

# Guide de pratique clinique dans le traitement des lombalgies

**IL EST BIEN CONNU QUE LES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES (EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINES) CONSTITUENT L'ÉTALON OR AFIN D'ORIENTER LE CLINICIEN DANS SON INTERVENTION DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. CES GUIDES DE PRATIQUE SONT GÉNÉRALEMENT LE FRUIT D'UN TRAVAIL DE SYNTHÈSE COLOSSAL INCORPORANT LES MEILLEURES ÉTUDES SCIENTIFIQUES. ILS SONT NORMALEMENT EXEMPTS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS OU D'INFLUENCE DE GROUPE DE PRESION. CES GUIDES DE PRATIQUE ONT ÉVIDEMMENT POUR OBJECTIF DE FAVORISER L'UTILISATION DE TRAITEMENTS EFFICACES ET DE DÉCOURAGER L'UTILISATION DE TRAITEMENTS DÉMONTRÉS INEFFICACES.**

Les lombalgies continuent d'être une des causes principales de consultation chez le médecin, comptant notamment pour 40 % des consultations chez les accidentés du travail<sup>1</sup>. Ces dernières années, de nombreux guides de pratique clinique portant sur la lombalgie mécanique ont été publiés dans divers pays et bien qu'ils soient le fruit d'un travail indépendant, leurs conclusions sont remarquablement semblables. Cependant, des études ont démontré que les traitements offerts par les omnipraticiens à leurs patients souffrant de lombalgie mécanique ne suivaient pas les recommandations des guides de pratique clinique<sup>1</sup>. Il appert donc que le seul fait de publier des guides de pratique clinique ne soit pas suffisant pour influencer les traitements recomman-

dés par les omnipraticiens. En fait, des études ont démontré que la gestion des patients souffrant de lombalgie par les omnipraticiens est hautement variable et résistante au changement<sup>1</sup>.

Nous sommes donc face à un problème de transfert de connaissances. Des études subséquentes ont tenté d'évaluer l'efficacité d'une méthode de transfert de connaissances, où le contenu des guides de pratique clinique est communiqué à trois reprises, par correspondance directe de médecin à médecin et en identifiant un patient spécifique. Malheureusement, une telle méthode qui, on peut en convenir, a l'avantage d'être directe et de relever un cas clinique particulier, s'est avérée inefficace<sup>2</sup>. Les omnipraticiens adhèrent donc aux directives publiées lorsqu'il s'agit d'anamnèse, d'examen physique ou d'imagerie diagnostique. Cependant, les traitements recommandés par les omnipraticiens à leurs patients diffèrent de façon significative de ceux recommandés par les guides de pratique clinique<sup>1</sup>.

Il apparaît évident que les patients souffrant de lombalgie mécanique, s'ils suivent des traitements et des recommandations inefficaces, vont souffrir inutilement et présenter un risque de rechute et de chronicité accru. Le tableau I présente une synthèse des guides de pratique clinique, tel qu'utilisée par la Commission de compensation des travailleurs de la Colombie-Britannique).

Les auteurs des études posent la question de la pertinence de produire de nouvelles études scientifiques au sujet du traitement de la lombalgie mécanique aiguë. En effet, les nom-

breux guides de pratique clinique qui en font la synthèse ne sont manifestement pas suivis par les médecins omnipraticiens. Les soins reçus par la population souffrant de lombalgie mécanique aiguë ne sont pas déficients en raison d'un manque de données scientifiques probantes, mais bien à la suite de l'inadéquation entre les traitements démontrés comme efficaces et ceux recommandés par les médecins à leurs patients. Mais quelles sont les conséquences d'une telle situation ? Les auteurs d'une étude ayant mérité la distinction de papier exceptionnel en médecine et science d'intervention ont comparé l'évolution de patients ayant suivi un traitement basé sur les guides de pratique clinique à ceux ayant suivi le traitement habituel, tel que recommandé à la discrétion du médecin traitant<sup>3</sup>. Nous verrons dans la prochaine chronique comment ces patients se sont tirés de leur épisode de lombalgie mécanique aiguë. ◀

1. Bishop PB (2003). Compliance with clinical practice guidelines in family physicians managing workers compensation board patients with acute lower back pain. *The Spine Journal*, 3: p. 442-50.
2. Bishop PB (2006). Knowledge transfer in family physicians managing patients with acute low back pain: a prospective randomized control trial. *The Spine Journal*, vol. 6, p. 282-8.
3. Bishop PB (2010). The Chiropractic Hospital-based Interventions Research Outcomes (CHIRO) Study: a randomized controlled trial on the effectiveness of clinical practice guidelines in the medical and chiropractic management of patients with acute mechanical low back pain. *The Spine Journal*, vol. 10, no 12, p. 1055-64.

**Tableau I**  
**Synthèse des guides de pratique clinique utilisée par la Commission de compensation des travailleurs de la C.-B.**

	TRAITEMENT	
	Recommandé	Non recommandé
0-4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Éducation et réassurance</li> <li>▶ Modification aux activités et au travail</li> <li>▶ Exercices aérobiques (marche, 5-15 min, 2 fois par jour)</li> <li>▶ Médication non narcotique (acétaminophène, 650 mg au besoin, aux 6-8 h)</li> <li>▶ Manipulation vertébrale chiropratique</li> <li>▶ Modalités de physiothérapie</li> <li>▶ Repos alité de moins de 4 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Utilisation routinière de narcotiques, AINS ou opiacés</li> <li>▶ Infiltration épidurale de corticostéroïdes</li> <li>▶ Hospitalisation pour traitement non chirurgical</li> <li>▶ Repos alité de plus de 4 jours</li> </ul>
5-12 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Programme de préparation au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Modalités de physiothérapie</li> </ul>
+ de 12 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Retour au travail régulier ou léger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ TENS</li> <li>▶ Opiacés</li> <li>▶ Infiltration épidurale de corticostéroïdes</li> <li>▶ Traction</li> <li>▶ Acupuncture</li> <li>▶ Injection de points gâchette musculaires</li> <li>▶ Injection facettaire</li> <li>▶ Prolothérapie (injection ligamentaire ou tendineuse de dextrose)</li> <li>▶ Support lombaire</li> <li>▶ Biofeedback</li> <li>▶ Continuation de traitement par manipulation vertébrale chiropratique</li> <li>▶ Reprise de traitements s'étant avérés inefficaces</li> </ul>