positifs, soit des deux. Ainsi, une revue de 33 études ayant porté sur un total de 3.110 sujets rapporte que chez des sujets exempts de toute plainte de lombalgie, l'IRM retrouve des images de protrusion discale chez pas moins de 31 % et 36 % des sujets à l'âge de 30 ans et 50 ans respectivement et des images de dégénérescence discale chez 52 % et 80 % respectivement des sujets aux mêmes âges¹⁰. Il est ici utile de rappeler que dans la lombalgie NS, seuls deux types d'images IRM ont fait la preuve d'une forte corrélation avec la clinique, à savoir, d'une part, un hypersignal au sein d'une protrusion discale (figure 1b) et d'autre part, l'image de type Modic 1 (figure 1a)^{11,12}. Et en radiographie standard, hormis l'éventuel signe indirect d'une discopathie (parallélisme des plateaux vertébraux, surtout visible en L5/S1, significatif uniquement en l'absence de toute anomalie de transition à ce niveau) (figure 2a), seuls les rares cas d'instabilité (spondylolisthésis) sur lyse (figure 2b) ou d'hémisacralisation de L5 devenue symptomatique (figure 2c) pourront être significativement corrélés à la clinique.

Les études sur lesquelles se basent les recommandations^{3,4} ont été menées dans divers contextes, mais surtout en seconde ligne (médecine spécialisée). Dans ce cas, le patient lombalgique a généralement suivi un parcours de soins préalable et se situe donc au stade subaigu (> 6 semaine) ou chronique (> 12 semaines)^{1,3}. Les études menées en première ligne l'ont été, quant à elles, soit dans le cadre de services d'urgence, soit, moins souvent, dans le cadre de la médecine générale.

La validité de tout examen clinique, quel qu'il soit, dépend de la compétence et de la motivation (objectifs, intérêt et attention) du praticien. Et lorsque l'interprétation de cet examen se base sur la douleur ressentie par le patient à la palpation ou lors des tests cliniques, sa valeur prédictive dépend alors également du seuil à la douleur du patient, mais aussi de ses attentes et de sa motivation à consulter. Ici interviennent les facteurs psychosociaux s'ils sont présents. Dans le contexte le plus étudié, c'est-à-dire, celui de la prise en charge spécialisée, ces facteurs psychosociaux sont régulièrement présents et affectent donc inévitablement l'interprétation de tout test clinique^{1,3}. Dans le cadre de la médecine d'urgence, d'autre part, l'examen

clinique n'a pas pour objectif le démembrement de la lombalgie NS, mais bien la seule détection des *red flags*¹³. Et dans le contexte de la médecine générale, l'examen clinique de la lombalgie NS sera limité tant par les facteurs psychosociaux s'ils sont présents, que par le manque (fréquent) d'aisance clinique dans le chef de l'examineur¹⁴. Par conséquent, la large majorité des études menées à ce jour sur le diagnostic et la prise en charge de la lombalgie ont dû s'accommoder, soit des incertitudes inhérentes à l'approche clinique (1^o ligne ou contexte chronique de la 2^o ligne), soit des objectifs spécifiques de cette approche (services d'urgences) et donc de l'absence de distinction possible des mécanismes en cause et/ou initiateurs de la lombalgie NS.

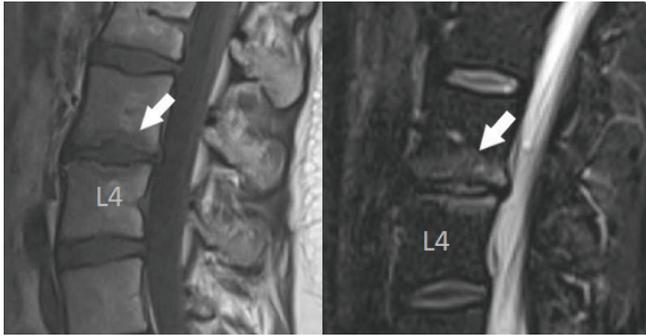
APPORT DE LA CLINIQUE À LA PRISE EN CHARGE

Une mise au point doit d'emblée être faite concernant la validité de l'examen clinique dans la lombalgie NS. Dans le contexte aigu, si l'on excepte les cas où prédominent les facteurs psychosociaux, l'examen clinique de la lombalgie NS présente une valeur prédictive qui n'est pas inférieure à celle de l'examen d'autres régions de l'appareil locomoteur. Ceci est en particulier vrai pour la population des sportifs¹⁶⁻¹⁹. Et cela a été rappelé dans une toute récente revue de la littérature sur l'approche clinique des pathologies musculo-squelettiques²⁰. Certaines études ont ainsi montré une assez bonne reproductibilité inter-examineur en médecine spécialisée, aussi bien concernant la palpation que concernant la réalisation de certains tests spécifiques^{21,22}. Et une récente revue de littérature rapporte un assez bon ratio de probabilité (*Likelihood ratio* ou LR) positiveⁱⁱⁱ pour certains critères cliniques dans la lombalgie NS : entre 7 et 9,5 pour une douleur de symétrie médiane en faveur d'une discopathie ; proche de 5 en faveur d'une souffrance sacro-iliaque lorsque 3 des 5 tests « classiques » de cette articulation sont positifs (voir ci-après)⁵. Or, à l'instar de la reproductibilité inter-examineurs des tests cliniques, les ratios de probabilité mentionnés ci-avant ne témoignent que des seules caractéristiques intrinsèques (sensibilité, spécificité) de ces tests cliniques et non de leur valeur prédictive (positive ou négative, selon leur résultats). Cette dernière dépend en effet de la mise en corrélation des résultats de ces tests avec le contexte (âge, situation professionnelle, niveau d'activité physique...) et les données de l'anamnèse (circonstances d'apparition, caractéristiques de la douleur). Sachant qu'à eux-seuls, contexte et anamnèse orientent déjà très nettement le diagnostic (voir ci-après), l'examen clinique d'une lombalgie NS présente donc un intérêt certain, même si les valeurs de LR rapportées généralement se situent entre 5 et 10 (un LR positif est jugé élevé s'il est égal à 10 et plus)²⁰. A noter que l'examen clinique peut également contribuer à la détection des facteurs psychosociaux. En effet, ces derniers ont souvent pour conséquence de rendre

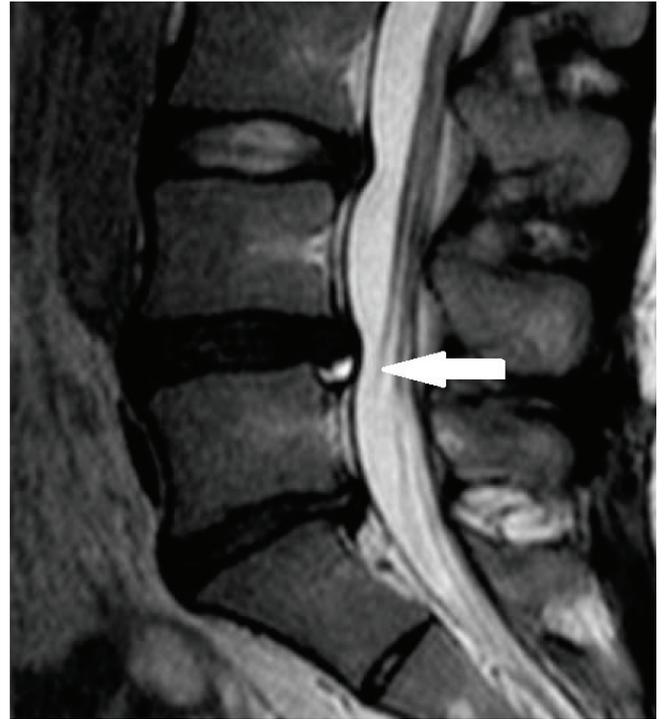
iii. LR positif = Sensibilité / (1 - Spécificité)

Figure 1

Les deux seules images IRM pour lesquelles une forte corrélation existe avec la clinique dans la lombalgie.



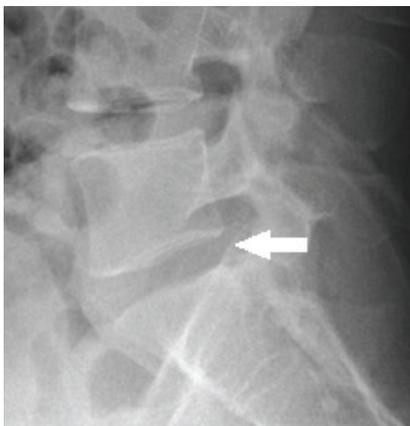
1a : Image de type Modic 1 (ici en L3/L4), avec festonnage, irrégularité des plaques épiphysaires adjacentes et hypersignal des plateaux vertébraux adjacents en T2, et hyposignal de ces plateaux en T1 (le plus souvent en L4/L5 ou L5/S1)^{10,11}.



1b : Protrusion discale en hypersignal ou *Hyperintense zone* (flèche).

Figure 2

Exemples d'images radiologiques pouvant être corrélées à la clinique.



2a : Cyphose discale (flèche) en L5/S1.



2b : Instabilité (spondylolisthésis) L5/S1 sur lyse L5.



2c : Héli-sacralisation L5/S1 gauche avec synchondrose (flèche).

les résultats de cet examen, soit ininterprétables par manque de cohérence, soit variables d'une consultation à l'autre.

Il faut noter ici que, comparativement aux articulations périphériques, assez peu d'études ont interrogé la sensibilité et la spécificité des tests cliniques dans la lombalgie NS. En effet, dans le cas des articulations périphériques, les données de l'examen clinique sont généralement comparées aux résultats, soit de l'imagerie, soit de l'exploration chirurgicale si elle a lieu. Dans la lombalgie NS, par contre, seuls des gestes invasifs (discographie, bloc anesthésique) peuvent servir de référence (voir ci-avant). De plus,

et pour rappel, tout résultat d'étude doit être interprété avec les réserves évoquées ci-avant concernant la valeur prédictive de l'examen d'une lombalgie NS en 2^o ligne, donc dans le contexte chronique. Tenant compte de ces différents obstacles à l'établissement d'une « évidence » (au sens de l'EBM) en sa faveur, il est donc remarquable que l'examen clinique ait malgré tout pu démontrer son intérêt^{5,16-19}.

Ceci est d'ailleurs en parfaite cohérence avec l'expérience clinique que les auteurs ont acquise dans leurs pratiques respectives de médecine du sport de première ligne.

Une assez large étude menée en 2013 auprès de divers spécialistes de la colonne a rapporté qu'une proportion non négligeable d'entre eux n'examine pas les patients lombalgiques²³. Du fait de l'absence de recommandation en faveur de l'examen clinique de la colonne lombaire dans les guidelines actuelles, on est en droit de craindre que cette proportion soit plus large encore en première ligne, voire même qu'elle s'accroisse encore².

Influence sur l'orientation thérapeutique

Les guidelines actuelles recommandent une prise en charge commune et identique (modalités et timing des interventions thérapeutiques) pour toute lombalgie NS, avec maintien de l'activité, recours à un traitement kinésithérapique sans distinction du mécanisme en cause et recours possible aux manipulations vertébrales. Une telle conception des choses pose pourtant question dans le cas d'une discopathie aiguë pour les raisons suivantes. A la différence des autres causes de lombalgie NS, toute discopathie expose à un risque de complications tant aiguës (hernie et compression radiculaire) que chroniques (récidive, chronicité, arthrose interapophysaire secondaire, discopathie voisine secondaire, atteinte osseuse et anomalies Modic, canal lombaire étroit)^{8,24}. Par conséquent, le discours en faveur du maintien de l'activité devrait en principe être modulé en fonction, tant de la pathologie suspectée (discopathie ou non) que des caractéristiques du patient (travailleur désireux d'un arrêt de travail ou, au contraire, du maintien de son activité). Quant à l'approche thérapeutique, il paraît évident que le traitement d'une souffrance de l'arc vertébral postérieur (articulations interapophysaires postérieures ou espace interépineux) en rapport avec un surmenage en lordose ne peut être abordé de la même façon qu'une pathologie discale dont le *primum movens* est l'excès de contraintes en flexion du rachis. Ainsi par exemple, alors qu'il est parfois pratiqué d'emblée en kinésithérapie, l'étirement des muscles ischio-jambiers est en toute logique contre-indiqué en aigu dans le cas de discopathie s'ils ne sont pas associés à un verrouillage de la région lombaire. Egalement, comme nous l'ont appris certains cas vécus sur le terrain, on est en droit de craindre des complications de toute manipulation lombaire qui serait réalisée dans le contexte d'une discopathie récente. Enfin, en raison du risque de complications chroniques (voir ci-dessus), le discours devra être d'autant plus insistant sur la prévention à long terme (activité physique ou réorientation sportive selon le cas) si l'on suspecte une discopathie.

Apport à la relation et la compliance thérapeutiques

Quel que le contexte soit aigu ou chronique, l'acte de l'examen clinique va influencer la qualité de la relation thérapeutique et, au-delà, la compliance du patient à sa prise en charge, donc le pronostic de sa lombalgie. D'une part, cet acte paraît être un prérequis à l'installation de la confiance du patient envers son thérapeute. En effet, cette confiance nécessite une reconnaissance, une légitimisation, de la plainte que seule l'écoute couplée à l'acte de l'examen clinique paraît pouvoir

pleinement assurer. D'autre part, dans le contexte aigu, l'examen clinique peut être un puissant catalyseur de la relation thérapeutique et de la compliance du patient à la prise en charge proposée. En effet, de nombreuses publications font état du besoin des patients de comprendre les tenants et aboutissants de leur lombalgie²⁵⁻²⁸. Et même si l'examen clinique n'oriente pas suffisamment le praticien dans ses hypothèses diagnostiques, il lui permettra à tout le moins d'asseoir la consistance de son discours envers le patient. Inversement, on peut craindre qu'une focalisation sur les seuls facteurs psychosociaux ne poussent le patient à consulter d'autres praticiens de 1^{ère} ou de 2^{ème} ligne, voire à sortir du circuit de la médecine traditionnelle.

Influence sur la prescription et l'interprétation de l'imagerie

Une autre conséquence de l'apport de l'examen clinique à la relation thérapeutique est qu'il ne peut que favoriser l'acceptation par le patient de ne pas se voir prescrire d'imagerie et par là-même éviter qu'il n'aille ensuite consulter d'autres praticiens pour obtenir cette prescription^{26,27}. Notons à cet égard que quelques études réalisées dans différents contextes de systèmes de soins ont montré que certains spécialistes ont la main plus lourde que les généralistes en matière de prescription d'imagerie face à une lombalgie NS^{29,30}. D'autre part, dans le cas où une imagerie a déjà été réalisée, l'examen clinique devient alors indispensable pour l'interprétation des images. Pour rappel la clinique est en effet beaucoup plus performante et discriminante que l'imagerie dans la lombalgie NS¹⁰.

APPROCHE CLINIQUE D'UNE LOMBALGIE AIGUË EN PREMIÈRE LIGNE

Le tableau 1 et la vidéo sur notre site internet : (<https://amub-ulb.be/1920-vanderstraeten-video-lombalgie/>) reprennent l'essentiel de l'approche clinique d'un épisode de lombalgie vue en aigu, lorsque tout *red flag* a pu être écarté. A noter que ces *red flags* peuvent être évoqués sans même réaliser d'examen clinique de la colonne lombaire proprement dite. En effet, les antécédents, le contexte, l'anamnèse voire l'examen vasculaire ou neurologique en cas de sciatique/cruralgie² sont le plus souvent suffisants pour guider la décision d'un bilan complémentaire ou d'un renvoi vers le spécialiste. Rappelons ici que des douleurs nocturnes ne sont évocatrices de *red flag* que dans le cas où elles existent même en position immobile (et surtout en fin de nuit), mais pas si elles ne sont liées qu'aux seuls changements de position dans le lit.

Le tableau reprend dans l'ordre les éléments contextuels et anamnestiques, puis les tests essentiels (voir la vidéo sur <https://amub-ulb.be/1920-vanderstraeten-video-lombalgie/>) pour l'approche clinique de la lombalgie NS. En effet, les résultats de ces tests cliniques auront d'autant plus de valeur prédictive (positive ou négative) selon qu'ils sont en convergence, ou non, avec le contexte et l'anamnèse (voir ci-avant). Les causes peu fréquentes de lombalgie

Éléments cliniques les plus pertinents pour le diagnostic de chacune des entités les plus fréquentes de la lombalgie NS de l'adulte dans le contexte aigu (voir également la vidéo sur notre site internet : <https://amub-ulg.be/1920-vanderstraeten-video-lombalgie/>).

	Discopathie	Syndrome facettaire	Origine sacro-iliaque
Localisation de la douleur (→ irradiations)	Lombaire basse, à symétrie médiane ^a et aux limites mal définies	Lombaire basse latéralisée ^c et assez localisée (→ fesse, face post. cuisse)	Fessière (→ face post. cuisse)
Circonstances aggravantes	Station assise, flexion antérieure, toux	Station debout statique, hyperlordose	Changement de position, marche
Douleur palpatoire	Souvent absente. Médiane si elle est présente (L4/L5 et L5/S1 surtout)	Paravertébrale (L4/L5 et L5/S1 surtout)	Sacro-iliaque
Tests	Flexion du rachis ^b (Valsalva si protrusion)	Mise en hyperlordose (associée à rotation et inclinaison latérale) ^d	5 tests principaux (3 positifs) ^e

a : Ratio de probabilité (LR) positive entre 7 et 9,5⁵ ; **b** : Test peu spécifique ; **c** : Sensibilité élevée (> 90 % dans certaines études)⁵ ; **d** : Test peu sensible ; **e** : LR positif autour de 5^{5,31}.

NS chez l'adulte ne sont pas reprises au tableau. Il s'agit, notamment, du syndrome de jonction dorso-lombaire, qui se traduit le plus souvent par une douleur positionnelle référée sur la crête iliaque homolatérale, du conflit interépineux qui se traduit par une douleur en lordose avec sensibilité à la palpation interépineuse ou encore de l'hémi-sacralisation de L5 avec synchondrose (figure 2c) qui devient souvent douloureuse

après mobilisation aiguë (parfois post-traumatique).

En l'absence de *red flags*, un bilan radiographique ne sera justifié que dans les cas suivants : patient jeune (< 18 ans) ; patient âgé avec douleur de novo (tassement,... ?) ; adulte en cas de suspicion d'hémi-sacralisation douloureuse de L5, d'instabilité vertébrale ou de Modic 1 (IRM dans ce cas) (figures 1 et 2).

CONCLUSION

Dans le contexte aigu (moins de 6 semaines), l'examen clinique peut offrir une réelle valeur ajoutée à la prise en charge de la lombalgie NS, en plus de celle qu'il apporte, par défaut, à la qualité de la relation thérapeutique. Également, cet examen clinique ne peut qu'améliorer l'implémentation des recommandations actuelles en la matière, tant parce qu'il favorise l'absence de recours à l'imagerie que parce qu'il favorise la compliance thérapeutique du patient. De façon plus générale, nous avons voulu rappeler ici l'utilité et la valeur de l'approche clinique, y compris lorsque celle-ci échappe à une analyse de type *evidence-based*.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (Consulté le 15 février 2020). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. November 2016. [Internet]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
2. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). (Consulté le 15 février 2020). Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Report 287Bs. 2017. Bruxelles. [Internet]. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf
3. Haute Autorité de Santé. (Consulté le 15 février 2020). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune - recommandation de bonne pratique. Mars 2019. Saint-Denis La Plaine. France. [Internet]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
4. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF *et al.* Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* 2018;27(11):2791-803.
5. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord* 2017; 18(1):188.
6. Suzuki H, Kanchiku T, Imajo Y, Yoshida Y, Nishida N, Taguchi T. Diagnosis and Characters of Non-Specific Low Back Pain in Japan: The Yamaguchi Low Back Pain Study. *PLoS ONE.* 2016;11(8):e0160454.
7. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S *et al.* ; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet.* 2018;391(10137):2356-67.
8. Geurts JW, Willems PC, Kallewaard JW, van Kleef M, Dirksen C. The Impact of Chronic Discogenic Low Back Pain: Costs and Patients' Burden. *Pain Res Manag.* 2018;2018:4696180.
9. Manchikanti L, Glaser SE, Wolfer L, Derby R, Cohen SP. Systematic review of lumbar discography as a diagnostic test for chronic low back pain. *Pain Physician.* 2009;12(3):541-59.
10. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA *et al.* Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2015;36(4):811-6.
11. Fujii K, Yamazaki M, Kang JD, Risbud MV, Cho SK, Qureshi SA *et al.* Discogenic Back Pain: Literature Review of Definition, Diagnosis, and Treatment. *JBMR Plus.* 2019;3(5):e10180.
12. Herlin C, Kjaer P, Espeland A, Skouen JS, Leboeuf-Yde C, Karppinen J *et al.* Modic changes-Their associations with low back pain and activity limitation: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(8):e0200677.
13. Friedman BW, Chilstrom M, Bijur PE, Gallagher EJ. Diagnostic testing and treatment of low back pain in United States emergency departments: a national perspective. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(24):E1406-11.
14. Darlow B, Dean S, Perry M, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Acute low back pain management in general practice: uncertainty and conflicting certainties. *Fam Pract.* 2014;31(6):723-32.
15. Abraham I, Killackey-Jones B. Lack of evidence-based research for idiopathic low back pain: the importance of a specific diagnosis. *Arch Intern Med.* 2002;162(13):1442-4.
16. Trainor TJ, Trainor MA. Etiology of Low Back Pain in Athletes. *Current Sports Medicine Reports.* 2004;3(1):41-6.
17. Baker RJ, Patel D. Lower back pain in the athlete: common conditions and treatment. *Primary Care.* 2005;32(1):201-29.
18. Daniels JM, Pontius G, El-Amin S, Gabriel K. Evaluation of Low Back Pain in Athletes. *Sports Health.* 2011;3(4):336-45.
19. Lawrence JP, Greene HS, Grauer JN. Back pain in athletes. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006;14(13):726-35.
20. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M *et al.* What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 2020;54:79-86.
21. Billis E, McCarthy CJ, Gliatis J, Gittins M, Papandreou M, Oldham JA. Inter-tester reliability of discriminatory examination items for sub-classifying non-specific low back pain. *J Rehabil Med.* 2012;44(10):851-7.
22. Schneider M, Erhard R, Brach J, Tellin W, Imbarlina F, Delitto A. Spinal palpation for lumbar segmental mobility and pain provocation: an interexaminer reliability study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2008;31(6):465-73.
23. Press J, Liem B, Walega D, Garfin S. Survey of inspection and palpation rates among spine providers: evaluation of physician performance of the physical examination for patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2013;38(20):1779-84.
24. Ohtori S, Inoue G, Miyagi M, Takahashi K. Pathomechanisms of discogenic low back pain in humans and animal models. *Spine J.* 2015;15(6):1347-55.
25. Hopayian K, Notley C. A systematic review of low back pain and sciatica patients' expectations and experiences of health care. *Spine J.* 2014;14(8):1769-80.
26. O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(6):968-80.
27. Jenkins HJ, Moloney NA, French SD, Maher CG, Dear BF, Magnussen JS, Hancock MJ. Using behaviour change theory and preliminary testing to develop an implementation intervention to reduce imaging for low back pain. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):734.
28. Lim YZ, Chou L, Au RTM, Seneviwickrama KLMD, Cicuttini FM, Briggs AM *et al.* People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother.* 2019;65:124-35.
29. Parmar V, Thompson L, Aniq H. Comparison of referrals for lumbar spine magnetic resonance imaging from physiotherapists, primary care and secondary care: how should referral pathways be optimised? *Physiotherapy.* 2015;101(1):82-7.
30. Yu L, Wang X, Lin X, Wang Y. The Use of Lumbar Spine Magnetic Resonance Imaging in Eastern China: Appropriateness and Related Factors. *PLoS One.* 2016;11(1):e0146369.
31. Berthelot JM, Laslett M. Par quels signes cliniques s'assurer qu'une pathologie est bien d'origine sacro-iliaque (*sensu lato*) ? *Rev Rhumatisme.* 2009;76:741-9.

Travail reçu le 27 mars 2020 ; accepté dans sa version définitive le 20 avril 2020.

CORRESPONDANCE

J. VANDERSTRAETEN

Avenue Constant Montald, 11 - 1200 Bruxelles

E-mail : jacques.vanderstraeten@ulb.ac.be