

Liste des abréviations

CHU	Centre hospitalier et universitaire
EVA	Echelle visuelle analogique
CRP	Protéine C réactive
PTH	Parathormone
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
PA	Paquets-années
IRM	Imagerie par résonance magnétique

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1) Patients**
- 2) Evaluation initiale**
- 3) Evaluation à 1 an**
- 4) Objectifs**
- 5) Analyse statistique**

RESULTATS

- 1) Caractéristiques initiales des patients**
 - 1.1. Données générales
 - 1.2. Caractéristiques socio-professionnelles
 - 1.3. Antécédents médicaux-chirurgicaux
 - 1.4. Activité physique
 - 1.5. Clinique
 - 1.6. Diagnostic retenu, et conduite à tenir proposée
- 2) Caractéristiques des patients à 1 an.**
- 3) Particularités des patients présentant une radiculalgie.**
- 4) Particularités des patients avec des douleurs d'allure inflammatoires**
- 5) Facteurs pronostics de la lombalgie**
 - 5.1. Critères généraux
 - 5.2. Contexte psycho-social et professionnel
 - 5.3. Critères cliniques
 - 5.4. Prise en charge

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

FIGURES

TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction

La lombalgie commune, compliquée ou non d'une radiculalgie, est une pathologie fréquente responsable de 5 millions de consultations par an en France. Après échec d'une prise en charge médicale en médecine générale, le médecin traitant demande régulièrement un avis diagnostic ou thérapeutique à une équipe de rhumatologie hospitalière.

Les objectifs de ce travail de thèse étaient de décrire les caractéristiques initiales (cliniques, psychologiques, professionnelles, biologiques) et le devenir à 1 an d'une cohorte de 110 patients pris en charge dans le service de rhumatologie du CHU d'Angers.

Sujets et méthodes :

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective, longitudinale dont la période d'inclusion des patients a duré 6 mois. Les patients ont bénéficié d'une consultation de rhumatologie, d'une évaluation clinique, psychosociale et professionnelle standardisée à l'aide d'un cahier d'observations. Les patients ont été recontactés 12 mois après la consultation de rhumatologie, par téléphone, pour connaître le devenir de la douleur, de la consommation de traitement antalgique et de l'arrêt de travail éventuel.

Résultats :

La cohorte comporte 110 patients, dont 59 femmes, âgés en moyenne de 52 ans. 40 patients ont plus de 60 ans. 67 patients présentent un surpoids ou une obésité. 56 patients ont une activité professionnelle au moment de l'évaluation initiale, jugée satisfaisante pour 38 d'entre eux. Nous observons que 28 patients ont un antécédent dépressif majeur avec une consommation d'anti déprimeurs chez un patient sur six.

Douze mois plus tard, l'évaluation est globalement défavorable : 46 patients présentent une douleur modérée à sévère, 50 patients consomment toujours des antalgiques, 20 patients sont toujours en arrêt de travail et 19 patients présentent une radiculalgie persistante.

L'analyse en régression logistique montre l'influence positive de la présence d'une radiculalgie, d'un début brutal des douleurs et d'un délai court de prise en charge en rhumatologie. Nous retenons l'impact négatif d'un épisode dépressif majeur passé ou actuel, d'une souffrance psychologique et d'une EVA douleur initiale élevée.

Au total, ce travail longitudinal et prospectif porté sur 110 patients montre que le pronostic des lombalgies et lomboradiculalgies prises en charge en milieu hospitalier est défavorable pour la moitié des patients, en particulier lorsqu'il existe un antécédent de dépression ou des éléments de souffrance psychique.

INTRODUCTION

La lombalgie commune chronique, définie par des douleurs de la partie basse du rachis, persistantes depuis au moins 3 mois, est une pathologie fréquente avec un impact économique et social majeur. ⁽¹⁾ En 2015, on estimait que 540 millions de personnes étaient touchées par les lombalgies dans le monde. ⁽²⁾ L'enquête de 2008-2009 basée sur les données de l'Assurance Maladie (29 931 sujets représentatifs de la population française) a montré que 27,7 % de la population, soit environ 17,3 millions de personnes, présentaient une maladie musculosquelettique et/ou rhumatismale, dont la plus fréquente était la lombalgie, concernant 12,5 % des Français. ⁽³⁾ Selon le rapport de l'Assurance Maladie publié en 2017, la lombalgie aiguë est le 2^{ème} motif de consultation du médecin traitant et la lombalgie chronique est le 8^{ème}. La prévalence de la lombalgie est de 84 % sur une vie entière ⁽⁴⁾ et en fonction des études, on estime que 5 à 10% de ces patients deviennent lombalgiques chroniques. ⁽¹⁾

Le diagnostic de lombalgie commune est retenu chez un patient qui présente une symptomatologie douloureuse lombaire, après avoir éliminé, par l'examen clinique toujours, grâce aux examens complémentaires souvent, les étiologies spécifiques. Si les fractures vertébrales, l'infection ostéoarticulaire et la pathologie tumorale sont souvent bien visibles sur les examens d'imagerie moderne, le diagnostic de spondylo-arthrite est quant à lui effectué par un complexe faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiographiques et nécessite la plupart du temps l'avis d'un médecin spécialiste rhumatologue.

La lombalgie chronique entraîne des douleurs handicapantes, une diminution des capacités professionnelles, une altération de la qualité de vie et un risque de désinsertion sociale. ⁽⁵⁾ Une lombalgie sur 5 provoque la prescription d'un arrêt de travail. Toutes pathologies confondues, 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois sont en lien avec des douleurs rachidiennes. Il s'agit du 3^{ème} motif d'admission en invalidité.

Le rapport annuel de 2017 rapporte un coût minimal de 900 millions d'euros par an en rapport avec la lombalgie ⁽⁵⁾. Les dépenses associées, coûts directs (traitements, visites médicales, hospitalisations) mais aussi indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité, etc.), sont élevées dans tous les pays industrialisés. Ces dépenses sont générées à 85 % par les lombalgies chroniques.

Les facteurs psychosociaux et professionnels jouent un rôle majeur dans le passage à la chronicité. Dans les recommandations de la HAS, ces facteurs sont appelés drapeaux jaunes et bleus (annexe 1). En Belgique ⁽⁶⁾ (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2017) et au Royaume Uni ⁽⁷⁾ (National Institute for Health and Care Excellence), il est recommandé d'évaluer le risque de passage à la chronicité par des outils de stratification des risques : le sTarT Back tools (annexe 2) ou le questionnaire Orebro Short (annexe 3). En Allemagne ⁽⁸⁾, il est recommandé d'étudier les facteurs psychosociaux et liés au travail dès le début de la pathologie rachidienne commune. Après 4 semaines, en cas de persistance de douleurs, il est recommandé de dépister les « drapeaux jaunes » par l'intermédiaire des scores décrits ci-dessus. Cependant, la pertinence clinique de ces tests est discutée dans la revue systématique de la littérature de *Karran et al.* (2017) ⁽⁹⁾. Dans ce travail, 7 instruments de mesure ont été évalués à partir de 18 études. Les auteurs observent que les instruments de dépistage de la lombalgie, réalisés en soins primaires, ont de faibles performances pour attribuer des scores de risque plus élevés aux personnes qui développent une douleur chronique par rapport à celles qui ne le font pas. Ainsi, la performance du test de sTar Back Tools apparaît non informative (AUC 0.59). Pour le questionnaire Orebro, la performance pour identifier les patients qui vont devenir douloureux chroniques est également faible (AUC 0.69) mais le test s'avère meilleur pour dépister l'incapacité fonctionnelle prolongée (AUC 0.75). Concrètement, ces tests ne sont pas utilisés en pratique courante lors des consultations de médecine générale

ou de rhumatologie et la mise en évidence de ces patients à risque de chronicité n'est pas aisée.

Il faut pourtant privilégier une approche systémique de la lombalgie. Pour parvenir au diagnostic de lombalgie commune et pour favoriser le pronostic de ces patients, ils doivent être évalués à la fois sur le plan clinique, de l'imagerie rachidienne mais également sur le plan psycho-social. Sur avis d'expert, il est recommandé que ces patients « à risque de chronicité » soient évalués par une équipe pluridisciplinaire pouvant impliquer rhumatologue, médecin rééducateur, médecin du travail et chirurgien du rachis. Le moment opportun pour réaliser cette évaluation n'est pas consensuel. Selon *Chenot et al.*, cette évaluation est recommandée après 12 semaines d'évolution des douleurs et chez les patients pour qui ces douleurs impactent la vie quotidienne ⁽⁸⁾. Les données de l'Assurance Maladie ⁽³⁾ montrent que, parmi les lombalgiques ayant eu entre 1 et 3 mois d'arrêt de travail, seul 15% ont consulté un rhumatologue. Après 12 mois d'arrêt de travail, 18% de ces patients ont eu une consultation de médecin spécialiste qu'il soit rhumatologue ou un praticien spécialiste de médecine physique et réadaptation. (*Annexe 4*)

De nombreuses études portant sur la lombalgie ont été effectuées dans les structures de soins primaires mais peu de travaux ont été réalisés chez des patients pris en charge en milieu hospitalier. Ces patients lombalgiques, confiés aux services de rhumatologie en raison de l'échec initial de la prise en charge ambulatoire, sont probablement particuliers avec des risques de passage à la chronicité et de désinsertion sociale potentiellement plus importants.

Les objectifs de ce travail étaient donc de décrire de façon prospective et extensive, (a) les caractéristiques cliniques, sociales, familiales et professionnelles ainsi que la consommation de soins d'une cohorte de patients lombalgiques adressés en consultation de rhumatologie, après échec de la prise en charge ambulatoire par le médecin de famille.

(b) le devenir clinique et professionnel de ces patients 12 mois plus tard.

MÉTHODES

1) Patients

Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale, monocentrique, réalisée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers. Elle porte sur 110 patients pris en charge à la demande de leur médecin traitant, pour une lombalgie ou une lombo-radiculalgie, résistante au traitement prescrit par le médecin de famille

Au départ, 140 patients ont été examinés en consultation de rhumatologie, entre le 2 mai et le 1er novembre 2018 par le même médecin. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 110 patients ont été inclus dans la cohorte finale.

Critères d'inclusion :

- Patient âgé de plus de 18 ans
- Patient de moins de 90 ans
- Adressé par son médecin traitant
- Patient maîtrisant la langue française ou la langue anglaise
- Présentant une douleur lombaire ou lombo-radiculaire :
 - la lombalgie était définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur.
 - la lomboradiculalgie de topographie L3, L4, L5 ou S1, était définie comme une douleur du membre inférieur, siégeant dans un (ou plusieurs) dermatome(s) selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). ⁽¹⁾

Critères d'exclusion

- Patient dont le syndrome douloureux remonte à plus de 10 ans
- Patient perdu de vue et non contactable 12 mois après l'évaluation initiale
- Cervicalgie prédominante ou névralgie cervico-brachiale
- Dorsalgie prédominante

2) Evaluation initiale

L'évaluation initiale a été réalisée par le même interne de rhumatologie, au cours d'une consultation externe structurée, d'une durée minimale de 45 minutes, associée dans 75% des cas à une hospitalisation courte (1 à 3 jours) pour finaliser les explorations cliniques et paracliniques utiles. Après la réalisation des explorations utiles, tous les dossiers des patients ont été revus par le rhumatologue sénior responsable du patient et par le médecin responsable du travail de thèse.

Le recueil des informations a été réalisé à l'aide d'un **cahier d'observation standardisé** comportant les données suivantes :

- Les informations générales recueillies étaient : l'âge à l'inclusion, le sexe, le poids, la taille et l'indice de masse corporelle.

- Sur le plan socio-professionnel et familial, nous avons pris en compte le statut marital, le nombre d'enfants, le statut professionnel et la profession. Nous avons interrogé les patients sur la pénibilité de leur travail : présence d'un travail nocturne, à la chaîne, rémunéré selon des objectifs commerciaux, rémunéré au rendement, ayant présenté un changement de poste de travail dans les 6 mois, et la présence de conflit déclaré au travail. La satisfaction au travail était mesurée selon une échelle visuelle analogique de 0 à 10. La satisfaction maximale

correspondant à un score de 10. La présence d'un conjoint ou d'un enfant malade était systématiquement recherchée à l'interrogatoire. Le début des douleurs survenant sur le lieu de travail était précisé. La présence d'un arrêt de travail ou d'un arrêt dans le cadre d'un accident du travail était demandé.

- Les antécédents chirurgicaux (chirurgie discale, laminectomie, ostéosynthèse), les antécédents personnels et familiaux de pathologie inflammatoire (spondylo-arthrite, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, psoriasis, uvéite), les antécédents et pathologie en cours psychiatriques (dépression, tentative de suicide, traitement anxiolytique et traitement anti dépresseur en cours) ont été recueillis.

- L'intoxication tabagique était estimée en paquet-année et il était identifié la présence d'un tabagisme actif. La consommation d'alcool était quantifiée en nombre de verres par semaine. Une consommation potentiellement pathologique était définie par une consommation supérieure à 7 verres par semaine (seuil décrit comme pathogène pour la cancérogénèse et l'induction de pathologies cardio-vasculaires artérielles).

- La pratique sportive était quantifiée selon 4 catégories : sédentaire (moins de 30 mn par jour d'activité physique), actif (30 à 60 mn par jour d'activité physique), sportif (30 à 60 mn par jour et pratique régulière d'une activité sportive structurée au moins 1 fois par semaine) et sportif en compétition (activité sportive structurée au moins 2 fois par semaine avec participation régulière à des compétitions)

- La douleur était caractérisée par les éléments suivants : le délai entre le début des symptômes et la consultation en rhumatologie estimée en jours, l'EVA douleur au rachis et l'EVA douleur radiculaire. L'EVA douleur était quantifiée de 0 à 10. 0 correspondant à l'absence de douleur et 10 à une douleur maximale. Une douleur faible était définie comme une EVA inférieure ou égale à 3, une douleur moyenne comme une EVA entre 4 et 7 et une douleur forte avec une EVA supérieure ou égale à 8.

- Un questionnaire DN4 était réalisé pour évaluer la présence ou l'absence d'une douleur de type neuropathique. Un score positif était défini comme supérieur à 4. (*Annexe 5*)

- Sur le plan clinique, le cahier d'observation reprenait : la perte de poids dans les 6 mois précédent l'évaluation, la température prise par thermomètre auriculaire pendant la consultation, la localisation de la douleur (cervicale, dorsale et lombaire), l'irradiation de la douleur au membre inférieur (fesse, cuisse, radiculalgie L3, L4, L5 et S1), la présence de réveil nocturne, le dérouillage matinal quantifié en minutes et l'éventuelle impulsivité à la toux. Un dérouillage matinal positif était défini comme supérieur à 30 minutes. Nous avons évalué : la marche (possible, impossible, difficile, sur les pointes des pieds, sur les talons) et l'appui monopodal (possible, impossible, difficile). Nous avons recherché les signes de Lasègue et de Léri.

Nous avons mesuré l'indice de Schober, la distance doigts sol, l'ampliation thoracique et la distance menton sternum.

Le testing neurologique comprenait la recherche d'un déficit sensitif systématisé, d'un déficit moteur, de troubles vésico-sphinctériens, la recherche des réflexes ostéotendineux achilléens et rotuliens et du réflexe cutané plantaire. L'atteinte neurologique était définie comme l'existence d'au moins un signe neurologique objectif, parmi la liste ci-dessus.

- Les traitements instaurés avant la prise en charge (paracétamol, ibuprofène, codéine, association caféine 30 mg + opium poudre 10 mg + paracétamol 300 mg, tramadol, sulfate de morphine, oxycodone, fentanyl patch, prednisone, anti-inflammatoires non stéroïdiens), les prises en charge physiques (kinésithérapie, ostéopathie, semelles orthopédiques) et les infiltrations de cortico-stéroïdes étaient répertoriés.

- Sur le plan biologique, étaient consignés : la CRP, la calcémie, la phosphorémie, l'albuminémie, la créatininémie, l'acide urique, la 25-OH vitamine D et la parathormone (PTH).

- Afin de vérifier le diagnostic de lombalgie commune, l'ensemble des patients a eu une exploration rachidienne par imagerie en coupe, soit par scanner ou par imagerie par résonance magnétique (IRM).

3) Evaluation à 1 an

L'ensemble des patients inclus dans la période du 2 mai 2018 au 1er novembre 2018 ont été réévalués 12 mois plus tard.

Les données étaient recueillies par un appel téléphonique au patient, par le médecin ayant conduit la consultation initiale.

Les données recueillies étaient : l'EVA douleur à 1 an, la présence ou non d'une radiculalgie, la poursuite ou non d'un arrêt de travail en rapport avec la pathologie rachidienne, le recours éventuel à une chirurgie rachidienne intercurrente et la prise ou non de traitement antalgique et leur nature.

En cas de traitement antalgique, le type d'antalgique était précisé (paracétamol, codéine, duloxétine, morphinique, tramadol, laroxyll, rivotril, méthadone).

4) Objectifs

Cette étude a été conduite avec deux objectifs principaux :

1. Décrire les caractéristiques cliniques, sociales, familiales et professionnelles ainsi que la consommation de soins d'une cohorte de patients lombalgiques adressés en consultation de rhumatologie, après échec de la prise en charge ambulatoire par le médecin de famille.

2. Décrire le devenir clinique et professionnel à 12 mois, de patients lombalgiques pris en charge dans un CHU en appliquant les recommandations nationales éditées par la HAS.

Deux objectifs secondaires ont été pris en compte :

1. Analyser les différences entre les patients lombalgiques et les patients décrivant une lomboradiculalgie.
2. Analyser les différences entre les lombalgiques décrites comme mécaniques et les lombalgies décrites comme inflammatoires.

5) Analyse statistique

Les données recueillies sur le cahier d'observation ont été incluses dans une base Excel puis analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les analyses statistiques ont été réalisées par le Directeur de thèse. Des mesures de moyenne et d'écart type ont été réalisées pour les variables continues et des proportions pour les variables discontinues. Des analyses descriptives ont été utilisées pour rendre compte des caractéristiques des patients et de l'évolutivité de leur lombalgie sur la période de suivi de 12 mois.

Les comparaisons de sous-groupes ont été réalisées à l'aide du test T de Student ou pour les variables qualitative le Chi 2. La recherche de facteurs prédictifs de l'évolution a été réalisée en utilisant des modèles de régression logistique multivariée, pas à pas. Le seuil de significativité a été choisi à 0.05.

Pour permettre une interprétation facile de certains facteurs prédictifs dans le contexte clinique, nous avons dichotomisé les variables catégoriques suivantes : classe d'âge (<40 ans ; 40-60 ans ; > 60 ans), EVA (léger, modéré, sévère) et indice de masse corporelle (normal, surpoids et obésité).

RESULTATS

1) Caractéristiques initiales des patients

1.1. Données générales

Les caractéristiques générales des patients sont détaillées dans le *tableau I*.

La cohorte comporte une discrète majorité de femmes (53.6%). L'âge moyen est de 52.1 ans, compris entre 19 et 88 ans. Sur le plan statur pondéral, aucun patient n'est maigre et 67 patients (60.9%) présentent une surcharge pondérale.

1.2. Caractéristiques socio-professionnelles

La description de leur statut familial, social et professionnel est détaillée dans le *tableau II*.

La majorité des patients vivent en couple (71.8%). 10.1% avaient eu une séparation (veuf ou divorcé). Ils avaient entre 0 et 8 enfants. La majorité des patients avait eu 2 enfants (37.3%). 14 patients (12.7%) rapportent une maladie grave chez l'un de leurs proches (conjoint malade n =7, enfant malade n =7).

Notre étude comprend 56 patients qui exercent une activité professionnelle (50.91%) avec une majorité de salariés du secteur privé (29.1%). Seul 3 patients exerçaient une profession libérale ou commerciale à leur compte. Les patients n'exerçant pas d'activité professionnelle sont majoritairement retraités (37.3%) ou au chômage (11.8%). 7 patients expriment des conflits au travail et 18 ont une situation professionnelle particulière. Parmi les 55 patients ayant évalué leur satisfaction vis-à-vis de leur activité professionnelle, à l'aide d'une échelle visuelle analogique, 38 (67.9%) se déclarent satisfaits de leur travail (EVA > 6) et 5 se déclarent insatisfaits de leur travail (EVA <4).

1.3. **Antécédents médicaux-chirurgicaux**

L'ensemble des données sont répertoriées dans le *tableau III*.

Parmi les patients qui présentent une rachialgie, 16 patients présentent au moins un antécédent personnel ou familial de maladie inflammatoire pouvant faire évoquer une spondylo-arthrite. 15 patients rapportent la réalisation d'un acte chirurgical pour l'épisode douloureux actuel ou pour un épisode douloureux antérieur. Sur le plan psychologique et psychiatrique, 31 patients rapportent un épisode dépressif majeur (avec consultation médicale), 16 d'entre eux poursuivent un traitement anti dépresseur et 14 un traitement anxiolytique (après analyse de l'ordonnance récente du patient). Enfin nous observons que 30 patients fument de façon active.

1.4. **Activité physique**

Durant la consultation initiale, les patients étaient interrogés sur les activités physiques et sportives effectuées de façon habituelle lors de l'année précédant la consultation. 36 patients (32.7%) déclarent n'avoir aucune activité physique ou sportive y compris professionnelle. 40 patients (36.4%) sont actifs mais ne pratiquent pas d'activité sportive régulière hebdomadaire. 30 patients (27.3%) déclarent une pratique sportive hebdomadaire et 4 pratiquent du sport en compétition (3.6%).

1.5. **Clinique**

Les caractéristiques cliniques sont énumérées dans le *tableau IV*.

28 patients présentent une lombalgie isolée, 58 patients une lombalgie associée à une radiculalgie systématisée et 24 une lombalgie avec irradiation au membre inférieur non systématisé à un dermatome. 17 décrivaient une cruralgie et 44 une douleur de sciatique.

La durée moyenne des douleurs avant l'inclusion était de 345 jours. Elle était comprise entre 15 et 3317 jours. La répartition des délais de douleur avant la consultation initiale est représentée en *figure 1*.

Dans 21.8% des cas (24 patients), le début des douleurs survenait sur le lieu de travail.

L'horaire des douleurs était le plus souvent mixte. 39.1% des patients présentaient au moins une caractéristique de douleur inflammatoire. 24 patients présentaient des réveils nocturnes liés aux douleurs et 23 un dérouillage matinal supérieur à 30 minutes.

72 patients avaient une raideur rachidienne en antéflexion mesurée par l'indice de Schober.

1.6. **Diagnostic retenu, et conduite à tenir proposée**

Les traitements et les explorations réalisées avant l'inclusion sont répertoriés dans le *tableau V*. Aucun des bilans biologiques réalisés ne retrouve d'anomalie significative orientant vers une pathologie particulière, à l'exception de 10 patients (9.1%) avec CRP > 10 mg/L. On ne retrouve aucune hypercalcémie. 52 patients (47.3%) ont un dosage de 25 OH-vitamine D inférieur à 50 nmol/L. L'analyse des imageries rachidiennes n'a pas mis en évidence de sacro-iliite ou de syndesmophytes mais seulement des fractures vertébrales d'allure ancienne chez 4 patients. Finalement, après la consultation de rhumatologie et parfois un complément d'explorations paracliniques, le diagnostic de lombalgie commune est retenu pour 52 patients et 58 présentent une lombo radiculalgie commune. Nous n'avons pas retenu le diagnostic de rhumatisme inflammatoire chronique, en particulier nous n'avons pas eu de patients réunissant les critères de spondylo-arthrite.

Sur le plan thérapeutique, nous avons réalisé 2 ou 3 infiltrations périurales (écho-guidées, par la voie du hiatus sacro coccygien) chez 20 patients avec une lombo-radiculalgie récente, rapportée selon l'imagerie en coupes à un conflit disco-radiculaire et/ou à l'existence d'un canal lombaire rétréci.

L'ensemble des patients présentant une pathologie commune a reçu des explications sur son diagnostic, une réassurance quant à la bénignité de la pathologie présentée et sur l'importance d'une reprise de l'activité physique et professionnelle. Une promotion de la marche à pied régulière a été réalisée. Les patients présentant une lombalgie commune ont eu une prescription de kinésithérapie active.

2) Caractéristiques des patients à 1 an.

Les données recueillies, 12 mois après la consultation initiale, sont présentées au tableau VI.

Nous observons que :

- 46 patients (41.8 %) déclarent une douleur modérée ou sévère.
- 37 patients (33.6%) disent ne plus être douloureux.
- En prenant en compte toute la cohorte, 19 patients (17.3%) présentent une douleur radiculaire 12 mois plus tard.
- En prenant en compte les 58 patients avec une radiculalgie initiale, 19 patients (32.8%) décrivent toujours une irradiation au membre inférieur 12 mois plus tard.
- 20 patients (sur les 56 travailleurs, soit 35.7%) sont toujours en arrêt de travail.

Nous observons que 50 patients (45.5%) consomment toujours des antalgiques avec pour 17 patients (15.5% de la cohorte) une consommation persistante d'opioïdes. 3 patients ont eu une prise en charge chirurgicale.

3) Particularités des patients présentant une radiculalgie.

Les données sont présentées dans le *tableau VII*.

Dans notre étude, 52 patients présentent une lombalgie isolée, et 58 patients une lomboradiculalgie, bien définie par l'existence d'une douleur du membre inférieur systématisée selon

l'un des trajets L3, L4, L5 ou S1 (en excluant les douleurs projetées à la fesse ou à la cuisse, non systématisées et sans signes neurologiques concordants).

Les patients avec une atteinte radiculaire, diffèrent des patients lombalgiques sur plusieurs critères. Ils sont plus souvent de sexe masculin, plus souvent en activité professionnelle. De façon attendue, ils présentent aussi plus souvent et de façon significative des signes neurologiques objectifs, une impulsivité à la toux, une douleur neuropathique selon le DN4. La prescription d'opioïdes, de scanner et/ou d'IRM est plus importante chez ces patients, de même que la prescription d'une kinésithérapie active ou d'un arrêt de travail. Enfin 5.1% des patients avec une radiculalgie ont eu une prise en charge chirurgicale intercurrente.

Le devenir des patients radiculaires est difficile à évaluer un an plus tard car ils sont plus souvent en arrêt de travail (mais ils travaillaient plus souvent au départ) mais consomment de façon non significative moins d'antalgiques, en raison d'une douleur moins forte.

4) Particularités des patients avec des douleurs d'allure inflammatoires

Nous avons ensuite analysé les patients présentant une sémiologie douloureuse inflammatoire, définie cliniquement par l'existence de réveils nocturnes en lien avec leur douleur et/ou la présence d'un dérouillage matinal supérieur à 30 minutes.

Les données sont présentées dans le *tableau VIII*.

Hormis la consommation d'AINS et d'anxiolytiques plus fréquente chez les patients avec une lombalgie d'horaire inflammatoire, nous n'avons observé aucune différence significative entre ces deux groupes. Il est utile d'observer que les patients « inflammatoires » n'ont pas une CRP plus élevée, n'ont pas de raideur objective lombaire plus nette (schober). Ils n'ont pas reçu une prescription plus fréquente d'imagerie en coupe (scanner et ou IRM).

Douze mois plus tard, l'évolution était comparable en terme d'EVA, de prise d'antalgique et d'arrêt de travail. (*Tableau IX*)

5) Facteurs pronostics de la lombalgie

A l'aide d'un modèle de régression logistique, nous avons recherché les facteurs associés à une évolution prolongée de la lombalgie. Nous avons défini l'évolution favorable comme une EVA douleur inférieure ou égale à 3. Dans notre étude, 64 patients (58.2%) avaient une évolution favorable à 1 an. La comparaison entre les patients dont l'évolution est favorable (n = 64) et les patients dont l'évolution est défavorable (n = 46) est présentée dans les *tableaux X et XI*. Une analyse en régression logistique a permis d'identifier certains facteurs de pronostics indépendants, détaillés dans le texte ci-dessous

5.1. Critères généraux

D'un point de vue pronostic, il n'existait pas de différence significative en fonction de l'âge ou du sexe des patients. Sur le plan pondéral, nous ne retrouvons pas de différence en termes de poids ou d'IMC sur l'évolutivité des douleurs. Les patients ayant une perte de poids dans les 6 mois précédents la consultation ne semblaient pas avoir une moins bonne évolution. Les patients étaient également interrogés sur leur poids à 20 ans. Une variation pondérale entre le poids à 20 ans et le poids à l'inclusion n'influence pas, dans notre étude, le pronostic de la lombalgie.

5.2. Contexte psycho-social et professionnel

Sur le plan psychologique, la présence actuelle ou dans les antécédents du patient d'un épisode dépressif actuel diminue de 78% les chances d'aller mieux sur le plan rachidien 12 mois plus tard ($p = 0.01$; OR 0.22).

Nous avons défini comme état de « souffrance psychologique potentielle », les patients ayant un conjoint ou un enfant avec une maladie sévère, qui était veuf ou divorcé.

Dans ce contexte de souffrance, la chance d'évolution favorable des rachialgies est significativement diminuée ($p = 0.027$; OR 0.36).

Le contexte professionnel difficile, évalué par l'EVA satisfaction travail, n'est pas associé au pronostic de la lombalgie dans notre étude. Nous n'avons pas retrouvé de différence d'évolutivité des douleurs selon le statut professionnel notamment entre les professions salariées et libérales (mais présentes en faible nombre dans notre étude). Dans notre étude, aucun facteur de pénibilité au travail ne semble être associé à l'évolutivité des douleurs à 1 an.

La présence d'une intoxication alcoolo-tabagique active ou passée, n'est pas liée significativement à l'évolution des douleurs.

La pratique sportive antérieure, en loisir ou en compétition, n'a pas montré de facteur protecteur significatif de la lombalgie.

5.3. Critères cliniques

Nous nous sommes interrogés sur l'éventualité de facteurs prédictifs à l'examen clinique à l'inclusion des patients.

Le début brutal des douleurs est de manière significative un facteur prédictif positif de l'évolution de la lombalgie ($p = 0.022$; OR 3.03). L'EVA douleur rachidienne des patients semble corrélée au pronostic à 1 an. Lorsque l'EVA augmente d'un point sur 10 à l'inclusion, les chances d'avoir une évolution favorable de la lombalgie diminuent de 22% ($p = 0.031$; OR 0.78). La présence d'une radiculalgie est un facteur prédictif positif de l'évolution des douleurs à 1 an ($p = 0.039$; OR 2.54). L'examen de la marche, la possibilité de réaliser un appui monopodal, la marche sur les talons ou les pointes, la présence d'un signe neurologique à l'examen clinique n'influence pas significativement le pronostic à 1 an. La raideur rachidienne

estimée par la mesure de l'indice de schober ne semble pas corrélée à l'évolutivité des douleurs.

5.4. **Prise en charge**

Dans notre étude, le délai de prise en charge court par rapport au début des douleurs semble un facteur d'évolution positive à un an ($p = 0.058$; OR 0.51). La chance d'obtenir une évolution favorable est divisée par 2 à chaque changement de catégorie (catégorie 1 : > 1 mois ; catégorie 2 : 1 – 3 mois ; catégorie 3 : 3 – 12 mois ; catégorie 4 : > 1 an.) Nous avons réalisé un score de pression médicale correspondant à l'addition de la prise en charge médicamenteuse, non pharmacologique et d'exploration par imagerie rachidienne. L'augmentation du score de pression médicale, correspondant au nombre de procédures effectuées, n'est pas associée au pronostic. Les patients ayant eu une prise en charge kinésithérapique active, passive, ou ostéopathique, préalable à la consultation en rhumatologie n'ont pas montré une évolution plus favorable dans notre cohorte.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans cette étude, nous décrivons les caractéristiques d'une cohorte de patients lombalgiques, en échec après des soins primaires, adressés en consultation de rhumatologie et suivis de manière longitudinale pendant 1 an.

Cette étude souffre de certaines limites avec en particulier le nombre restreint de patients inclus, l'absence de groupe témoin non lombalgique, l'absence d'examen clinique standardisé à 1 an et le faible recul de 12 mois de suivi. L'absence d'IRM systématique, plus sensible pour repérer certaines petites lésions inflammatoires, pourrait également être discutée. Enfin une comparaison avec un groupe de patients souffrant d'une authentique spondylo-arthrite aurait permis de mieux évaluer la spécificité ou non de certains signes ou symptômes.

En revanche notre étude est longitudinale et prospective et s'intéresse à 80 critères à la fois cliniques, psycho-sociaux et professionnels, à l'aide d'un questionnaire standardisé. Nous avons construit une cohorte de 110 patients complexes en échec de traitement en médecine ambulatoire, catégorie peu étudiée de façon systématique. Chaque patient a été examiné et réévalué de manière systématique à 1 an par le même examinateur et a bénéficié d'une prise en charge thérapeutique conforme aux recommandations de la HAS.

Dans la partie descriptive de cette étude, nous observons que nos patients ont un âge moyen de 52 ans et un sexe ratio proche de 1, informations habituellement retrouvées dans la littérature. Ainsi, l'enquête nationale de *C. Palazzo et al.* ⁽³⁾, portant sur 29931 sujets, retrouve un âge moyen de 53,7 ans pour les patients lombalgiques avec 53.5% de femmes.

F. Balangué et al. rapportent que, si toutes les classes d'âge peuvent être touchées par la lombalgie, il existe cependant une prédominance pour la classe d'âge entre 45 et 65 ans. ⁽¹⁰⁾

Sur le plan pondéral, les résultats d'une méta-analyse montrent que les personnes en surpoids ou obèses ont un risque accru de lombalgie, avec un risque supplémentaire de passage à la chronicité, mieux démontré pour les obèses. ⁽¹¹⁾ Dans notre étude, nous observons que plus de 60% des patients adressés en secteur hospitalier sont en surpoids ou obèses, sans influence toutefois démontrable sur le pronostic de la lombalgie.

D'un point de vue psycho-social, nous avons retrouvé une prévalence de la dépression de 28.2% dans cette cohorte de patients lombalgiques. En population générale, on retrouve, selon l'enquête du Baromètre Santé conduite dans une population de 25 319 personnes françaises tirées au sort, une prévalence de 9,8 % ⁽¹²⁾. La méthodologie de notre travail ne nous permet pas de dire si cet état dépressif est la cause ou la conséquence de la durée prolongée de la lombalgie.

53.6% des patients lombalgiques étaient fumeurs dont 27% de façon active et 10.6 % avaient une consommation d'alcool excessive. D'après le dernier baromètre santé (2014), 28 % de la population générale de plus 15 ans fument quotidiennement. ⁽¹³⁾ Les études de cohorte révèlent une légère association entre lombalgie et tabagisme (OR 1,3 ; 1,11-1,55) ; les mécanismes sous-jacents restent obscurs. ⁽¹⁴⁾

Sur le plan des soins préalables à la consultation, des écarts notables sont à souligner entre les recommandations nationales et les pratiques observées chez nos patients.

Selon les recommandations HAS de mars 2019 ⁽¹⁾, devant une lombalgie commune persistante et invalidante malgré la prise en charge rééducative adaptée, une imagerie est recommandée.

En l'absence de contre-indication, une IRM est recommandée. Il n'y a pas d'indication à réaliser des radiographies isolées en dehors de la recherche d'instabilité rachidienne ou de trouble de statique. Dans notre étude, seuls 25.5% avaient eu une IRM malgré une durée moyenne de 1 an de douleurs avant la consultation en rhumatologie.

Sur le plan thérapeutique, environ 95 % avaient eu un traitement par paracétamol, ce qui est recommandé en première intention. Seuls 52.7% avaient eu un traitement par AINS. Cet écart par rapport aux recommandations, qui place ce traitement en 1^{ère} intention, peut être lié à l'âge de nos patients et aux comorbidités plus importantes des patients avec prise en charge hospitalière en comparaison avec une prise en charge libérale.

Les myorelaxants non décrits dans notre étude ont, selon les recommandations de l'HAS, un bénéfice/risque défavorable dans la lombalgie commune.

Sur le plan rééducation, la kinésithérapie active et l'exercice physique sont recommandés, or seuls 27 patients sur 110 en avaient bénéficié avant leur consultation en rhumatologie. 38% avait eu par ailleurs une kinésithérapie passive qui n'est pas recommandée de manière isolée. 10% avait eu des semelles orthopédiques ce qui n'est pas non plus recommandé.

En France, selon l'étude nationale Nutrition Santé 2006-2007, la prévalence de la carence en 25 OH vitamine D (< 25 nmol/L) s'élevait à 4,4 % et l'insuffisance (25 - 50 nmol/L) atteignait 36,7 % de la population française adulte âgée de 18 à 74 ans. Plus de la moitié de la population avait un statut vitaminique jugé normal (> 50 nmol/L) ⁽¹⁵⁾.

Sur le plan biologique, nous avons mesuré la 25-OH vitamine D et observé une carence, une insuffisance et une concentration normale chez respectivement 10.9%, 36.4% et 47.3% de nos patients. Le taux plus important de carence et d'insuffisance peut être lié à la diminution d'activité extérieure des patients lombalgiques. Cependant, nous devons également tenir compte que l'ensemble de nos dosages ont été réalisés durant la période hivernale liée à la période d'inclusion des patients de la cohorte.

Dans notre étude, les lombalgies avec un critère clinique inflammatoire (horaire nocturne ou dérouillage matinal) sont très fréquentes intéressant 43 patients soit 39.1% de la cohorte. En l'absence de pathologie sous-jacente, cette présentation sémiologique particulière mais finalement fréquente n'a pas d'influence sur le pronostic des patients. Les résultats de notre étude suggèrent que cette présentation conduit les médecins à prescrire plus d'AINS.

Le résultat principal de cette étude est que l'évaluation conduite un an après la prise en charge, montre un fort taux d'échec. Nous avons utilisé comme critère d'échec une EVA > 3, à partir des travaux de *Grotle et al.* ⁽¹⁷⁾ et *Traeger et al.* ⁽¹⁸⁾ En utilisant ce critère, seuls 64 patients (58.2%) sont déclarés guéris. De plus nous observons la persistance d'une consommation d'antalgiques chez 50 patients, la consommation de médicaments opioïdes chez 17 patients (15.5%) et la persistance d'un arrêt de travail chez 20 travailleurs sur 56. La littérature rapporte également seulement 40 % d'évolution favorable à 1 an chez les patients lombalgiques chroniques. ⁽¹⁹⁾ Ces résultats confirment la gravité fonctionnelle de la pathologie et l'utilité de définir des stratégies thérapeutiques innovantes pour l'avenir.

Lors de la réévaluation à 1 an, nous avons montré l'influence positive de la présence d'une radiculalgie, d'un début brutal des douleurs et d'un délai court de prise en charge en rhumatologie. Nous retenons en sens inverse l'influence négative d'un épisode dépressif majeur passé ou actuel, d'une souffrance psychologique et d'une EVA douleur lombaire initiale élevée. Ces éléments suggèrent qu'une pathologie lésionnelle (sciatique de début brutal souvent liée à la présence d'une hernie discale compressive) est de meilleur pronostic qu'une sémiologie plus fonctionnelle, chez des patients fragiles psychologiquement.

Chou et Shekelle ⁽²³⁾ ont montré que les facteurs prédictifs les plus utiles pour la lombalgie invalidante persistante incluaient les comportements d'adaptation mal adaptés à la douleur, l'état de santé général bas, et la présence de comorbidités psychiatriques. La revue de littérature de *T. Pincus et al* ⁽²⁴⁾ regroupant vingt-cinq publications (18 cohortes) incluaient des facteurs psychologiques. Six d'entre elles répondaient aux critères d'acceptabilité pour la méthodologie, la mesure psychologique et l'analyse statistique. Le risque accru de chronicité (symptômes persistants et / ou handicap) résultant d'une détresse psychologique, d'une humeur dépressive et, dans une moindre mesure, d'une somatisation est apparu dans ces études. Dans cette étude et dans la revue de la littérature de *Wertli MM et al.* ⁽²⁵⁾, le rôle du catastrophisme n'était pas toutefois complètement démontré.

Enfin nous avons également montré l'influence de l'état de santé des proches du patient (conjoint, enfant) sur le pronostic de la lombalgie. Il nous semble que cette information est peu recherchée en pratique courante, et pourrait faire partie de l'évaluation psychologique initiale dans la recherche de facteurs de risque de chronicité.

Contrairement aux données de la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'impact des conditions de travail sur le pronostic. L'absence de significativité peut être due au faible nombre de travailleurs inclus et à la présence de patients présentant soit une lombalgie isolée soit une

radiculalgie. Les études antérieures ont démontré l'influence des conditions de travail mais essentiellement sur la lombalgie commune, sans radiculalgie associée.

La revue de littérature de *F. Fayad et al.* ⁽²⁰⁾ regroupe 54 études de bonne qualité méthodologique. Elle retrouve plusieurs facteurs de mauvais pronostics : les antécédents de lombalgie (incluant la notion de sévérité de la douleur, la durée de la lombalgie, la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la sciatique, l'antécédent d'arrêt de travail lié à la lombalgie et l'antécédent de chirurgie lombaire), l'insatisfaction au travail et le mauvais état général. Ces données avaient un fort niveau de preuve scientifique. Selon l'institut de recherche *Odoxa* ⁽²¹⁾ en avril 2018, 72 % des français se déclaraient plutôt satisfaits de leur travail. Ces données sont cohérentes avec notre cohorte. L'insatisfaction au travail autoévaluée par le patient dans huit études prospectives de cohorte avec un total de 7346 patients, montre qu'il s'agit d'un facteur de risque de récurrence et de chronicité important de la lombalgie. ⁽²²⁾

Sur le plan clinique, on retrouve dans notre cohorte, une évolution plus favorable des patients avec authentique radiculalgie. Dans de nombreuses études, la présence d'une sciatique est décrite comme un facteur de mauvais pronostic. ^(20, 22). D'autres auteurs tel que *Chou R et al.* ⁽²³⁾ décrivaient peu d'impact de la présence d'une radiculalgie sur le pronostic.

Enfin notre étude suggère l'intérêt d'une évaluation précoce des patients lombalgiques. En effet, un délai plus court de prise en charge semble un facteur positif sur le pronostic de la lombalgie. *Da Menezes Costa L et al* décrivent que les patients présentant une lombalgie aiguë ou persistante se sont nettement améliorés au cours des six premières semaines. Après cette durée, l'amélioration est ralentie. ⁽²⁶⁾

Au total, ce travail longitudinal et prospectif portant sur 110 patients montre que le pronostic des lombalgies et lomboradiculalgies, pris en charge en milieu hospitalier, est défavorable pour la moitié des patients, en particulier lorsqu'il existe un antécédent de dépression ou des éléments de souffrance psychique.

L'intérêt d'une prise en charge bio-psycho-sociale précoce, incluant les antécédents psychologiques du patient et l'état de santé de ses proches, nous semble maintenant évident.

Rapport-Gratuit.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Recommandation HAS : Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune (mars 2019).
2. Hartvigsen J, Hancock M, Kongsted A, Louw Q, Ferreira M, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 21 mars 2018;391.
3. Palazzo C, Ravaud J-F, Papelard A, Ravaud P, Poiraudeau S. The Burden of Musculoskeletal Conditions. *PLoS One*, 2014.
4. Maher C1, Underwood M2, Buchbinder R3. Non-specific low back pain. *The Lancet*, Volume 389, numéro 10070 , 18-24 février 2017, pages 736-747
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. Paris ; CNAMTS; 2016. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2017.php>
6. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Reports 287Bs. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: KCE; 2017. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287B_Douleurs_lombaires_et_radiculaires_Resume1.pdf
7. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. London: NICE; 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
8. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. Non-specific low back pain. Clinical practice guideline. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(51-52):883-90.

9. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, et al. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 19 janv 2017;15(1):13.
10. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet.* 4 févr 2012;379(9814):482-91.
11. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010; 171: 135-54.
12. La dépression en France chez les 18– 75 ans : résultats du baromètre santé 2017. *BEH* 2018;32-3. - [Internet]. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017
13. Baromètre de la santé 2014. Disponible sur : <https://determinants-de-sante/tabac>
14. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. *Am J Med* 2010; 123: 87 e7-35
15. Institut de veille sanitaire. Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Saint-Maurice: INVS; 2007.
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481
16. Hush JM, Refshauge K, Sullivan G, De Souza L, Maher CG, McAuley JH. Recovery: what does this mean to patients with low back pain? *Arthritis Rheum.* 15 janv 2009;61(1):124-31.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19116958>
17. Grotle M, Vøllestad NK, Brox JI. Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire. *Clin J Pain.* juin 2006;22(5):458-67.

18. Traeger AC, Henschke N, Hübscher M, Williams CM, Kamper SJ, Maher CG, et al. Estimating the Risk of Chronic Pain: Development and Validation of a Prognostic Model (PICKUP) for Patients with Acute Low Back Pain. *PLoS Med.* 2016;13(5):e1002019.
19. Costa Lda C, Maher CG, McAuley JH, et al. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ* 2009; 339: b3829.
20. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudou S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique.* 1 mai 2004;47(4):179-89.
21. Sondage : les Français satisfaits de leur boulot mais... [Internet]. *ladepeche.fr*. Disponible sur : <https://www.ladepeche.fr/article/2018/04/11/2777956-sondage-les-francais-satisfaits-de-leur-boulot-mais.html>
22. Valat JP, Goupille P, Védere V. Low back pain: risk factors for chronicity. *Rev Rhum Engl Ed.* mars 1997;64(3):189-94.
23. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010; 303: 1295-302.
24. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine.* 1 mars 2002;27(5):E109.
25. Wertli MM, Eugster R, Held U, Steurer J, Kofmehl R, Weiser S. Catastrophizing-a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J.* 1 nov 2014;14(11):2639-57.
26. Da C Menezes Costa L, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LOP. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ.* 7 août 2012;184(11):E613-624.

FIGURES

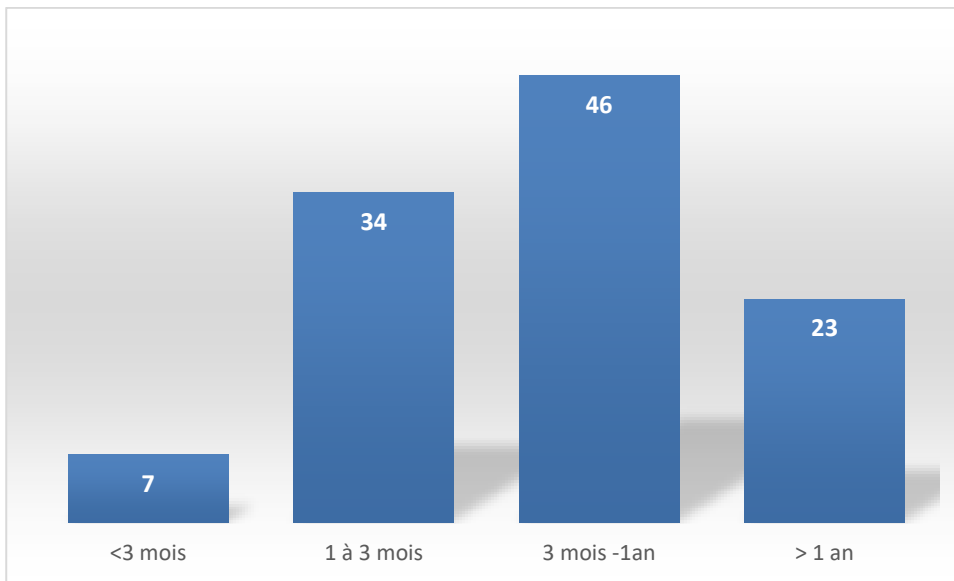


Figure 1 : Délai d'apparition des rachialgies à l'inclusion

TABLEAUX

Tableau I : Critères généraux à l'inclusion

Femme	59 (53.6%)
Age moyen (en année)	52.1 +/- 17.3
Age	
- < 40 ans	33 (30.0%)
- 40-60 ans	37 (33.6%)
- > 60 ans	40 (36.4%)
Biométrie	
- Taille moyenne ; cm	165.7 +/- 8.2
- Poids moyen ; kg	75.9 +/- 17.3
Indice de masse corporel (IMC)	
- Maigreur (<18.5 kg/m ²)	0 (0%)
- Normal (18.5 < IMC < 25 kg/m ²)	43 (39.1%)
- Surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m ²)	38 (34.5%)
- Obésité (IMC ≥ 30 kg/m ²)	29 (26.4%)

Tableau II : Critères socio-professionnels à l'inclusion

Statut marital (n= 110)	
- Seul	22 (20.0%)
- En couple	79 (71.8%)
- Divorcé	4 (3.6%)
- Veuf	5 (4.5%)
Enfant (moyenne)	2.2 +/- 1.5
Nombre d'enfants	
- 0	14 (12.7%)
- 1	17 (15.5%)
- 2	41 (37.3%)
- 3	20 (18.2%)
- 4	9 (8.2%)
- 5 à 8	9 (8.2%)
Statut professionnel	
- Salarié public	18 (16.4%)
- Salarié privé	32 (29.1%)
- Libéral	3 (2.7%)
- Intérimaire	1 (0.9%)
- Etudiant	2 (1.8%)
- Sans travail	13 (11.8%)
- Retraité	41 (37.3%)
Pénibilité professionnelle (n=56)	
- Travail à la chaîne	4 (3.6%)
- Travail de nuit	4 (7.1%)
- Objectifs commerciaux	2 (3.6%)
- Rémunération au rendement	1 (1.8%)
- Horaire 3 x 8h	1 (1.8%)
- Confit déclaré au travail	7 (12.5%)
- Changement de poste < 6 mois	6 (1.7%)
EVA travail (n=55)	
EVA ≤ 3 (insatisfait)	5 (4.5%)
EVA 4-7	12 (10.9%)
EVA travail ≥ 7 (satisfait)	38 (67.9%)

Tableau III : Antécédents et facteurs de risques à l'inclusion

Antécédents chirurgicaux rachidien :	
- Laminectomie	3 (2.7%)
- Ostéosynthèse	1 (0.9%)
- Chirurgie discale	11 (10%)
Antécédent personnel de pathologie inflammatoire :	
- Psoriasis	4 (3.6%)
- Maladie de Crohn	0
- Rectocolite hémorragique	0
- Uvéite	0
- Arthrite	2 (1.8%)
Antécédents familiaux de pathologie inflammatoire :	
- Spondylo-arthrite	1 (0.9%)
- Psoriasis	7 (6.4%)
- Maladie de Crohn	2 (1.8%)
- Recto colite hémorragique	1 (0.9%)
Antécédent psychiatrique :	
- Episode dépressif majeur	31 (28.2%)
- Antécédent de tentative de suicide	7 (6.4%)
- Traitement anti-dépresseur en cours	16 (14.5%)
- Traitement anxiolytique en cours	14 (12.7%)
Intoxication tabagique :	
- Intoxication tabagique	59 (53.6%)
o < 20 PA	38 (34.5%)
o > 20 PA	21 (19.1%)
- Tabagisme actif.	30 (27.3%)
Consommation d'alcool	
- > 7 verres par semaine	12 (10.9%)

Tableau IV : Examen clinique à l'inclusion

Douleur rachidienne :	
- Lombalgie isolée	28 (25.5%)
- Lombalgie + radiculalgie systématisée	58 (52.7%)
- Lombalgie + irradiation non systématisé	24 (21.2%)
Radiculalgie :	
- Fessalgie/cuisse	24 (21.8%)
- L3	5 (4.5%)
- L4	12 (10.9%)
- L5	23 (20.9%)
- S1	21 (19.1%)
Manoeuvre de conflit :	
- Positivité du signe de Lasègue	14 (12.6%)
- Positivité du signe de Léri	7 (6.3%)
Indice de Schober :	
- < 2 cm	33 (29.7%)
- 2-4.9 cm	39 (35.1%)
- 5 cm et plus	27 (33.3%)
Distance doigts-sol (moyenne en cm)	25.6+/- 26.9
Atteinte neurologique objective	27 (24.3%)
Douleur neuropathique (DN4 > 4)	14 (12.6%)

Tableau V : Consommation de soins antérieure, observée lors de la consultation initiale

Traitement médicamenteux :	
- Paracétamol	104 (94.5%)
- Ibuprofène	13 (11.8%)
- AINS	58 (52.7%)
- Prednisone	10 (9.1%)
- Opium	21 (19.1%)
- Codéine	29 (26.4%)
- Tramadol	36 (35.5%)
- Sulfate de morphine	17 (15.5%)
- Oxycodone	14 (12.7%)
- Fentanyl patch	1 (0.9%)

Traitement non médicamenteux :	
- Kinésithérapie active	27 (24.5%)
- Kinésithérapie passive	42 (38.2%)
- Semelles orthopédiques	11 (10.0%)
- Ostéopathie	22 (20.0%)
- Infiltration rachidienne (avant inclusion)	11 (10.0%)

Imagerie :	
- Radiographie standard	54 (49.1%)
- Scanner	46 (41.8%)
- IRM	28 (25.5%)
- Scintigraphie osseuse	2 (1.8%)

Arrêt de travail à l'inclusion :	
- Arrêt maladie	31 (28.2%)
- Accident de travail	10 (9.1%)

Tableau VI : Evaluation à 12 mois.

EVA à 1 an :	
- Pas de douleur (EVA à 0)	37 (33.6%)
- Douleur légère (EVA 1 à 3)	27 (24.5%)
- Douleur modérée (EVA 4 à 7)	37 (33.6%)
- Douleur sévère (EVA 8 à 10)	9 (8.2%)
Antalgique en cours à 1 an	50 (45.5%)
Arrêt de travail en cours à 1 an	20 (18.2%)
Présence d'une douleur radiculaire à 1 an	19 (17.3%)
Chirurgie rachidienne intercurrente	3 (2.7%)
Antalgique à 1 an :	
- Paracétamol	29 (26.4%)
- Codéine	4 (3.6%)
- Duloxétine	1 (0.90%)
- Morphinique	7 (6.4%)
- Tramadol	6 (5.5%)
- Amitriptyline	2 (1.8%)
- Méthadone	1 (0.9%)

Tableau VII : Comparaison des patients présentant une lombalgie isolée ou associée à une radiculalgie.

	Lombalgie seule (n=52)	Radiculalgie (n=58)	p
Age	51.9	52.2	0.920
Sexe (Femme)	59.6%	48.3%	0.238
Activité professionnelle	46.2%	55.2%	0.349
IMC	28.5	27.1	0.240
Signe neurologique présent	11.5%	36.2%	0.002
Indice schober	3.1 cm	2.8 cm	0.207
Impulsivité toux/défécation	15.4%	32.8%	0.035
EVA rachis	5.41	5.15	0.603
EVA membre inférieur	1.88	5.31	0.0001
Douleur neuropathique (DN4+)	19.2%	22.4%	0.001
Traitement médicamenteux			
- Prednisone	5.8%	12.1%	0.255
- Opium	19.2%	19.0%	0.972
- Codéine	26.9%	25.9%	0.901
- Tramadol	28.9%	41.4%	0.173
- Sulfate de de morphine	5.7%	24.14%	0.007
- Oxycodone	9.6%	15.5%	0.358
- Tout traitement par opioïde	57.7%	77.6%	0.02
Traitement non médicamenteux			
- Kinésithérapie passive	42.3%	34.5%	0.404
- Kinésithérapie active	15.4%	32.8%	0.035
- Ostéopathie	19.2%	20.7%	0.850
- Semelle orthopédique	11.5%	8.6 %	0.614
Arrêt de travail			
- Arrêt maladie	15.38%	39.7%	0.004
- Accident travail	11.5%	6.9%	0.402
Imagerie préalable à la consultation			
- Radiographie	61.5%	37.9%	0.013
- TDM et/ou IRM	50.0%	72.4%	0.02
EVA à 1 an			
EVA à 1 an	3.50	2.58	0.104
Antalgique en cours à 1an	51.9%	39.6%	0.200
Arrêt de travail à 1 an	9.6%	25.8%	0.027
Radiculalgie à 1 an	7.7%	25.9%	0.012
Chirurgie intercurrente	0%	5.1%	0.098

Tableau VIII : Comparaison des patients avec douleur mécanique ou présentant un ou plusieurs critères de douleur inflammatoire

	Présence d'un ou plusieurs critères inflammatoires N = 43	Absence de critère inflammatoire N = 67	p
Age	51.7	52.3	0.855
Sexe (femme)	51.2%	55.3%	0.680
IMC	28.0	27.6	0.703
EVA rachis	5.77	4.95	0.105
EVA radiculaire	3.91	3.57	0.583
ATCD inflammatoire	16.3%	14.9%	0.859
CRP (mg/L)	6.22	5.88	0.782
Episode dépressif majeur	32.6%	25.4%	0.418
Anti-dépresseur	18.6%	11.9%	0.338
Anxiolytique	23.3%	6.0%	0.008
Radiculalgie	53.5%	52.2	0.899
Schober	2.9	2.9	0.777
Traitement médicamenteux			
- AINS	69.8%	41.8%	0.004
- Prednisone	6.9%	10.4%	0.541
- Opioïde	72.0%	65.6%	0.485
Traitement non médicamenteux			
- Kinésithérapie active	30.2%	20.9%	0.271
- Kinésithérapie passive	39.5%	37.3%	0.817
- Ostéopathie	27.9%	14.9%	0.098
- Semelle orthopédique	14.0%	7.4%	0.272
Imagerie			
- Radiographie	60.4%	41.8%	0.057
- TDM	37.2%	44.8%	0.437
- IRM	34.8%	19.4%	0.070
- TDM et/ ou IRM	60.5%	62.7%	0.817
Arrêt de travail			
- Arrêt maladie	32.6%	25.4%	0.418
- Accident de travail	4.6%	11.9%	0.427

Tableau IX : réévaluation à 1 an des patients selon la présence ou non de critère inflammatoire

	Présence d'un ou plusieurs critères inflammatoires N = 43	Absence de critère inflammatoire N = 67	p
EVA douleur à 1 an	3.53	2.71	0.162
Antalgique à 1 an	48.8%	43.3%	0.572
Arrêt travail à 1 an	25.6%	13.4%	0.109
Radiculalgie à 1 an	16.3%	17.9%	0.827
Chirurgie intercurrente	4.6%	1.5%	0.325

Tableau X : Comparaison des patients avec une évolution favorable ou défavorable

	Evolution favorable N = 64	Evolution défavorable N = 46
Age	51.2	53.2
Sexe (femmes)	51.5%	39.1%
IMC (kg/m²)	27.0	28.8
Poids (kg)	74.8	77.6
Poids à 20 ans (kg)	65.7	68.0
Dépression	15.6%	45.6%
Anti dépresseur	11.0%	19.6%
Anxiolytique	9.3%	17.4%
Tabagisme actif	26.6%	28.2%
Alcool	9.4%	13.0%
Activité physique		
- Sédentaire	31.3%	34.8%
- Actif	36.0%	37.0%
- Sportif	28.1%	26.7%
- Compétition	4.7%	4.4%
Statut marital		
- Seul	21.9%	30.4%
- Couple	75.0%	67.4%
- Divorcé	0.2%	6.5%
- Veuf	0.5%	4.4%
Maladie proche		
- Conjoint	6.3%	6.5%
- Enfant	0.0%	15.2%
Statut professionnel		
- Salarié public	17.1%	15.2%
- Salarié privé	29.7%	28.3%
- Libéral	4.7%	0.0%
- Intérimaire	1.6%	0.0%
- Etudiant	1.6%	2.2%
- Chômeur	9.4%	15.2%
EVA travail	7.47	6.86
Pénibilité travail (n=56)		
- Travail à la chaine	5.7%	9.5%
- Travail de nuit	11.4%	0.0%
- Objectifs commerciaux	5.7%	0.0%
- Rémunéré au rendement	2.9%	0.0%
- Horaire 3 x 8h	0.0%	4.8%
- Confit au travail	8.6%	19.1%
- Changement de poste < 6 mois	11.4%	9.5%

Tableau XI : Comparaison des patients avec une évolution favorable ou défavorable (suite)

	Evolution favorable N = 64	Evolution défavorable N= 46
EVA rachis à l'inclusion	4.7	6.0
Douleur neuropathique	14.1%	10.9%
Radiculalgie	62.5%	39.1%
Délai consultation (jours)	202	548
Début au travail	21.9%	21.7%
Début brutal des douleurs	70.3%	37.1%
Réveil nocturne	18.8%	26.1%
Dérouillage matinal	18.8%	23.9%
Impulsivité toux	25.0%	23.9%
Lasègue +	12.5%	13.0%
Leri +	7.8%	4.3%
Schober (cm)	2.98	2.81
Distance doigts sol (cm)	22.5	29.9
Signe neurologique	25.0%	23.4%
Traitement :		
- Paracétamol	93.8%	95.6%
- AINS	57.8%	45.6%
- Prednisone	10.9%	6.5%
- Opioïde	71.9%	63.4%
- Kinésithérapie active	23.4%	26.1%
- Ostéopathie	23.4%	15.2%
- Semelles orthopédiques	9.4%	10.9%
- Chirurgie	0.05%	0.0%
Arrêt de travail :		
- Arrêt maladie	32.8%	21.7%
- Accident de travail	7.8%	10.8%
- Arrêt de travail 1an	9.4%	30.4%

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Délai d'apparition des rachialgies à l'inclusion	38
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Critères anthropométriques à l'inclusion	39
Tableau II : Critères socio-professionnels à l'inclusion	40
Tableau III : Antécédents et facteurs de risques à l'inclusion	41
Tableau IV : Examen clinique à l'inclusion	42
Tableau V : Consommation de soins antérieure, observée lors de la consultation initiale	43
Tableau VI : Evaluation à 12 mois.	44
Tableau VII : Comparaison des patients présentant une lombalgie isolée ou associé à une radiculalgie.....	45
Tableau VIII : Comparaison des patients avec douleur mécanique ou présentant un ou plusieurs critères de douleur inflammatoire	46
Tableau IX : Réévaluation à 1 an des patients selon la présence ou non de critère inflammatoire	47
Tableau X : Comparaison des patients avec une évolution favorable ou défavorable	48
Tableau XI : Comparaison des patients avec une évolution favorable ou défavorable (suite)	49

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	10
INTRODUCTION	12
MÉTHODES	15
1) Patients.....	15
2) Evaluation initiale	16
3) Evaluation à 1 an	19
4) Objectifs.....	19
5) Analyse statistique.....	20
RESULTATS	21
1) Caractéristiques initiales des patients	21
1.1. Données générales.....	21
1.2. Caractéristiques socio-professionnelles.....	21
1.3. Antécédents médicaux-chirurgicaux	22
1.4. Activité physique.....	22
1.5. Clinique.....	22
1.6. Diagnostic retenu, et conduite à tenir proposée.....	23
2) Caractéristiques des patients à 1 an.....	24
3) Particularités des patients présentant une radiculalgie.	24
4) Particularités des patients avec des douleurs d'allure inflammatoires	25
5) Facteurs pronostics de la lombalgie.....	26
5.1. Critères généraux.....	26
5.2. Contexte psycho-social et professionnel	26
5.3. Critères cliniques.....	27
5.4. Prise en charge	28
DISCUSSION ET CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE.....	35
FIGURES.....	38
Figure 1 : Délai d'apparition des rachialgies à l'inclusion	38
TABLEAUX	39
Tableau I : Critères généraux à l'inclusion	39
Tableau II : Critères socio-professionnels à l'inclusion.....	40
Tableau III : Antécédents et facteurs de risques à l'inclusion	41
Tableau IV : Examen clinique à l'inclusion.....	42
Tableau V : Consommation de soins antérieure, observée lors de la consultation initiale.....	43
Tableau VI : Evaluation à 12 mois.	44
Tableau VII : Comparaison des patients présentant une lombalgie isolée ou associée à une radiculalgie.....	45
Tableau VIII : Comparaison des patients avec douleur mécanique ou présentant un ou plusieurs critères de douleur inflammatoire	46

Tableau IX : réévaluation à 1 an des patients selon la présence ou non de critère inflammatoire	47
Tableau X : Comparaison des patients avec une évolution favorable ou défavorable	48
Tableau XI : Comparaison des patients avec une évolution favorable ou défavorable (suite).....	49

LISTE DES FIGURES	50
LISTE DES TABLEAUX.....	51
TABLE DES MATIERES	52
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1

Résumé des drapeaux rouges, jaunes, bleus et noirs²

Drapeaux rouges (pathologies graves)

Age < 20 ans ou > 55 ans
Antécédents traumatisme violent
Douleur constante, progressive, non mécanique
Douleur dorsale
Antécédents médicaux de tumeur
Utilisation prolongée de corticoïdes
Toxicomanie, immunosuppression, infection VIH
Altération de l'état général, amaigrissement, fièvre
Symptômes neurologiques étendus
Déformation rachidienne

Drapeaux jaunes (personne)

- Pensées
Catastrophisme
Croyances sur l'état, la douleur, la nocivité
Attentes négatives du futur
- Sentiments
Inquiétude, détresse, anxiété, dépression
Peur du mouvement
Incertitudes sur le futur
- Comportement
Description de symptômes extrêmes
Stratégies de *coping* passives
Inefficacité des traitements

Drapeaux bleus (travail)

Charge physique de travail élevée
Incapacité de modifier le travail
Stress au travail
Manque de support social
Insatisfaction au travail
Faible espoir de retour au travail
Crainte d'une nouvelle blessure

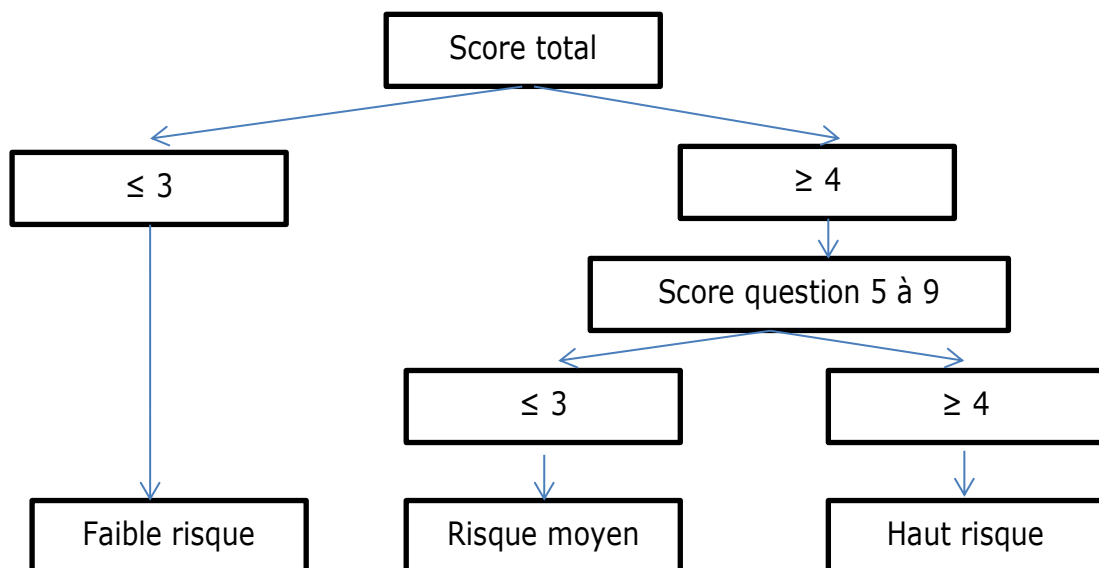
Drapeaux noirs (contexte)

Incompréhension entre les divers acteurs
(patient, employeur, médecin)
Compensation financière
Croyance de l'entourage
Isolement social
Politique de l'entreprise inadaptée
Retard dans les processus

². Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. Rev Rhum 2012;79(Suppl 1):A27-A31.

Annexe 2: questionnaire STarT Back Screening Tool

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr				
Nom du patient: _____ Date: _____				
Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines :				
		Pas d'accord	D'accord	
		0	1	
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l' épaule ou au cou .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines ?			
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup Extrêmement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	0	1 1
Score total (les 9 items): _____ Sous-Score (Items 5-9): _____				



Annexe 3 : questionnaire Orebro

rebro Musculoskeletal Screening Questionnaire 12-Item Short Form (MSQ-12)

NAME: _____ Date: _____ Problem: _____

1. When did your current pain or problem start? Check (✓) one.

- 0-1 weeks [1] 1-2 weeks [2] 3-4 weeks [3] 4-5 weeks [4] 6-8 weeks [5]
 9-11 weeks [6] 3-6 months [7] 6-9 months [8] 9-12 months [9] over 1 year [10]

2. Rate how much of a burden it is to perform all the things you need to do in a normal day.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

3. For the last 2-3 days, rate on average how bothersome your pain or problem is.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

4. For the last 2-3 days, what percentage of the day do you notice your pain or problem?

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Never *All the time*

We also need a bit more information on your thoughts and feelings.

5. During the past 2-3 days, rate how tense or anxious you have felt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

6. During the past 2-3 days, rate how "depressed" or "down" you have felt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

7. What do you think is the risk that your current pain or problem will not improve?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No risk *Very large risk*

8. Think of your life; rate how satisfied you are with your current situation. [10-x]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

How true are the next two statements for you?

9. Physical activity makes my pain or problem worse.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

10. I should not do my normal daily routine or work with my present pain or problem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Extremely*

Help us to better understand your current physical abilities. [10-x]

11. I can walk for an hour or participate in my normal light recreational or sporting activities.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Completely Normal*

12. I manage my daily routine and social activities (eg. shopping or transport or see friends).

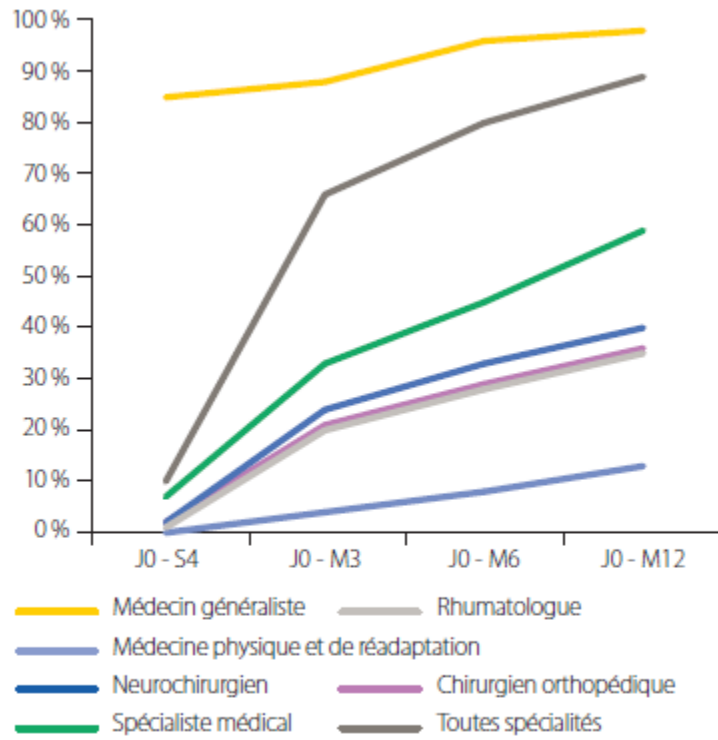
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all *Completely Normal*

Therapist's Notes: Questions scores = 0-10, EXCEPT 8, 11&12 where score = 10-x

Scores: 1-7=_____ ; 9-10=_____ ; 8,11&12=_____ TOTAL=_____

Annexe 4 : données assurance maladie sur la consultation médicale pour lombalgie.

Détail des spécialités des médecins consultés



Champ : régime général hors sections locales mutualistes - France entière
Source : Cnamts (Sniiram)

Annexe 5 : questionnaire DN4

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE DN4

Il permet d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique chez un patient, par le biais de 4 questions réparties en 10 items à cocher.

Le praticien interroge ou examine le patient et remplit le questionnaire lui-même. Il note une réponse ("oui", "non") à chaque item.

A la fin du questionnaire, il comptabilise les réponses et attribue la note 1 pour chaque "oui", et la note 0 pour chaque "non". La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10.

Question 1 (*interrogatoire*) : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1 - Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 (*interrogatoire*) : la douleur est-elle associée, dans la même région, à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4 - Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 3 (*examen*) : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8 - Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 (*examen*) : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10 - Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient : /10

Résultat : le diagnostic de douleur neuropathique (DN) est porté si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10 (sensibilité de 83%, spécificité de 90%)

LELEU – DELAVEAU Clémentine

Devenir à 1 an de 110 patients lombalgiques, pris en charge dans un service de rhumatologie hospitalo-universitaire.

RÉSUMÉ

Introduction : La lombalgie commune, compliquée ou non d'une radiculalgie, est une pathologie fréquente responsable de 5 millions de consultations par an en France. Après échec d'une prise en charge médicale en médecine générale, le médecin traitant demande régulièrement un avis diagnostic ou thérapeutique à une équipe de rhumatologie hospitalière. Les objectifs de ce travail de thèse étaient de décrire les caractéristiques initiales (cliniques, psychologiques, professionnelles, biologiques) et le devenir à 1 an d'une cohorte de 110 patients pris en charge dans le service de rhumatologie du CHU d'Angers.

Sujets et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte prospective, longitudinale dont la période d'inclusion des patients a duré 6 mois. Les patients ont bénéficié d'une consultation de rhumatologie, d'une évaluation clinique, psychosociale et professionnelle standardisée à l'aide d'un cahier d'observation. Les patients ont été recontactés 12 mois après la consultation de rhumatologie, par téléphone, pour connaître le devenir de la douleur, de la consommation de traitement antalgique et de l'arrêt de travail éventuel.

Résultats : La cohorte comporte 110 patients, dont 59 femmes, âgés en moyenne de 52 ans. 40 patients ont plus de 60 ans. 67 patients présentent un surpoids ou une obésité. 56 patients ont une activité professionnelle au moment de l'évaluation initiale, jugé satisfaisante pour 38 d'entre eux. Nous observons que 28 patients ont un antécédent dépressif majeur avec une consommation d'anti-dépresseurs chez un patient sur six.

Douze mois plus tard, l'évaluation est globalement défavorable : 46 patients présentent une douleur modérée à sévère, 50 patients consomment toujours des antalgiques, 20 patients sont toujours en arrêt de travail et 19 patients présentent une radiculalgie persistante.

L'analyse en régression logistique montre l'influence positive de la présence d'une radiculalgie, d'un début brutal des douleurs et d'un délai court de prise en charge en rhumatologie. Nous retenons l'impact négatif d'un épisode dépressif majeur passé ou actuel, d'une souffrance psychologique et d'une EVA douleur initiale élevée.

Conclusion : Ce travail longitudinal et prospectif porté sur 110 patients montre que le pronostic des lombalgies et lomboradiculalgies prises en charge en milieu hospitalier est défavorable pour la moitié des patients, en particulier lorsqu'il existe un antécédent de dépression ou des éléments de souffrance psychique.

Mots-clés : Lombalgie ; Pronostic ; Dépression

Prognoses of low back pain in rheumatology department: a prospective 1-year follow up study

ABSTRACT

Introduction: Low back pain, with or without sciatica, is a frequent pathology responsible for 5 million consultations per year in France. After failure of medical care in general practice, the family physician regularly requests diagnosis or therapeutic advice to rheumatology department. The objectives of this work were to describe the initial characteristics (clinical, psychological, professional, biological) and 1-year outcome of a cohort of 110 patients managed in the rheumatology department of the University Hospital of Angers.

Methods: This is a prospective, longitudinal cohort study with a 6-month patient inclusion period. Patients received a rheumatology consultation, a standardized clinical, psychosocial and occupational assessment using an observation booklet. Patients were contacted again 12 months after the consultation of rheumatology, by telephone, to measure the pain' evolution, the consumption of analgesic treatment and the possible cessation of work.

Result: The cohort consists of 110 patients, including 59 women, aged an average 52 years. 40 patients are over 60 years old. 67 patients are overweight or obese. 56 patients were working at the time of the initial assessment, 38 of whom were considered satisfactory. We observe 28 patients with a major depressive history with one in six patients consuming antidepressant. 12 months later, the assessment is generally unfavorable: 46 patients have moderate to severe pain, 50 patients still use analgesics, 20 patients are still off work and 19 patients have persistent leg pain. Logistic regression analysis shows the positive influence of the presence of leg pain, a sudden onset of pain and a short delay in rheumatology management. We retain the negative impact of a past or current major depressive episode, psychological suffering and high initial EVA pain.

Conclusion: This longitudinal and prospective work carried out on 110 patients shows that the prognosis of low back pain in hospitals is unfavorable for half of the patients, particularly when there is a history of depression or elements of mental suffering.

Keywords: Low back pain; prognoses; depression