

SYNTHESE

Lombalgie commune chronique

Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 28 mars 2024

Les données

Les lombalgies sont très fréquentes. Seules 10 % des lombalgies aiguës passent à la chronicité, mais ces lombalgies chroniques représentent 70 à 90 % des coûts directs et indirects liés à la maladie. La lombalgie chronique est la première cause d'invalidité avant 45 ans et la 3^e cause tous âges confondus en France.

La lombalgie est une douleur localisée dans la région lombaire, entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. La douleur est dite aiguë jusqu'à 6 semaines, subaiguë (ou persistante) entre 6 semaines et 3 mois, et chronique au-delà de 3 mois.

Selon les dernières recommandations de la HAS de 2019, il est proposé (AE) d'utiliser les termes de « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que lombalgie aiguë afin d'englober les douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ; de « lombalgie à risque de chronicité » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes) ; et de « lombalgie récidivante » en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois, et qui est aussi une lombalgie à risque de chronicité.

Les lombalgies sont dites communes en l'absence de signes d'alerte (drapeaux rouges), qui peuvent orienter le médecin vers une pathologie grave extrarachidienne ou vers une pathologie rachidienne urgente. En cas de lombalgie persistante, les facteurs de risque de chronicisation, les drapeaux jaunes, bleus et noirs doivent être systématiquement recherchés¹.

Les lombalgies communes sont considérées comme initialement d'origine mécanique, avec une atteinte dégénérative des disques et des articulations zygapophysiales ou interapophysiales postérieures, avec des troubles de la statique (spondylolisthésis, scoliose, etc.) ou sans anomalies majeures retrouvées au bilan, en particulier à l'imagerie.

La lombalgie commune chronique (LCC) est à l'origine d'un syndrome douloureux chronique secondaire, d'une restriction globale d'activité et d'un déconditionnement généralisé comprenant des déficiences musculaires, cardiovasculaires, fonctionnelles et psychocomportementales. Elle nécessite une prise en charge globale, selon le modèle biopsychosocial².

¹ Haute Autorité de santé – Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr))

² Haute Autorité de santé – Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique ([has-sante.fr](https://www.has-sante.fr))

Dans ce modèle, les objectifs thérapeutiques de la LCC sont de diminuer la douleur à un niveau acceptable pour le patient, d'améliorer les capacités fonctionnelles, de lutter contre l'inactivité et le déconditionnement à l'effort et d'agir sur les autres facteurs de chronicisation psychocomportementaux, sociaux, professionnels, et ainsi améliorer la qualité de vie du patient.

L'activité physique (AP) est recommandée dans la LCC. Elle diminue la douleur, les incapacités fonctionnelles à court et long terme et l'incapacité au travail à long terme. Elle réduit le risque de récurrence et le nombre de jours d'arrêt de travail.

L'AP constitue la principale prise en charge de la lombalgie commune et limite le risque de son évolution vers la chronicité.

La consultation médicale d'AP

Une consultation médicale d'AP dédiée est recommandée chez les patients souffrant de LCC ou de lombalgies persistantes à risque de chronicité. Elle permet de :

- poser le diagnostic de LCC et de préciser les facteurs de risque de chronicité ;
- évaluer la condition physique et les capacités et limitations fonctionnelles du patient et de traiter la douleur à un niveau acceptable pour lui permettre de reprendre une AP ;
- évaluer les freins à l'AP et motiver le patient ;
- rechercher les contre-indications et limitations à l'AP.

Les contre-indications et points de vigilance

Les contre-indications à l'AP sont rares, hormis **les suites opératoires dorso-lombaires**.

Les lombalgies communes aiguës (ou lumbagos) et les radiculalgies, aiguës et subaiguës, nécessitent de suspendre momentanément les AP, mais le moins longtemps possible et, en fonction de la tolérance, de maintenir un niveau d'AP minimal.

Conseils et prescription d'activité physique

Les conseils

Diminuer le temps total de sédentarité à moins de 7 heures par jour en dehors du sommeil et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

Une reprise précoce des AP régulières de la vie quotidienne.

La prescription d'AP selon la classification en 4 niveaux d'intervention du guide HAS

Le niveau d'intervention par l'AP requis pour un patient souffrant de LCC va dépendre du retentissement biopsychosocial de la maladie, mais aussi de la capacité du patient à suivre les recommandations d'AP qui lui seront données, sans risque, seul ou avec une supervision.

La rééducation/réadaptation en SMR et/ou en cabinet de ville (niveau 1) dispensée par des professionnels de santé concerne :

- les patients en post-chirurgie lombaire au cours des 6 premiers mois (arthrodèses, prothèses, recalibrage, cure de hernie discale...) ;
- les patients présentant une éventuelle radiculalgie et/ou des signes neurologiques associés ;
- les patients souffrant de LCC avec un déconditionnement à l'effort associé à un retentissement biopsychosocial (arrêt de travail prolongé, dépression...).

Le programme d'APA (niveau 2) dispensé par un professionnel de l'APA concerne :

- les patients présentant une LCC avec comorbidité ;

- les patients présentant une LCC stabilisée avec un déconditionnement à l'effort associé à un retentissement biopsychosocial modéré.

Les programmes d'APA comportent des exercices de renforcement musculaire, notamment centrés sur le tronc et les muscles pelviens, des exercices spécifiques de type contrôle moteur (proprioception et stabilisation du tronc) et des exercices globaux d'endurance (par exemple, la marche, le vélo et les exercices en milieu aquatique).

Les AP ou sportives de loisir ou de sport-santé (niveau 3) supervisées par un éducateur sportif formé :

- les patients présentant une LCC sans limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, ayant des douleurs modérées et un retentissement biopsychosocial faible, et si le patient ne répond pas aux critères du niveau 4.

Des AP ou sportives en autonomie (niveau 4), éventuellement avec un soutien social (famille, amis...) :

- les patients motivés, capables de suivre les recommandations d'AP seuls (ayant les capacités) et en sécurité et dont l'état de santé et les besoins (sociaux, émotifs, médicaux) n'exigent pas un programme d'APA, ni un programme de rééducation/réadaptation.

Les activités sportives

Les activités sportives étudiées et conseillées chez les patients souffrant de LCC sont :

- des exercices de type « corps-esprit » : tai-chi, yoga et Pilates ;
- la natation, hormis la nage papillon ;
- la marche avec ou sans bâtons ;
- le vélo (classique, elliptique ou ergocycle), s'il y a une bonne adaptation technique de la position ;
- le golf et le judo avec une technique rigoureuse.

Il existe des restrictions relatives de recommandation pour certains sports chez les patients souffrant de LCC :

- les sports avec un risque traumatique, comme l'équitation et certains sports martiaux ;
- la pratique intensive de la course à pied, mais cela ne paraît pas être le cas pour une pratique modérée en distance et en fréquence ;
- le tennis de loisir nécessite pour sa pratique une prévention et une adaptation technique et du matériel.