

COLONNE

Lombalgie aiguë (0- 4 semaines)

Lombalgie avec pathologie rachidienne grave suspectée

<p>QUEUE DE CHEVAL (0,04%) .Anesthésie/parasthésie périnéale .Rétention urinaire .Incontinence fécale récente .Atteinte du tonus anal .Déficit moteur majeur</p>	<p>NÉOPLASIE (0,7%) OU INFECTION (0,01%) < 20 ANS OU >50 ANS .ATCD de néoplasie .Infection récente (urinaire) .Fièvre, frissons, perte de poids .Immunosuppression (corticostéroïdes, VIH ...) .Consommation de drogues I/V</p>	<p>FRACTURE (4%) . Douleur centrale ++ récente diminuée en position allongée . Trauma majeur. Déformité . Trauma mineur si ostéoporose</p>
--	---	--

Oui

Voir algorithme pathologie grave

Non

Éliminer les causes extra-rachidiennes

Urinaires : Pyélonéphrite, colique néphrétique, hydronéphrose
 Gynécologiques : Endométriose, fibrome utérin, affection pelvienne
 Digestifs : Ulcus perforé, pancréatite
 Autres : Anévrysme aorte abdominale, zona

Facteurs psychosociaux à considérer

Voir feuillet spécifique

Lombalgie d'allure inflammatoire
(au repos, raideur matinale prolongée)

Lombalgie d'allure mécanique
(augmentée à la mise en charge, à l'activité)

**Voir algorithme
Lombalgie inflammatoire**

Lombalgie simple
 Douleurs lombaires
 Irradiation fesses et/ou cuisses possibles
 (pas d'irradiation sous le genou)

Lombosciatalgie / cruralgie
 Douleurs irradiant selon dermatome
 Signes de radiculopathie (sensitive, motrice ou atteinte des réflexes)
 Signe d'irritation radiculaire positif (Tripode, Lasègue, Ely)
(Voir feuillet : Examen physique)

RÉASSURANCE (quoi dire au patient)

Maladie bénigne; Excellent pronostic : 80-90% amélioré ou résolu à 4-6 semaines.
 Ceux qui retournent à leurs activités normales se sentent en meilleure santé;
 Récidives possibles; Phase d'entretien importante entre crises (cf lombalgie chronique)
 Évitez les diagnostics embarrassants (déplacement vertébral, dégénératif...)

PAS D'INVESTIGATION (red flags éliminés...)

Faible corrélation imagerie / clinique
 Lombalgies généralement dues à causes non visibles sur radiographies
 Prévalence anomalie similaire avec ou sans lombalgie

TRAITEMENT

RÉASSURANCE (pas de pathologie grave); PAS D'INVESTIGATION

- Éviter le repos au lit pour plus de 24-48 h, favoriser la mobilisation rapide;
- Reprise des activités usuelles le plus tôt possible;
- **Chaleur locale.**
- **Pas de physiothérapie en aigu.**

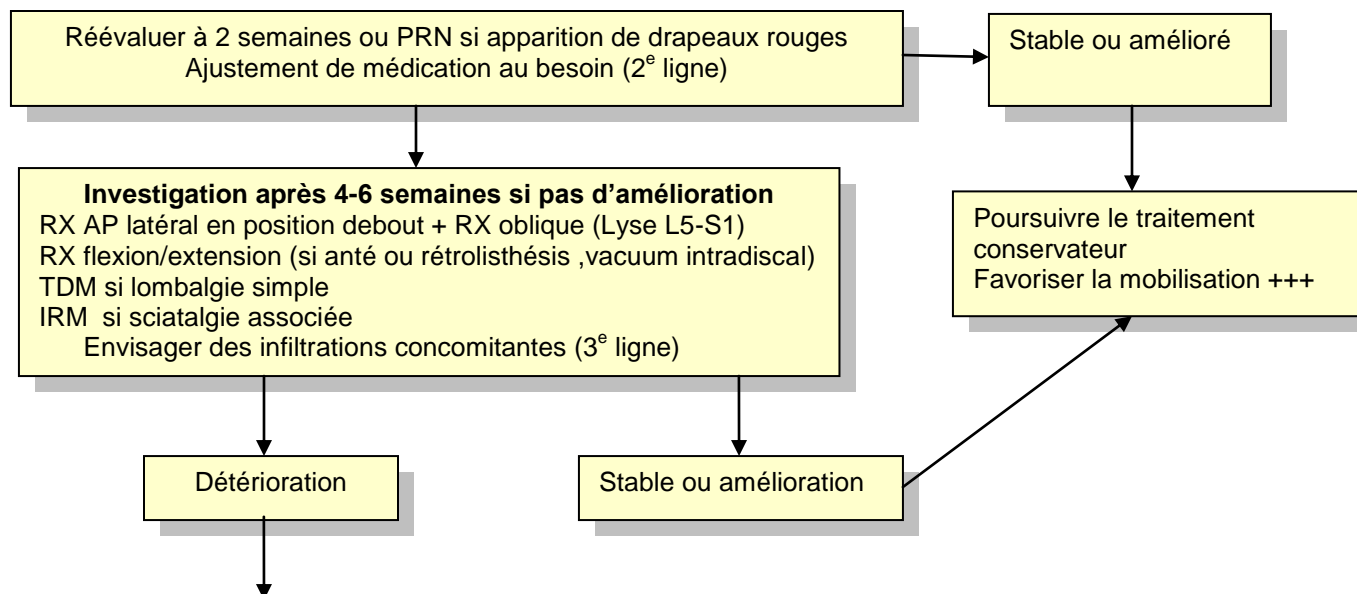
Chronologie du traitement (voir tableau de médicaments)

1^{er} ligne : Tylenol 1 g régulier aux 4 heures (maximum de 4 g /jour), anti-inflammatoires, relaxants musculaires.

2^e ligne : morphine et autres (lyrica, cymbalta, etc.).

3^e ligne : Infiltrations à envisager aux 2-3 mois PRN ,facettaires, épidurales (caudale, interlameaire).

À discuter avec le radiologiste, l'anesthésiste ou le physiatre qui procédera à celles-ci.



INDICATIONS DE DEMANDES DE CONSULTATIONS

En physiatrie, en rhumatologie, la clinique de la douleur du Centre d'expertise en douleur chronique (CEDOC) : Lombalgies rebelles sur atteinte multiétagée; Lombosciatalgie sans territoire précis ou sans corrélation objectivée; Patient ne désirant pas d'intervention chirurgicale.

Équipe de garde en chirurgie spinale (Neurochirurgie ou Orthopédie selon couverture):

Atteinte neurologique progressive

Échec au traitement conservateur et:

- Lombosciatalgie, démontrant une corrélation objective d'une radiculopathie à l'examen (sensitif/moteur) et à l'investigation (EMG et/ou IRM),
- Lombosciatalgie récidivante démontrant une corrélation objective d'une radiculopathie à l'examen (sensitif/moteur) et à l'investigation (EMG et/ou IRM),
- Claudication neurogène invalidante avec :
IRM démontrant un conflit (sténose) et / ou
Étude électromyographique des membres inférieurs démontrant une radiculopathie

S'assurer au préalable que le patient est d'accord pour une intervention chirurgicale le cas échéant et ne pas oublier d'annexer à la demande, les rapports d'examens et le CD des images si fait en privée.