

Algorithme thérapeutique de la lombalgie

Therapeutic algorithm for low back pain

T. S. Illés^{1,2}, D. Schiopu¹, R. Ouahes¹, W. Penders¹ et P. F. Reynders¹

¹Service d'Orthopédie et Traumatologie, C.H.U. Brugmann, ²Department of Orthopedic Surgery and Traumatology, Odense University Hospital and Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

RESUME

La lombalgie est devenue l'un des plus grands problèmes de santé publique. La différenciation entre lombalgie spécifique et non spécifique est pertinente. Dans la lombalgie spécifique sont classées toutes les pathologies dont l'étiologie est bien définie, le diagnostic rapide et précis : un traitement spécifique est nécessaire. Les autres types de lombalgie peuvent être considérés comme non spécifiques. La prise en charge des lombalgies aiguës repose essentiellement sur le traitement antalgique et sur la mobilisation précoce. Le maintien de l'activité peut éviter la chronicisation de la lombalgie. Les facteurs de chronicité sont multiples, essentiellement psychosociaux et professionnels. Les objectifs du traitement de la lombalgie chronique sont la réduction de la douleur et une meilleure activité/participation pour parvenir à la prévention de l'invalidité ainsi que le maintien de la capacité de travail. Analgésiques simples, AINS et relaxants musculaires peuvent réduire la douleur, améliorer et maintenir la fonction. Les programmes multidisciplinaires de traitement comprenant un traitement comportemental peuvent réduire la douleur et améliorer/maintenir la fonction dans la lombalgie chronique.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 307-12

ABSTRACT

Low back pain (LBP) has become one of the greatest public health problems. The differentiation between specific and non-specific low back pain is mandatory. In the specific low back pain are classified all diseases whose etiology is well defined, quick and accurate diagnosis is required for specific treatment. Other types of low back pain can be considered non-specific. The management of acute low back pain is mainly based on analgesic treatment and early mobilization. Maintaining activity can prevent chronicity of LBP. Chronicity factors are multiple, mainly psycho-social and professional. The chronic low back pain treatment goals are the reduction of pain and better activity/participation to achieve the prevention of disability and maintaining work ability. Multidisciplinary treatment programs including personalized and guided physical therapy, cognitive behavioral therapy and short-term training programs will help to improve, restore and maintain the function in chronic low back pain.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 307-12

Key words : acute low back pain, chronic back pain, diagnosis, treatment

La lombalgie n'est ni une maladie ni une entité diagnostique. Le terme se réfère à une douleur d'une durée variable dans une zone de l'anatomie à tel point sollicitée que c'en est devenu un paradigme de réponse à des stimuli externes et/ou internes.

Malgré cela ou peut-être à cause de cela, la lombalgie est un problème de santé extrêmement fréquent que la plupart des individus rencontrent à un moment de leur vie. C'est une des principales causes de limitation d'activité et d'arrêt de travail. Les données épidémiologiques sont très variables : la prévalence

ponctuelle moyenne est de 18 %, de 31 % sur 1 mois, de 38 % sur 1 an, de 39 % sur la durée de vie. La prévalence est plus élevée chez les femmes (35 %), moindre chez les hommes (29 %). L'âge d'apparition maximale est dans le groupe de 40 à 70 ans. Les épisodes d'une durée supérieure à 3 mois représentent 20 %¹.

La définition de la lombalgie - une douleur, un inconfort ou une gêne dans la région lombaire localisée entre le rebord costal et les plis fessiers inférieurs, avec ou sans douleur irradiant dans une ou deux

jambes - est donc très incertaine car plusieurs éléments y sont attachés pour définir la symptomatologie, comme la durée ou l'intensité de la douleur, la visite d'un professionnel de santé, la prise de traitement ou le congé maladie pour lombalgie².

La lombalgie peut également être déterminée sur base de la durée des plaintes : elle est considérée comme aiguë lorsqu'elle persiste pendant moins de six semaines et chronique quand elle dure plus longtemps que trois mois. Dans quelques pays, en Allemagne et en Autriche, une troisième catégorie, la lombalgie subaiguë - lorsque les symptômes sont présents entre six semaines et trois mois - a été définie sans réelles conséquences thérapeutiques.

LOMBALGIE AIGUE

Le processus de diagnostic de la lombalgie aiguë doit être principalement axé sur le triage des patients selon la spécificité ou la non-spécificité. La lombalgie spécifique est définie par des symptômes confirmés ou suspects de mécanisme physiopathologique grave tel la compression radiculaire, le syndrome de la queue de cheval, les déformations structurelles, le traumatisme, la fracture, la tumeur, l'infection ou les maladies inflammatoires (spondylite ankylosante, arthrite rhumatoïde, etc.). En revanche, aucun système fiable et valide n'existe actuellement pour classer les lombalgies non spécifiques aiguës.

Diagnostic

Dans la pratique clinique, le triage doit se concentrer sur l'identification des " drapeaux rouges " donc sur l'exclusion des maladies spécifiques. Les drapeaux rouges comprennent, par exemple, l'âge de début 20 < ou < 55 ans, la douleur non mécanique (sans rapport avec le temps ou l'activité), un traumatisme significatif, des antécédents de cancer, un traitement par stéroïdes, une perte de poids inexplicquée et l'apparition de signes ou de changements soudains de symptômes neurologiques. L'examen physique cherche donc à confirmer ou exclure une pathologie potentiellement grave. Les éléments de base de l'examen physique comprennent l'inspection, la palpation, l'observation, un examen de l'amplitude du mouvement en plus de l'évaluation neuromusculaire. Les indicateurs des problèmes neurologiques ou de l'atteinte des racines nerveuses sont la douleur unilatérale ou bilatérale dans la jambe irradiant dans le pied ou les orteils, la paresthésie, l'engourdissement et/ou le fourmillement. L'évaluation des réflexes ostéo-tendineux profonds, de la force musculaire et de la distribution sensorielle de toutes les plaintes devrait faire partie de l'examen neurologique. Un signe de Lasègue passif est considéré comme un élément majeur de diagnostic d'ailleurs largement utilisé. Il est apparemment facile à interpréter mais sa fiabilité n'est certaine que si sa mise en œuvre est exacte³.

Pour confirmer un soupçon de lumbago spécifique aigu, des examens d'imagerie peuvent être

effectués. La première étape est la radiographie du rachis lombaire ; en cas de suspicion d'atteinte neurologique, une IRM doit être effectuée. Le scanner est essentiel uniquement dans les troubles de la construction osseuse. En cas de lombalgie non spécifique, chez les patients de moins de 50 ans, la gestion de la lombalgie n'est pas améliorée par un complément d'imagerie diagnostique. Ainsi les procédures avancées d'imagerie ne doivent être réalisées que lorsqu'une forte suspicion de maladie spécifique est présente ou qu'une prise en charge chirurgicale peut être envisagée⁴.

Traitement

A la suite d'un triage diagnostique, le syndrome de la queue de cheval est probablement présent lorsque le patient signale un dysfonctionnement de la vessie - incontinence, débordement occasionnel, trouble sphinctérien ou rétention urinaire - associé à une hyposensibilité des muscles adducteurs et périanals, une faiblesse musculaire progressive des membres inférieurs et un trouble de la marche. En cas de suspicion de syndrome de la queue de cheval, le patient doit être conduit immédiatement dans un établissement chirurgical, la seule indication absolue de chirurgie en cas de lombalgie aiguë étant le syndrome de la queue de cheval⁵.

Dans les autres cas, les patients souffrant de lombalgie aiguë considérée comme spécifique, seront adressés à un spécialiste en fonction des résultats des examens, afin d'assurer un traitement ciblé.

Dans le traitement de la lombalgie aiguë non spécifique, l'information adéquate du patient est l'acte le plus important. Il faut le rassurer, l'assurer que sa maladie n'est généralement pas grave, qu'avec un traitement et un mode de vie approprié, la reprise rapide est attendue. L'introduction d'une thérapie médicamenteuse pour diminuer une douleur aiguë sera proposée de préférence pour de courtes périodes, répétées si nécessaire. Le premier choix de traitement est toujours le paracétamol. S'il est inefficace, les AINS sont prescrits en deuxième intention. L'utilisation d'une thérapie de myorelaxants, seule ou en combinaison avec des AINS, peut être considérée à court terme si la douleur n'a pas été contrôlée par le paracétamol et/ou les AINS. L'efficacité des myorelaxants a été clairement démontrée mais les effets secondaires possibles, tels que la somnolence, doivent être strictement surveillés⁶.

Il est clairement prouvé que les traitements passifs comme le repos au lit, le corset lombaire, les ultrasons, la thérapie électrique, le laser ou l'acupuncture sont à éviter. De même, en cas de lombalgie aiguë, les injections épidurales de stéroïdes sont déconseillées. Enfin, il n'y a pas de preuves montrant l'efficacité d'autres procédures comme par exemple la traction ou le massage⁷.

Les patients doivent être encouragés à rester

actifs et à mener des activités quotidiennes normales y compris le travail, malgré la douleur de la colonne vertébrale. L'approche active est la meilleure option dans le traitement des douleurs lombaires aiguës³.

La principale menace pour la lombalgie aiguë non spécifique est la chronicisation des symptômes.

Selon de récentes études, la transition de la lombalgie aiguë à la lombalgie chronique est le résultat d'un processus complexe dans lequel les facteurs individuels, psychosociaux ou encore liés aux conditions professionnelles jouent également un rôle important. La définition précise des facteurs pronostiques est essentielle et contribue à repérer les cas au pronostic défavorable. Le dépistage précoce des patients à risque de lombalgie chronique est extrêmement important afin de prévenir l'invalidité et les incapacités de travail à long terme. La détection précoce permet la création d'un plan de traitement relativement rapide et la réalisation des procédures nécessaires. La rapidité est nécessaire, car plus persistantes sont la douleur et l'invalidité, moindres seront les chances de succès du traitement de la lombalgie⁸.

Le premier signe avertisseur du développement d'une lombalgie chronique peut être la douleur et le handicap très importants, c'est-à-dire une incapacité fonctionnelle exagérée observée au moment de la lombalgie aiguë. Les facteurs individuels incluent l'âge avancé, le faible niveau d'éducation, la mauvaise santé générale et la mauvaise condition physique, la faiblesse et l'insuffisance des musculatures abdominales et paravertébrales ainsi que l'obésité, l'indice le plus important étant le tabagisme. Les facteurs psychologiques sont l'augmentation du stress psychosocial, l'anxiété, la dépression, les émotions négatives, la faible tolérance à la douleur, la tendance à la somatisation, les fonctions cognitives diminuées. Parmi les causes liées au travail, on distingue l'exercice monotone, la station debout prolongée, les mouvements permanents de flexion et/ou de torsion, les vibrations globales du corps, tout ceci pouvant être aggravé par des exigences de rendement élevées et de mauvaises relations interpersonnelles. Dans l'évolution vers la lombalgie chronique, l'espoir d'une compensation financière liée à la maladie peut également jouer un rôle. L'importance des facteurs psychosociaux dans la lombalgie chronique sera de nouveau évoquée ci-après⁶.

LOMBALGIE CHRONIQUE

On parle de lombalgie chronique lorsque la douleur de la zone lombaire est présente depuis plus de 3 mois avec parfois une douleur invalidante aiguë irradiant dans la fesse, vers la crête iliaque et rarement vers le genou.

La Société Française de Chirurgie Rachidienne suggère d'utiliser la classification suivante (adoptée en novembre 2014) pour la lombalgie chronique :

- Lombalgie non dégénérative (peut correspondre à " symptomatique " ou " spécifique " de la phase aiguë) ; de manière générale, elle est due à un syndrome radiculaire, un traumatisme, une fracture de la colonne lombaire liée à l'ostéoporose, une tumeur, une infection ou à des pathologies inflammatoires (spondylite ankylosante, arthrite rhumatoïde, etc.).
- Lombalgie dégénérative (précédemment nommée " commune " ou " non spécifique ") ; de façon générale, elle est due à une pathologie du disque, de la facette articulaire ou à des problèmes ligamentaires et/ou des anomalies d'alignement régional ou global de la colonne vertébrale en position debout ainsi qu'à des pathologies mixtes.
- Lombalgie psychogène.

Diagnostic

La première étape du diagnostic de la lombalgie chronique est de s'assurer que l'origine du problème est vraiment musculo-squelettique. Toutes les pathologies extravertébrales principalement génito-urinaires ou gynécologiques doivent être exclues. L'étape suivante consiste à exclure une pathologie non dégénérative de la colonne. Celle-ci comprend les lésions spécifiques dites " drapeau rouge " qui ont déjà été décrites ci-dessus et qui peuvent provoquer une douleur persistant plus de 3 mois. Certains auteurs recommandent de classer dans ce groupe les douleurs lombaires causées par les hernies discales qui n'appartiennent pas au groupe à indication chirurgicale absolue mais qui, malgré le traitement conservateur, provoquent une douleur persistante. Hormis les hernies discales, les pathologies appartenant à ce groupe sont particulièrement rares⁹.

En cas de douleurs inguinales persistantes et de signes cliniques pauvres, la lombalgie chronique dégénérative doit être envisagée. Ces douleurs sont souvent causées par des discopathies dégénératives. La douleur peut être générée, entre autres, par la dégénérescence des plateaux vertébraux (signes Modic), l'arthrose des facettes articulaires. Les conséquences de la dégénération des disques peuvent être l'instabilité segmentaire de la colonne lombaire, puis, par l'hypermobilité répétitive de la colonne, un antélisthésis ou rétrolisthésis dégénératif des vertèbres peut aussi se développer. En cas de dégénérescence touchant plusieurs disques, la courbure locale de la colonne peut changer ce qui, dans les cas graves, peut entraîner une scoliose dégénérative¹⁰.

En cas de suspicion de compression radiculaire et/ou de lombalgies d'origine dégénérative, des examens d'imagerie doivent être effectués. La première étape sera de réaliser une radiographie de la colonne lombaire. Si les racines paraissent atteintes ou que la dégénérescence du disque est suspectée, une IRM sera demandée, tandis que, dans le cas de suspicion d'une déformation vertébrale, la réalisation de radiographies face et profil de toute la colonne est indispensable. Le scanner n'est requis qu'en cas de

souçon de lyse de l'isthme articulaire et de sténose primaire ou secondaire du canal rachidien. Les avis sont divisés quant à l'utilité de l'EMG dans le diagnostic de la lombalgie chronique. Les examens de densitométrie osseuse ou SPECT seront effectués uniquement après une chirurgie lombaire de fusion afin d'évaluer la qualité de la fusion osseuse¹¹.

Le groupe le plus important des douleurs lombaires chroniques est constitué par les douleurs lombaires rattachées à des problèmes psychosomatiques. Ce diagnostic peut être posé en cas de douleur lombaire persistante accompagnée de peu de symptômes cliniques ainsi que de peu ou pas de signes dans les examens d'imagerie. Il est indispensable d'identifier et de signaler d'un " drapeau orange " tout problème psychique grave existant tel que le stress post-traumatique, la dépression ou les troubles de la personnalité qui exigent un examen et un traitement spécialisés. Les autres facteurs psychologiques tels que l'augmentation du stress psychosocial, la peur de la douleur ou des blessures, la perte de confiance dans la guérison entretenue par l'amertume et une attitude négative doivent être marqués d'un " drapeau jaune ". L'anxiété, une intolérance à la douleur et une prédisposition à la somatisation sont également caractéristiques. Le " drapeau bleu " peut être accordé aux conditions de travail difficiles et monotones telles que la station debout prolongée, les mouvements répétitifs de flexion et de torsion, les vibrations du corps et aggravées par des exigences de rendement élevées et de mauvaises relations au travail. La qualification " drapeau noir " marquera une opinion négative de l'employeur, un terrain familial trop anxieux, l'espoir d'une compensation financière à la maladie pour atteindre par la suite une incapacité permanente¹².

L'évaluation de la lombalgie chronique doit être effectuée en incluant plusieurs facteurs qui sont la douleur, la fonction de la colonne lombaire, le bien-être général, l'invalidité sociale et professionnelle et l'insatisfaction du patient. Parfois, dans certains cas, un ou deux facteurs forts suffisent à provoquer la douleur chronique alors que dans d'autres cas, plusieurs facteurs faibles mais co-occurents sont la cause des symptômes. Le nombre de facteurs étant potentiellement modifiable, l'identification précise des causes profondes est essentielle. De nombreux questionnaires ont été développés dans le but de faciliter l'identification et l'évaluation des différents aspects de la lombalgie chronique¹³. L'un des plus utilisés, le " *StarT Back Screening Tool* " a été développé en vue de dépister et classer les patients portant des facteurs pronostiques modifiables¹⁴.

Traitement

Contrairement à la lombalgie aiguë, il n'y a pas de recommandation universellement admise pour le traitement de la lombalgie chronique, celle-ci n'étant pas une entité clinique précise. Les patients consultent le médecin après une période plus ou moins longue de plainte dans des phases et à des niveaux très différents

de la douleur, de la fonction lésée ou de l'invalidité. C'est pourquoi, avant même le commencement du traitement, l'évaluation des facteurs pronostiques est indispensable.

Dans le cas de la lombalgie chronique, le nombre de preuves positives est très limité quant à l'efficacité des procédures thérapeutiques. Même les plus recommandées d'entre elles ont un impact modeste. En raison de la nature multidimensionnelle de la pathologie, une intervention thérapeutique unique n'offre pas d'efficacité significative dans tous les aspects de la lombalgie chronique souvent très invalidante¹¹.

Le traitement devrait idéalement se concentrer simultanément sur le traitement de la douleur, le rétablissement de la fonction de la colonne lombaire, le soutien psychologique et la réadaptation professionnelle du patient.

Traitement de la douleur

Dans un premier temps et pour une période courte, une prescription de paracétamol ou d'AINS semble indiquée malgré le fait que leur efficacité contre la douleur ne soit pas explicitement prouvée dans cette pathologie. Il faut absolument prévenir le patient qu'il ne peut associer ces médicaments à la prise d'autres produits contenant les mêmes actifs en attirant son attention sur le risque d'ulcère et d'hémorragie digestive.

En cas d'inefficacité, ils peuvent être combinés à des opiacés légers et/ou des relaxants musculaires.

Au cas par cas, des opiacés forts peuvent être utilisés compte tenu des contre-indications. Ils ne pourront être prescrits qu'aux seuls patients dont la pathologie n'est pas d'origine psychosomatique, après avoir acquis la certitude que tout autre traitement est inefficace. La durée du traitement doit être limitée (maximum 2 semaines), en s'efforçant de diminuer progressivement la dose jusqu'à l'arrêt total du traitement. L'utilisation d'antidépresseurs tricycliques, d'antiépileptiques ou de corticostéroïdes n'est pas recommandée. De même, et en absence de preuves de leur efficacité, les divers traitements physiques/chimiques tels que compresses chaudes ou froides, laser, ultrasons, ondes courtes, interférences, massages, étirements et corset sont à utiliser avec précaution. L'efficacité de l'injection épidurale de corticoïdes ou de la blocade articulaire n'étant pas prouvée, les réactions individuelles étant cependant très variables, ces traitements ne seront utilisés que dans le but d'une analgésie à court terme⁵.

Restauration de la fonction

La kinésithérapie guidée et supervisée, les différentes " écoles du dos " ont clairement démontré leurs effets positifs dans le traitement de la lombalgie chronique ; elles sont donc fortement recommandées

et peuvent être effectuées individuellement ou en groupe dans le cadre d'un programme multidisciplinaire. L'objectif est de choisir des activités et des pratiques personnalisées afin de prévenir la perte de la fonction musculaire et la raideur lombaire. Le bénéfice de séquences d'exercices spécifiques (par exemple McKenzie) n'a pas été démontré.

Soutien psychologique

La thérapie cognitivo-comportementale, les programmes éducatifs et multidisciplinaires, bio-psycho-sociaux sont recommandés dans le traitement de la lombalgie chronique. La thérapie cognitivo-comportementale a un impact positif non seulement sur l'intensité de la douleur, mais également sur la capacité de contrôle et de gestion de la douleur. Lors des séances, il est nécessaire d'élaborer des attitudes et stratégies positives afin de faciliter l'acceptation par le patient d'un état où la douleur quotidienne ne disparaîtra probablement jamais totalement. Le but de ces programmes est d'amener le patient à une sorte d'autonomie thérapeutique par une meilleure compréhension de sa pathologie.

Les travaux de groupe, les conseils prodigués, l'exercice physique et le soutien psychologique de ces programmes multidisciplinaires sont destinés à conserver ou recouvrer rapidement une activité quotidienne¹³.

Réadaptation professionnelle

La tâche la plus importante est la réadaptation professionnelle des patients atteints de lombalgie chronique. Elle suppose la collaboration étroite du patient, du médecin traitant, du médecin du travail, des différents intervenants. Dès que la diminution de la capacité professionnelle est pressentie ou calculable, une consultation est tenue afin de mettre en place les démarches nécessaires : aménagement ergonomique du lieu de travail, changement de poste ou d'horaires de travail, etc.¹¹.

Traitement chirurgical

L'indication chirurgicale de la lombalgie chronique se limite aux cas se développant ou accompagnant une pathologie dégénérative du disque intervertébral ou une arthrose facettaire. En cas de lombalgie d'origine psychosomatique, la chirurgie est clairement contre-indiquée ; effectivement, elle diminuerait les chances de guérison du patient. Les résultats du traitement chirurgical sont eux controversés. De nombreux auteurs n'ont trouvé aucune différence de résultat entre le traitement conservateur et le traitement chirurgical de fusion et déconseillent donc généralement le recours à la chirurgie¹⁵. En réalité, la comparaison entre traitement conservateur et chirurgical est artificielle. Dans la pratique clinique, les traitements conservateurs et les interventions chirurgicales ne sont pas " en compétition " puisque nous ne les proposons pas simultanément ; la chirurgie

intervient généralement après l'insuffisance de résultat ou l'échec d'un traitement conservateur. La chirurgie de fusion lombaire effectuée sur des indications appropriées apporte des améliorations significatives dans la douleur et la fonction¹⁶. Les interventions chirurgicales de fusion aboutissent à une amélioration clinique comparable à celle obtenue dans d'autres procédures chirurgicales largement acceptées comme la prothèse totale de hanche ou de genou ou la chirurgie de décompression pour sténose spinale¹⁷. Cette amélioration n'est cependant observée que dans les cas de lombalgie chronique due à une pathologie dégénérative.

En conclusion, la lombalgie est une pathologie complexe et mystérieuse. Compte tenu des caractéristiques et des réactions individuelles très différentes, il n'est pas possible d'utiliser des directives générales de traitement. Les traitements ne disposant pas de preuves largement acceptées peuvent cependant se montrer très efficaces dans des cas particuliers. Pour décider et attendre l'efficacité d'un traitement, la connaissance approfondie de la personnalité, des conditions de travail et de l'environnement familial du patient est indispensable. Par conséquent, le médecin de famille qui, lui, dispose de cette connaissance du patient et de son environnement est dans la meilleure position pour gérer efficacement un traitement de la lombalgie.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hoy D, Bain Ch, Williams G *et al.* : A systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum* 2012 ; 64 : 2027-8
2. Ozguler A, Leclerc A, Landre M-F *et al.* : Individual and occupational determinants of low back pain according to various definitions of low back pain. *J Epidemiol Community Health* 2000 ; 54 : 215-20
3. van Tulder M, Becker A, Bekkering T *et al.* : European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006 ; 15 (Suppl 2) : S169-91
4. Jarvik JG, Deyo RA : Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002 ; 137 : 586-97
5. Koes BW, van Tulder M, Lin C-WC *et al.* : An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010 ; 19 : 2075-94
6. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S : Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006 ; 332 : 1430-4
7. van Tulder MW, Koes BW : Low back pain : acute. *Clinical Evidence*. London, BMJ Publishing Group, 2006
8. Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS : What is the prognosis of back pain ? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010 ; 24 : 167-79
9. Carragee EJ, Hannibal M : Diagnostic evaluation of low back pain. *Orthop Clin North Am* 2004 ; 35 : 7-16
10. Modic MT, Ross JS : Lumbar degenerative disk disease. *Radiology* 2007 ; 245 : 43-61

11. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C *et al.* : European guidelines(for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006 ; 15 (Suppl 2) : S192-300
12. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ : Early Identification and Management of Psychological Risk Factors in Patients With Low Back Pain. *Phys Ther* 2011 ; 91 : 737-53
13. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B : Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme* 2012 ; 79 : A27-31
14. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M *et al.* : Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back) : a randomised controlled trial. *Lancet* 2011 ; 378 : 1560-71
15. Mirza SK, Deyo RA : Systematic review of randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative care for treatment of chronic back pain. *Spine* 2007 ; 32 : 816-23
16. Phillips FM, Slosar PJ, Youssef JA *et al.* : Lumbar spine fusion for chronic low back pain due to degenerative disc disease : a systematic review. *Spine* 2013 ; 38 : E409-22
17. Hansson T, Hansson E, Malchau H : Utility of spine surgery : a comparison of common elective orthopaedic surgical procedures. *Spine* 2008 ; 33 : 2819-30

Correspondance et tirés à part :

T. S. ILLES
C.H.U. Brugmann
Service d'Orthopédie et Traumatologie
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : tamas.illes@chu-brugmann.be

Travail reçu le 8 juin 2015 ; accepté dans sa version définitive le 16 juin 2015.