

LOMBALGIE AIGUE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. APPROCHE CLINIQUE
3. ATTITUDE ET TRAITEMENT
4. EVOLUTION
5. PRÉVENTION
6. LES POINTS IMPORTANTS
7. RÉFÉRENCES

LOMBALGIE AIGUE

1 INTRODUCTION

1.1 Définition

La **lombalgie** (synonyme : lumbago, lombalgie commune) est une douleur de la région lombaire, parfois accompagnée d'une limitation de la mobilité et d'une raideur du rachis. On parle de **lombalgie aiguë** en cas d'évolution inférieure à 6 semaines, de **lombalgie subaiguë** entre 6 et 12 semaines d'évolution et de **lombalgie chronique** en cas de persistance des douleurs au-delà de 3 mois.

La **lombosciatalgie** est définie comme une lombalgie avec irradiation dans les membres inférieurs, au-delà du pli fessier, le plus souvent en dessous du genou.

La **lombosciatique** est définie comme une lombalgie accompagnée d'un syndrome radiculaire L5 ou S1 (douleur localisées au dermatome correspondant, accompagnée de signe irritatif, +/- déficit neurologique sensitif et/ou moteur).

La **lombocruralgie** est définie comme une lombalgie accompagnée d'un syndrome radiculaire L2, L3 ou L4 (irradiation dans la cuisse).

1.2 Epidémiologie

La plupart des personnes (50-85% de la population) vont souffrir au moins une fois dans leur vie de mal au dos, avec une prévalence annuelle qui varie entre 20-30% dans la population générale en Suisse¹. Dans les pays industrialisés, ce problème est la seconde cause de consultation médicale (3-6%) après les infections des voies respiratoires supérieures et provoque des coûts directs et indirects extrêmement importants pour la société^{2,4}. L'incidence des lombalgies est maximale entre 35 et 55 ans.

Dans une consultation de médecine générale⁵, la cause de la lombalgie est non-spécifique dans la majorité des cas (environ 85%) ; seuls 4% des patients ont une fracture-tassement vertébral, 3% un spondylolisthésis, 0.7% une tumeur primitive ou une métastase, 0.3% une spondylarthrite ankylosante, 0.01% une infection (spondylodiscite ou abcès péri-dural). En dehors des problèmes spécifiques, l'évolution est en règle générale favorable avec un taux de guérison de 90% dans les 6-12 semaines. Toutefois, les 10% qui évoluent mal occasionnent environ 75% des coûts. Parmi les patients qui ne reprennent pas le travail après 6 mois en raison d'un épisode de lombalgie aiguë, 50% n'y retourneront jamais, chiffre augmentant à 90% pour les arrêts de travail > 2 ans^{6,7}. Dans les pays industrialisés, les coûts motivés par des arrêts de travail liés aux problèmes du système locomoteur ont explosé depuis les années 1950. En Suisse les coûts indirects ont récemment été évalués à 4 milliards de francs par an.

2 APPROCHE CLINIQUE

Les recommandations les plus récentes sont basées sur une classification qui répartit les lombalgies en trois catégories :

- la douleur lombaire simple (**lombalgie non spécifique**) qui représente environ 85% des cas
- la douleur lombaire accompagnée d'irradiation dans les membres inférieurs, avec ou sans syndrome radiculaire (**lombocruralgie ou lombosciatique**)

- les atteintes spécifiques du rachis lombaire (**lombalgie spécifique**)

Les premiers objectifs de la consultation sont de différencier une lombalgie commune d'une lombalgie spécifique en se basant sur **des signaux d'alerte ou red flags** ([tableau 1](#)) et en présence de symptômes radiculaires d'évaluer l'atteinte neurologique et d'établir sa prise en charge.

Les éléments suivants sont particulièrement importants lors de la première consultation: anamnèse d'un traumatisme récent, localisation, irradiation et caractère (mécanique ou inflammatoire) de la douleur, co-morbidités (néoplasie, ostéoporose (primaire ou secondaire à une utilisation prolongée de corticostéroïdes), immunodéficience (HIV, médicaments ...), toxicomanie iv, signes généraux (état fébrile, perte de poids), âge du patient (<20 ans : lyse isthmique, >50 ans: fracture sur ostéoporose ou fracture pathologique sur lésion tumorale).

Traumatisme récent (ou trauma mineur chez patient âgé/ostéoporotique)
Age < 20 ans ou > 50 ans
Douleur <ul style="list-style-type: none"> • Non soulagée par le repos, • Plus marquée en position couchée ou la nuit • « Déroutage » matinal d'une durée > 30 minutes
Co-morbidités <ul style="list-style-type: none"> • Néoplasie anamnestique Ostéoporose primaire ou secondaire (corticothérapie) Immunodéficience acquise et/ou immunosuppression médicamenteuse • Toxicomanie intraveineuse
Signes infectieux Fièvre, dysurie, pollakiurie
Perte de poids inexpliquée, altération de l'état général
Signes neurologiques <ul style="list-style-type: none"> • Parésie ou amyotrophie progressive d'un membre inférieur • Syndrome de la queue de cheval (rétention ou perte urinaire, incontinence des selles, anesthésie « en selle », diminution du tonus du sphincter anal, troubles de l'érection)

Tableau 1 : Signaux d'alarme (« red flags ») à rechercher dans toute lombalgie aiguë

L'anamnèse doit également rechercher une claudication intermittente ainsi qu'une atteinte neurologique sous forme de parésie ou paresthésie des membres inférieurs, de dysfonction vésicale (rétention au début, fuite par regorgement par la suite) d'incontinence sphinctérienne (incontinence des selles) ou d'anesthésie en selle.

Un autre objectif est d'identifier d'éventuels **facteurs de chronicisation ou yellow flags** ([tableau 2](#)) qui seront explorés en 3 axes, psychologiques et comportementaux, professionnels et physiques. Ces facteurs sont prédictifs d'une résolution plus lente des symptômes voir une persistance à long terme avec arrêt de travail prolongé.

Facteurs	
Psychologiques et comportementaux	Etat dépressif, anxiété, stress Fausses croyances concernant le mal de dos Attentes excessives concernant les traitements Attitude passive dans la maladie
Professionnels	Insatisfaction au travail Chômage Conflits pour l'indemnisation Faible soutien social dans l'environnement de travail
Physiques	Episode récidivant de lombalgie Douleur très intense Impact fonctionnel important de la douleur Longue période d'absence antérieure pour maladie (lombalgie ou autre) Irradiation radiculaire de la douleur

Tableau 2 Facteurs de chronicisation (yellow flags)

L'anamnèse sera suivie par un **examen complet du dos** comprenant l'examen de la **posture** en position debout (bascule du bassin, présence d'une scoliose) avec palpation et percussion du rachis dorsolombaire. Un **examen dynamique** (flexion antéropostérieure – distance doigt-sol, Schobert - et latérale) est souvent douloureux pour le patient et ne modifie pas la prise en charge initiale d'une lombalgie aiguë et devrait être réservé plutôt au suivi du patient. L'examen doit être facilité par l'administration précoce d'une antalgie per os (1er choix paracétamol 1000 mg, ibuprofène 600 mg ou diclofénac 50 mg). Le traitement parentéral (diclofénac 25 mg im ou kétorolac 30 mg iv lent) n'a pas montré sa supériorité mais peut se justifier en fonction des attentes et des convictions du patient.

L'examen d'une **contracture musculaire** au niveau lombaire se fait généralement sur le patient couché sur le ventre et jamais en position debout.

Si l'anamnèse révèle une irradiation de la douleur dans les membres inférieurs, il faut rechercher des signes **d'irritation radiculaire**. Les tests de Lasègue direct (plus sensible) et croisé (plus spécifique) restent les tests les plus fiables pour identifier une atteinte radiculaire de L4-L5 ou L5-S1⁸ (NB : le test est considéré comme positif s'il reproduit une douleur dans le trajet radiculaire et non dans le bas du dos entre 30° et 70° d'élévation de la jambe). Le rétro Lasègue, pratiqué le patient couché sur le ventre avec une hyperextension de la jambe, reproduit une cruralgie, c.-à-d. une douleur de la face antérieure de la cuisse, en cas d'atteinte radiculaire L2-L3-L4.

L'examen neurologique doit également rechercher la présence de déficit **moteur ou sensitif** (tableau 3). La marche sur les talons et la pointe des pieds permet d'exclure rapidement une parésie sévère des muscles fléchisseurs/releveurs du pied. Il ne permet pas toutefois d'exclure une atteinte de l'extenseur propre du 1er orteil qui doit être examiné de manière séparée. On peut terminer par l'examen des réflexes myotatiques (rotuliens et achilléens) et de la sensibilité (examen « circulaire » des cuisses, mollets et pieds). Le tableau 3 résume les niveaux sensitivomoteurs explorés.

racine	force	réflexe	sensibilité
L1-L2	Flexion de la hanche		
L3-L4	Extension du genou		
L4	Releveur du pied	Rotulien	
L5	Releveur de l'hallux		
S1	Flexion du pied	Achilléen	

Tableau 3 Examen neurologique des membres inférieurs

La force est gradée de 0 à 5 comme suit : M5 normale, M4 bonne (mouvements possibles contre résistance modérée), M3 passable (mouvements possibles contre la gravité), M2 faible (mouvements possibles seulement dans le plan du lit), M1 trace (contraction musculaire visible mais sans mouvement), M0 aucune contraction visible.

Si l'on suspecte un **syndrome de la queue de cheval** (compression des racines sacrées), il est nécessaire de faire un examen de la sensibilité de la région péri-anale et glutéale et du tonus du sphincter anal (toucher rectal).

Lorsque l'examen physique confirme l'absence de signe d'alarme, on posera le diagnostic de lombalgie non-spécifique. Aucun examen radiologique n'est nécessaire, car la corrélation entre troubles dégénératifs et lombalgie est faible.

3 ATTITUDE et TRAITEMENT

3.1 Lombalgie aspécifique, lombo-sciatalgie/-sciatique sans déficit

3.1.1 Attitude

Il est important d'insister dès la première consultation sur le côté réversible de la lombalgie non-spécifique en adoptant une attitude rassurante envers le patient et ses proches, en mettant l'accent sur l'évolution favorable dans l'immense majorité des cas en avertissant cependant que cela peut prendre quelques jours voir quelques semaines. Il est également important de mettre l'accent sur la nature fonctionnelle des douleurs et l'absence de lésion organique⁵. Cette information est primordiale pour prévenir l'évolution vers la chronicité. Il est important d'informer le patient sur le risque de récurrence de l'ordre de 20-45% sur une année⁶ et dont l'évolution reste tout à fait favorable.

Le deuxième élément-clé est d'encourager une mobilisation précoce, même en présence de douleurs. Le repos au lit n'est en aucun cas thérapeutique ; il peut cependant être jugé utile par le patient en raison de l'intensité trop importante de la douleur. L'accent sera donc mis sur une mobilisation précoce, adaptée à l'intensité de la douleur, avec reprise dès que possible des activités habituelles y compris professionnelles permettant

une guérison plus rapide^{12,14,15,16}. Il est important que ce message soit identique parmi tous les soignants. Le patient doit également être informé sur les mouvements et positions à éviter (port de charges lourdes ou avec bras de levier, flexion antérieure du tronc sans appui, position assise prolongée).

3.1.2 Traitement médicamenteux

Le but principal du traitement médicamenteux est de faciliter la mobilisation précoce et la reprise des activités habituelles en prescrivant une antalgie efficace dès la première consultation. Le 1er choix est le paracétamol en prise régulière 3-4 x 1g/j. Si ce traitement antalgique est insuffisant, un traitement d'AINS (par ex : ibuprofen, diclofénac) peut être ajouté¹¹. Les myorelaxants sont utiles en cas de contracture musculaire (par ex : tizanidine). Les benzodiazépines ne sont pas recommandées en raison du risque de dépendance. En cas de persistance des douleurs malgré ces différents traitements on peut recourir aux opioïdes¹⁷. La durée du traitement médicamenteux est généralement de trois à dix jours, à diminuer dès amélioration des symptômes. L'utilisation de gel topique contenant des anti-inflammatoires n'a pas fait preuve d'efficacité dans le cadre du traitement de la lombalgie et n'est donc pas recommandée. L'utilisation de corticoïdes systémiques n'a pas montré de supériorité.

3.1.3 Traitement non médicamenteux (tableau 5)

Il n'y a pas de place pour la physiothérapie en première intention, en revanche celle-ci prends tout sons sens en cas de persistance des lombalgies au delà de 4 semaines et également dans un but de renforcement musculaire du dos afin d'éviter les récives.

Les thérapies manuelles peuvent être bénéfiques en cas de persistance des symptômes >7-10jours¹⁸, elles sont contre-indiquées en cas de déficit neurologique sévère/progressif et leur poursuite est injustifiée en l'absence de résultats significatifs et prolongés^{10,23}.

Effet	
-bénéfiques	<ul style="list-style-type: none"> • rester actif (travail / loisirs) • antalgie adéquate avec paracétamol +/- codéine / AINS • myorelaxants, en 2ème intention • manipulations dans les 4-6 premières semaines • information spécifique, « Le guide du dos » et réassurance
-neutres	<ul style="list-style-type: none"> • TENS (stimulation nerveuse transcutanée) • traction, • exercices spécifiques • acupuncture
-délétères	<ul style="list-style-type: none"> •alitement •manipulation sous anesthésie générale • corset plâtré
-données insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la musculature abdominale/ lombaire • exercices aérobiques • infiltration de corticostéroïdes épидurale • talonnette • biofeedback • agents physiques, thérapie passive (chaud, froid, ondes courtes, ultrasons)

Tableau 5 : Options thérapeutiques de la lombalgie aiguë non-spécifique

3.2 Lombalgies spécifiques

3.2.1 Attitude

Si l'anamnèse et/ou l'examen clinique mettent en évidence des signaux d'alarme, il est alors impératif de faire un examen clinique complet et de procéder à des investigations ciblées^{19,21}. Le diagnostic différentiel comprend de nombreuses pathologies et les investigations seront ciblées en fonction de la suspicion clinique (Tableau 4).

Dans tous les cas, une radiographie standard de la colonne (face et profil) est nécessaire, pour exclure des atteintes osseuses de nature traumatique et/ou tumorale. Chez les personnes de moins de 20 ans, en cas de troubles statiques marqués (par ex : scoliose, inégalité de longueur des membres inférieurs), un avis orthopédique s'impose. Chez les personnes de plus de 50 ans, et/ou lorsque l'on suspecte une maladie systémique de nature inflammatoire, la mesure des paramètres inflammatoires est également nécessaire, assorti d'un avis rhumatologique s'ils sont pathologiques.

Fractures / Tassements	<ul style="list-style-type: none">• Tassement vertébral• Fracture vertébrale ou pelvienne (appropriée ou pathologique)
Pathologies dégénératives et/ou mécaniques	<ul style="list-style-type: none">• Troubles statiques (scoliose)• Canal lombaire étroit constitutionnel ou dégénératif• Syndrome radiculaire
Infections	<ul style="list-style-type: none">• Spondylodiscite• Abscessus épidual• Endocardite (embolies septiques)
Pathologies tumorales	<ul style="list-style-type: none">• Tumeur primitive• Métastases vertébrales
Rhumatismes inflammatoires	<ul style="list-style-type: none">• Spondylarthropathies séronégatives avec atteinte axiale
Pathologies neurologiques	<ul style="list-style-type: none">• Maladie de Lyme• Plexopathie diabétique
Pathologies rétro-péritonéales et abdominales	<ul style="list-style-type: none">• Pathologies urétérales (lithiase) et rénales (pyélonéphrite, abcès péri-néphrétique)• Anévrisme aortique• Tumeurs• Hémorragie• Pancréatite, néoplasie pancréatique• Cholécystite• Maladie ulcéreuse• Fibrose rétro-péritonéale• Pathologies gynécologiques

Tableau 4 : Diagnostic différentiel en cas de suspicion de lombalgie spécifique

Lorsqu'une atteinte radiculaire (L3, L4, L5 ou S1) est accompagnée d'un déficit neurologique moteur rapidement progressif (en quelques jours ou quelques heures) avec une force \leq M3 et/ou lorsqu'il y a des troubles sphinctériens (syndrome de la queue de cheval sous forme de perte urinaire par regorgement et d'incontinence de selles), un

examen radiologique du rachis doit être effectué sans attendre (CT/ IRM), assorti d'un avis neurochirurgical.

Si les signes d'irritation radiculaire et/ou de déficits neurologiques sont discrets et non progressifs (parésie M4 pour les groupes musculaires importants voire <M4 pour le releveur du 1er orteil,) une imagerie complémentaire du rachis n'est pas nécessaires dans un premier temps mais le patient devra être suivi régulièrement afin de s'assurer de la non progression de l'atteinte neurologique.

4 EVOLUTION

Le taux de guérison d'une lombalgie aiguë non spécifique est de 90% dans les six semaines. Etant donné le bon pronostic, il n'est pas forcément nécessaire de revoir le patient. Il faut cependant lui proposer de reconsulter si la symptomatologie ne se résout pas dans les 4-7 jours avec le traitement prescrit ou si un élément nouveau survient (fièvre, troubles neurologiques). En présence d'un syndrome radiculaire (lombosciatique), il est nécessaire de revoir régulièrement le patient, pour s'assurer de l'absence de progression neurologique. Dans ce cas, la durée de récupération peut être plus longue, avec un taux de guérison de 50% à un mois ²².

L'arrêt de travail doit être utilisé avec précaution. Il doit tenir compte du degré de handicap fonctionnel et des sollicitations professionnelles. S'il est nécessaire, il doit être restreint à un maximum de 3-5 jours et prolongé après une nouvelle évaluation.

En l'absence d'évolution favorable après 4 semaines de suivi, il est nécessaire de pratiquer un examen radiologique standard du rachis et de reconsidérer la présence de signes d'alerte (« red flags ») faisant suspecter une atteinte spécifique et de facteurs de risques de chronicisation. Une augmentation de l'intensité des douleurs lors du suivi, malgré un traitement bien conduit, doit également être considérée comme un signal d'alarme. A ce stade, l'avis d'un rhumatologue peut s'avérer nécessaire, en particulier en présence d'un syndrome radiculaire résistant au traitement conservateur ou de suspicion d'un canal lombaire étroit, afin d'envisager une infiltration.

5 PREVENTION

5.1 Prévention des récides

La lombalgie est une maladie complexe et peu d'interventions permettent de prévenir les récides. Parmi les mesures efficaces, la promotion de l'activité physique est considérée comme un facteur qui permet de diminuer le nombre et la durée des épisodes aigus. Les interventions éducatives tenant compte d'aspects bio-psycho-sociaux peuvent également modifier durablement les croyances et les comportements des patients face à leur maladie^{22,24,25}. Un livret d'information destinés aux patients – « Le guide du dos » - résumant ces principes et validé par des travaux scientifiques est disponible à cet effet²⁶.

5.2 Prévention du passage à la chronicité ^{5,16}

La présence de yellow flags, dès la première consultation, doit évoquer la possibilité d'une chronicisation et le patient devra être revu en contrôle par le médecin traitant. Si après 4-6 semaines de prise en charge, l'évolution n'est toujours pas satisfaisante, une prise en charge multidisciplinaire et spécialisée ajustée en fonction des besoins (médecin de premier recours, rhumatologue, physiothérapeute, ergothérapeute, assistante sociale ...) devient une priorité.

6 LES POINTS IMPORTANTS

- La lombalgie aiguë est une maladie fréquente généralement bénigne, souvent récidivante, avec un taux de guérison de 90% dans les 6-12 semaines quand elle est non-spécifique. Lors de la première consultation, les signaux d'alarme (« red flags ») doivent être systématiquement recherchés.
- Une antalgie efficace (traiter vite et énergiquement), la réassurance du patient et des encouragements pour se mobiliser rapidement sont les 3 aspects essentiels de la prise en charge initiale d'une lombalgie non-spécifique. Les manipulations sont utiles dans les premières semaines d'évolution (2-6 semaines).
- Les risques d'évolution vers la chronicité doivent être identifiés (présence de yellow flags) et prévenus par une prise en charge multidisciplinaire (médecin de premier recours, rhumatologue, physiothérapeute, ergothérapeute, médecin d'entreprise, ...)

7 REFERENCES

1. Santos-Eggiman, B et al. One-year prevalence of low back pain in two swiss regions: estimate from the population participating in the 1992-1993 MONICA project. *Spine* 2000; 25(19):2473-9
2. Wipf, J.E. and R.A. Deyo, Low back pain. *Med Clin North Am* 1995; 79: 231-46.
3. Hart, L.G., R.A. Deyo, and D.C. Cherkin, Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995; 20: 11-9.
4. Lehmann, P. and T. Abelin, Les dorsalgies en médecine ambulatoire. *Méd Hyg* 1986; 44: 376-81.
5. van Tulder, M., A. Becker, T. Bekkering, A. Breen, T. Carter, M.T. Gil del Real, A. Hutchinson, B. Koes, P. Kryger-Baggesen, E. Laerum, A. Malmivaara, A. Nachemson, W. Niehus, E. Roux, and S. Rozenberg, European Guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. 2004. p. 55.
6. van Tulder, M., B. Koes, and C. Bombardier, Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16: 761-75.
7. Andersson, G.B., Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999; 354: 581-5.
8. Deyo, R.A., J. Rainville, and D.L. Kent, What can the history and physical examination tell us about low back pain? *Jama* 1992; 268: 760-5.
9. van Tulder, M.W., W.J. Assendelft, B.W. Koes, and L.M. Bouter, Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine* 1997; 22: 427-34.
10. www.backpaineurope.org, dernier accès: 2010
11. Koes, B.W., R.J. Scholten, J.M. Mens, and L.M. Bouter, Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 214-23.
12. Malmivaara, A., U. Hakkinen, T. Aro, M.L. Heinrichs, L. Koskeniemi, E. Kuosma, S. Lappi, R. Paloheimo, C. Servo, V. Vaaranen, and et al., The treatment of acute low back pain--bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995; 332: 351-5.
13. Henley, E., Understanding and treating low back pain in family practice. *J Fam Pract* 2000; 49: 793-5.
14. Hagen, K.B., G. Hilde, G. Jamtvedt, and M.F. Winnem, The cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Spine* 2002; 27: 1736-41.

15. Staal, J.B., H. Hlobil, J.W. Twisk, T. Smid, A.J. Koke, and W. van Mechelen, Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 140: 77-84.
16. New Zealand Guidelines Group, *New Zealand Acute Low Back Pain Guide*. Wellington, New Zealand, 2004.
17. Atlas, S.J. and R.A. Deyo, Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 120-31.
18. Hurwitz EL; Morgenstern H; Kominski GF; Yu F; Chiang LM. A randomized trial of chiropractic and medical care for patients with low back pain: eighteen-month follow-up outcomes from the UCLA low back pain study. *Spine*. 2006 Mar 15;31(6):611-21; discussion 622.
19. Jensen, M.C., M.N. Brant-Zawadzki, N. Obuchowski, M.T. Modic, D. Malkasian, and J.S. Ross, Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994; 331: 69-73.
20. Jarvik, J.G. and R.A. Deyo, Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137: 586-97.
21. Kendrick, D., K. Fielding, E. Bentley, P. Miller, R. Kerslake, and M. Pringle, The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-69.
22. Buchbinder, R., D. Jolley, and M. Wyatt, Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *Bmj* 2001; 322: 1516-20.
23. Assendelft, W.J., S.C. Morton, E.I. Yu, M.J. Suttorp, and P.G. Shekelle, Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003; 138: 871-81.
24. Burton, A.K., F. Balague, G. Cardon, H.R. Eriksen, Y. Henrotin, A. Lahad, A. Leclerc, G. Muller, and A.J. van der Beek, How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005; 19: 541-55.
25. Buchbinder, R. and D. Jolley, Effects of a media campaign on back beliefs is sustained 3 years after its cessation. *Spine* 2005; 30: 1323-30.
26. Burton, A.K., G. Waddell, K.M. Tillotson, and N. Summerton, Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999; 24: 2484-91.
27. Polatin, P.B., R.K. Kinney, R.J. Gatchel, E. Lillo, and T.G. Mayer, Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine--which goes first? *Spine* 1993; 18: 66-71.

Date de la première édition : 25 avril 1997 par B. Leuba-Manueddu et H. Stalder

Date des mises à jour:

avril 2003 par H. Wolff, H. Stalder et P.-A. Guerne

octobre 2005 par A Zaninetti-Schaerer, P Bovier, C Gabay, H Stalder

juillet 2010 par AS Steiner, C Delémont, S. Genevay

Pour tout renseignement, commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch