



SPINE SOCIETY Belgium
SSBe



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

Lage rugpijn en radiculaire pijn: een *nationaal* zorgpad

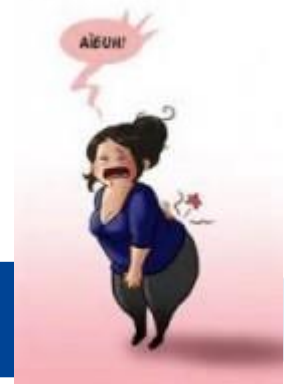
P. JONCKHEER, A. DESOMER, B. DEPREITERE, A. BERQUIN, M. BRUNEAU, W. CHRISTIAENS, E. COECKELBERGHS, C. DEMOULIN, P. DUQUENNE, P. FORGET, V. FRASELLE, L. GODDERIS, G. HANS, D. HOSTE, L. KOHN, P. MAIRIAUX, E. MUNTING, H. NIELENS, T. ORBAN, T. PARLEVLIET, B. PIROTTE, K. VAN BOXEM, J. VAN LERBEIRGHE, P. VAN SCHAEYBROECK, P. VAN WAMBEKE, J. VAN ZUNDERT, J. VANDERSTRAETEN, K. VANHAECHT, D. VERHULST.

Overzicht

- Enkele woorden over de scope en de methode van de KCE project
- Observaties in link met lage rugpijn of radiculaire pijn en werk
- Inhoud van de Belgian zorgpad



Scope



Volledige aanpak

Lage rugpijn en/of radiculaire pijn

Zonder onderliggende ernstige pathologie*

Van hyperacute tot chronische fase

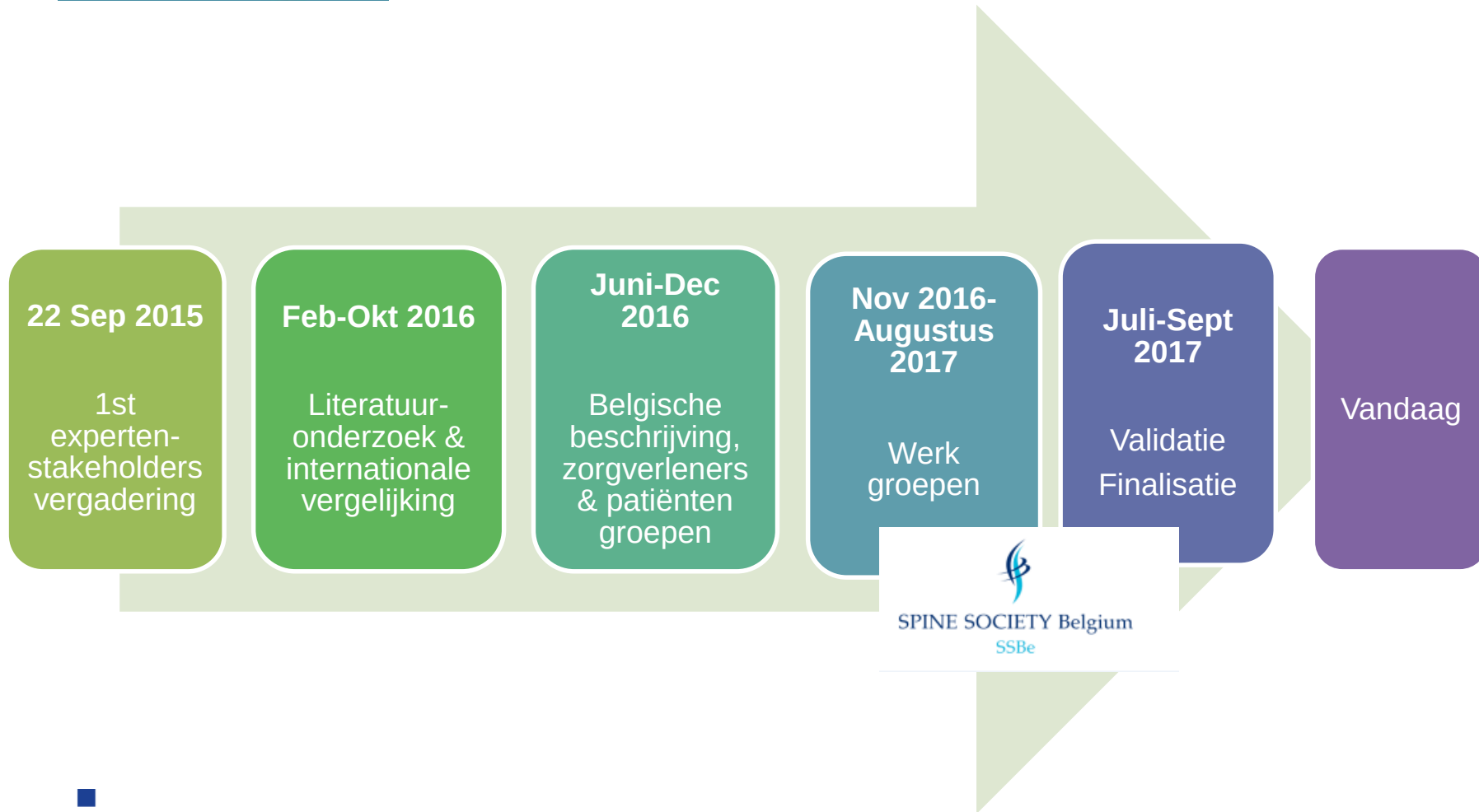
Bij volwassenen ≥ 16 jaar

*(e.g. infectie, tumor, osteoporose, breuk, structurele afwijking, inflammatoire aandoening, cauda equina syndroom of ernstige neurologische aandoening)





Methode



Samenwerking

Huisartsen

Kinesitherapeuten, Osteopaten, Chiropractors

Specialisten in fysische en revalidatiegeneeskunde

Anesthesisten-algologen/pijnartsen

Orthopedisch chirurgen, Neurochirurgen,

Psychologen, Ergotherapeuten,

Bedrijfsartsen, Adviserende artsen van mutualiteiten...



LOW BACK PAIN AND RADICULAR PAIN: ASSESSMENT AND MANAGEMENT



Observaties lage rugpijn en werk

- **Grote kloof tussen de clinici en de werkomgeving**



Observaties lage rugpijn en werk

- Er zijn **mogelijke links** tussen de lage rugpijn en de werkomstandigheden



Behandelende artsen moeten rekening houden met de werkomstandigheden in het ontstaan van de pijn en in het risico voor moeilijke werkhervatting

Observaties lage rugpijn en werk

- Voorschrijven van **werkonbekwaamheid** is « niet onschuldig »
 - Werk = een belangrijke factor voor welzijn
 - Hoe langer de patiënt arbeidsongeschikt is, hoe moeilijker het wordt om het werk te hervatten.



Behandelende artsen moeten gesensibiliseerd worden dat de duur van de arbeidsongeschiktheid zo kort mogelijk moet zijn en dat ze de werkbekwaamheid van de patiënt regelmatig moeten beoordelen.

Observaties lage rugpijn en werk

- **Het risico op langdurige afwezigheid beoordelen, is niet zo gemakkelijk**
 - **Weinig** afhankelijk van de **diagnose**
 - Eerder afhankelijk van **drie elementen**:
 - Perceptie over de aandoening
 - Persoonlijke eigenschappen van de werknemer
 - Karakteristieken van het werk



Behandelende artsen moeten gesensibiliseerd worden voor de biopsychosociale factoren van chroniciteit en langdurige afwezigheid op het werk

Observaties lage rugpijn en werk

- **Werkhervatting is soms een uitdaging**
 - De behandelende artsen weten niet **wie de bedrijfsartsen zijn** van hun patiënten
 - Ze **communiceren zelden** met de bedrijfs- en de adviserende artsen



In afwachting van het e-box platform, kan de behandelende arts bij het begin van de werkongeschiktheid zijn patiënt helpen de contactgegevens van zijn bedrijfsarts terug te vinden.

Observaties lage rugpijn en werk

- **Werkhervatting is soms een uitdaging**
 - De behandelende artsen kennen de **Belgische initiatieven** niet of onvoldoende (consultatie voorafgaand aan de werkhervatting, Fedris preventieprogramma, re-integratie traject, enz.)



De verschillende bestaande programma's en modaliteiten voor re-integratie moeten in elke stap van de aanpak in detail worden uitgelegd.



Observaties lage rugpijn en werk

- **Werkhervatting is soms een uitdaging**
 - De professionele omgeving werkt niet altijd mee
 - **Sommige positieve ervaringen:** werkgever doet aanpassingen aan het werk, de werkplek of de werktijden
 - **Aanpassing niet zo vanzelfsprekend:** hulp van een bedrijfsarts nodig om de werkgever te overhalen
 - **Negatieve perceptie:** makkelijker voor de werkgever om een afwezige werknemer te vervangen dan om zijn functie te reorganiseren



Observaties lage rugpijn en werk

- **Het voortzetten van sociale activiteiten buiten het werk is ook belangrijk**
 - Sommige patiënten blijven werken maar verliezen door de pijn andere vormen van sociaal contact.



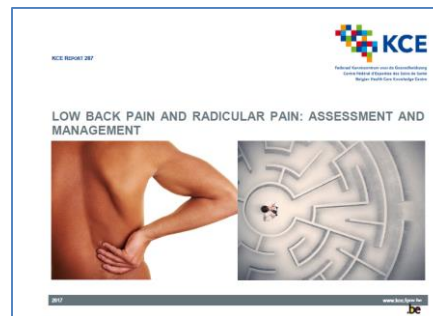
Het terug opnemen van de normale activiteiten (met inbegrip van sociale en sportactiviteiten) moet worden geïntegreerd in de adviezen van behandelende artsen die aan patiënten moeten meegegeven worden

Contenu de l'itinéraire



Contexte

- **Ad hoc spine task force depuis 2015**
 - Introduction et critères de qualité ‘spine units’
 - Nouvelle nomenclature pour la chirurgie du rachis
 - Registre “traitements et résultats (PROM)”
 - *Guideline* → *Pathway*



Éléments essentiels

Caractéristiques des itinéraires étudiés	Itinéraire régional	Itinéraire hospitalier
Accent principal	Première ligne	Collaboration entre spécialistes
Aspects d'organisation	- Niveau intermédiaire entre PL et DL - Formation - Volonté politique - Déclencheur: problème d'accès à la DL	
Triage (drapeaux rouges, douleur radiculaire)	+	+
Dépistage drapeaux jaunes	+	+
Multidisciplinarité	+	+
Protocoles/flowcharts consultables	+	+
Basé sur l'évidence	+	+
Information du patient; autogestion	+	+
Approche pas à pas	+	+
PROM	+	+

Éléments essentiels

■ Triage (drapeaux rouges, douleur radiculaire)

Pathologies

Signes

Urgences neurologiques

Fracture traumatique

Problème vasculaire

Fracture pathologique

Infection

Tumeur

- Douleur d'apparition récente avant 18 ans ou après 55 ans
- Antécédents de cancer
- Perte de poids inexpliquée, fatigue
- Douleurs nocturnes sévères

Maladie inflammatoire



Éléments essentiels

- **Triage (drapeaux rouges, douleur radiculaire)**
- **Dépistage des facteurs de risque (à partir de 2 semaines)**
 - **Chronicité**
 - **Limitation fonctionnelle persistante**

Drapeaux

Jaunes	Croyances et perceptions Réactions émotionnelles Comportement face à la douleur (en ce compris stratégies d'adaptation)
Oranges	Symptômes psychiatriques
Noirs	Obstacles contextuelles ou liés au système
Bleus	Perception du rapport entre travail et santé



Éléments essentiels

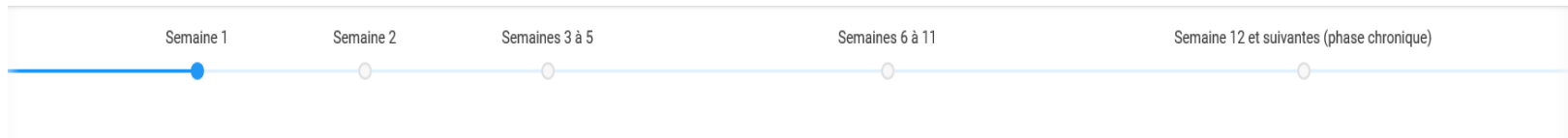
- **Triage (drapeaux rouges, douleur radiculaire) à chaque contact**
- **Dépistage des facteurs de risque (à partir de 2 semaines)**
- **Discuter du travail à chaque contact (évaluer, stimuler, adapter...)**

Éléments essentiels

- **Triage (drapeaux rouges, douleur radiculaire) à chaque contact**
- **Dépistage des facteurs de risque (à partir de 2 semaines)**
- **Discuter du travail à chaque contact (évaluer, stimuler, adapter...)**
- **Engager des moyens de manière progressive**
 - Démédicaliser les problèmes aigus non-suspects
 - Eviter la chronicité
- **Eviter les examens techniques (imagerie) qui n'ont pas d'effet sur le cours/la prise en charge**
- **Favoriser l'approche active >> passive**
 - Réadaptation >> interventions techniques
 - Chirurgie pour lombalgie seulement dans des cas très sélectionnés et après consultation/discussion multidisciplinaire

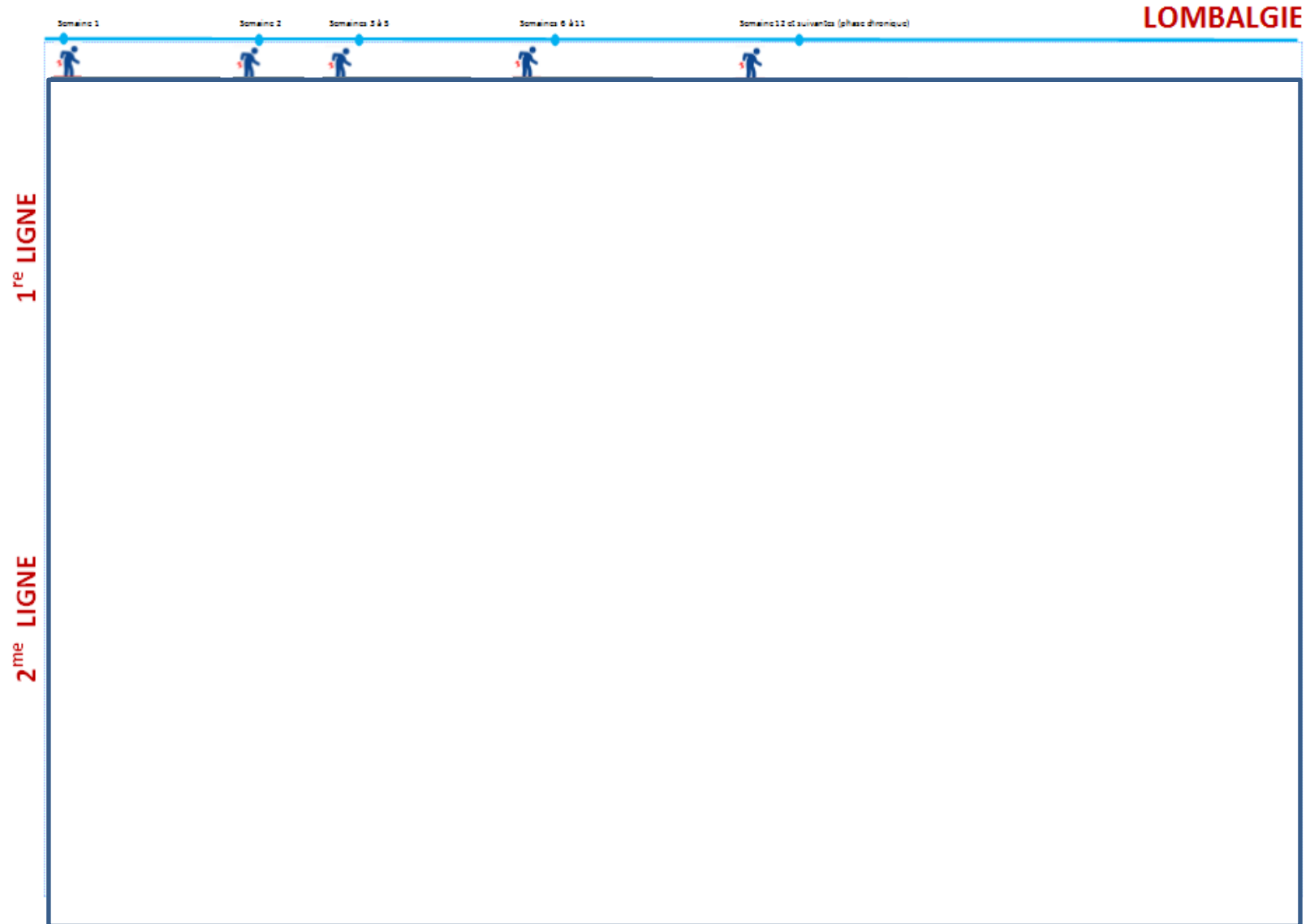
Principes de base

- **Lombalgie**  & **douleur radiculaire** 
- **Première ligne & deuxième ligne**
- **Durée de la douleur en semaines**

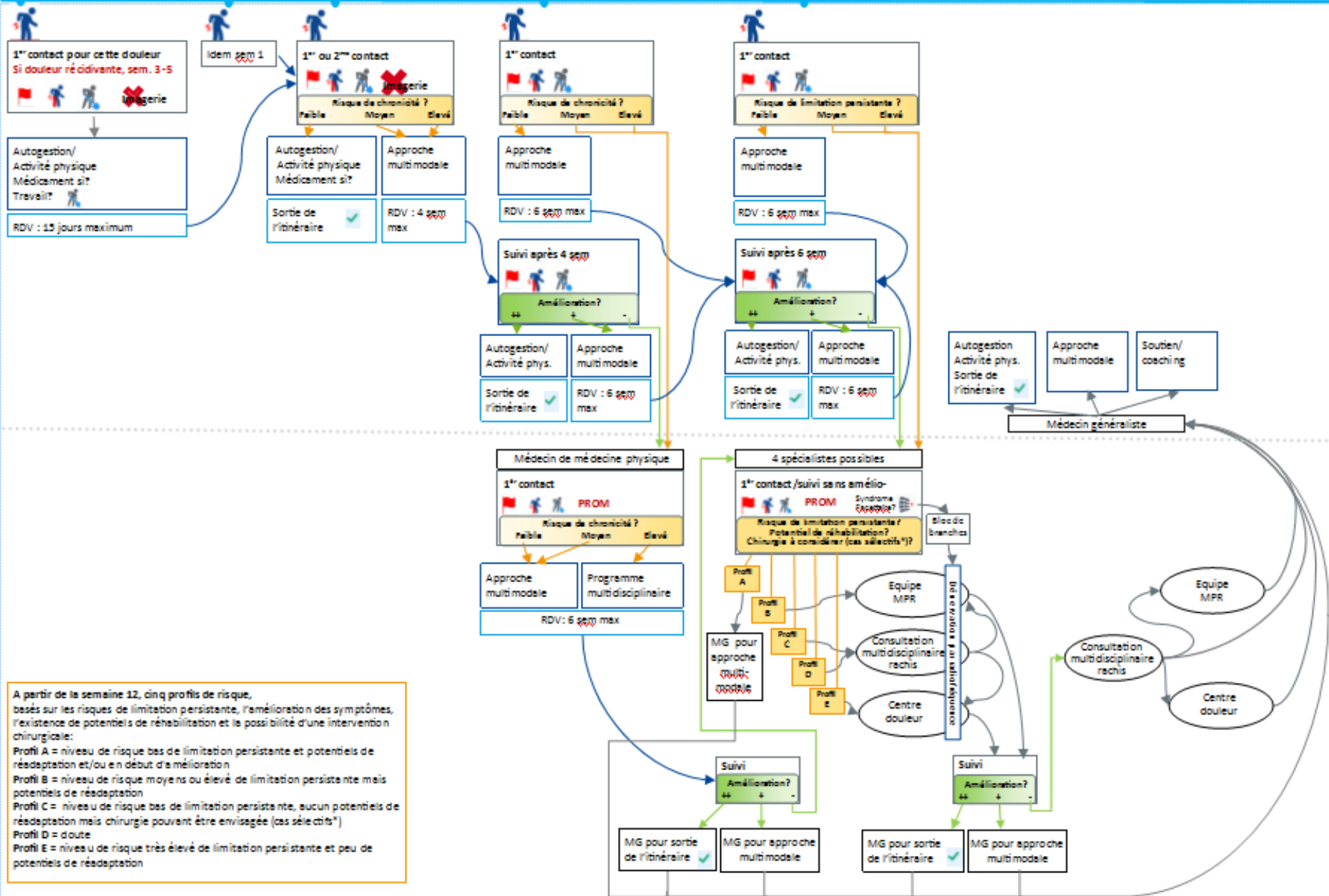


- **Plusieurs éléments**
 -  **Anamnèse & examen clinique**
 -  **Investigation techniques**
 -  **Traitement/Follow-up**
 -  **Actions concernant le travail**

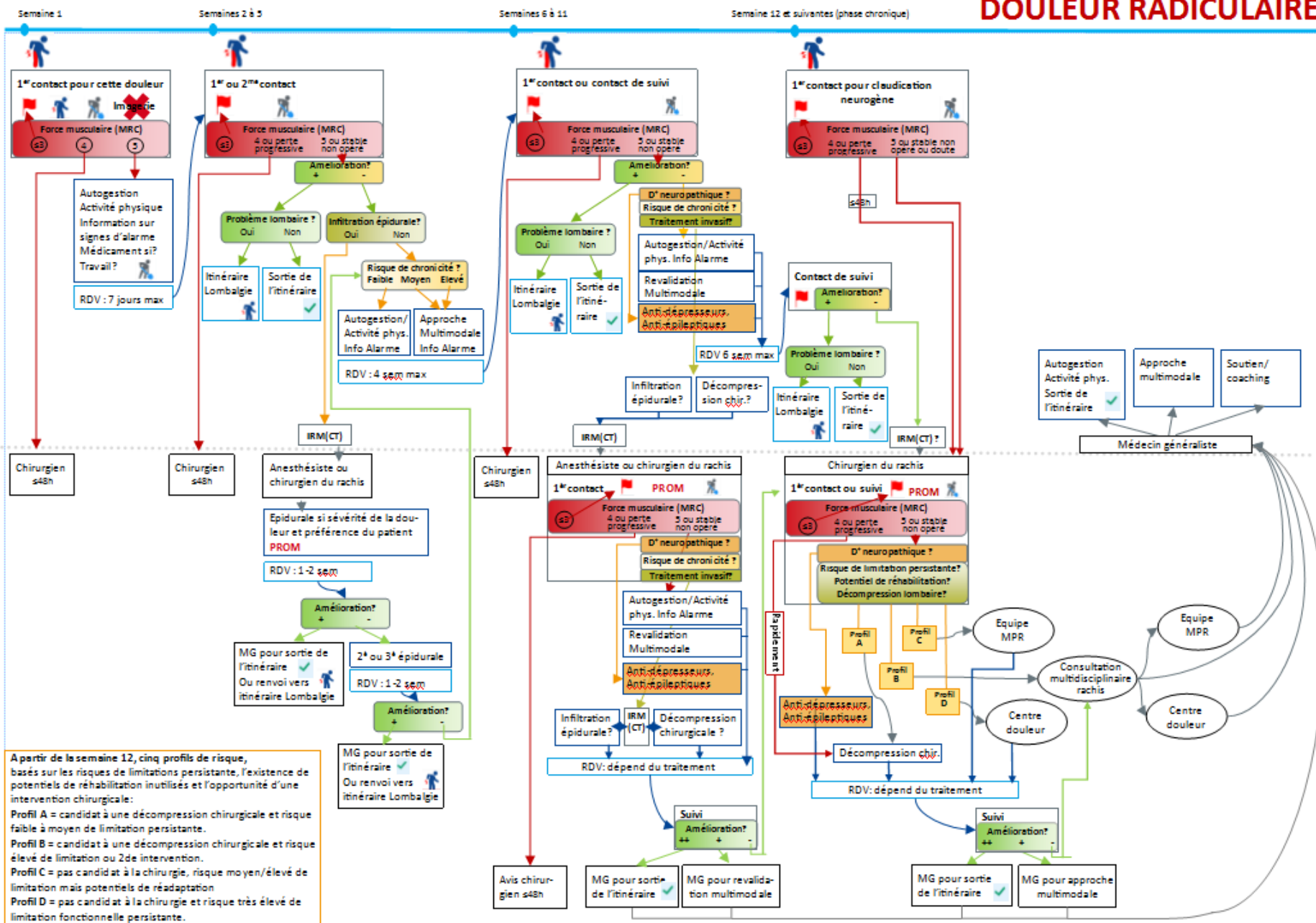
Overview



Semaine 1 Semaine 2 Semaines 3 à 5 Semaines 6 à 11 Semaine 12 et suivantes (phase chronique)



DOULEUR RADICULAIRE



RDV = rendez-vous; MG= médecin généraliste; MPR = médecine physique et réadaptation; PROM = patient reported outcome measurement;  = excluez les pathologies sous-jacentes graves;  = excluez une douleur lombaire;  abordez les aspects liés au travail

LOMBALGIE SOINS DE 1^{RE} LIGNE

Semaine 1 Semaine 2 Semaines 3 à 5 Semaines 6 à 11 Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

! Vous voyez ce patient pour la première fois pour cet épisode de lombalgie (1^{er} contact)

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

🚩 Si faisceau de drapeaux rouges, référez le patient sans tarder (voir tableau 1) ! ATTENTION si apparition de nouveaux symptômes ou modification de symptômes existants

🚶 En présence de douleur radiculaire, bifurquez vers l'itinéraire de soins spécifique pour les douleurs radiculaires.

♦ Évaluez les facteurs de risque de passage à la chronicité

🚶 Abordez les conditions et aptitude au travail

Crépuscule & émotions

Perception du travail

Obstacles contextuels

Symptômes psychotiques

RISQUE FAIBLE

RISQUE MOYEN

RISQUE ÉLEVÉ

3.A

❌ IMAGERIE : seulement si drapeaux rouges (y compris si douleur insupportable malgré un traitement approprié de 6 semaines)

✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

3.B

PRISE EN CHARGE

RISQUE FAIBLE

APPROCHE MULTIMODALE

- Autogestion: Rassurez le patient et encouragez l'activité physique
- Médicament seulement si nécessaire
- Programme d'exercices supervisés (selon les besoins, capacités et préférences du patient)
- +/- Techniques manuelles
- +/- Intervention psychologique cognitivo-comportementale

3.C.1

PRISE EN CHARGE

RISQUE MOYEN A ÉLEVÉ

ENVOYEZ LE PATIENT VERS UN SPECIALISTE (2^e ligne),

- De préférence vers un spécialiste de médecine physique et réadaptation (MPR)
- Avec une lettre de référence la plus complète possible.

3.C.2

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail
- Si vous prescrivez une incapacité de travail :
 - Prévoyez une durée d'incapacité la plus courte possible (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 4 sem max).
 - Prévoyez que la mutualité du patient devra recevoir un certificat précisant le diagnostic (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
 - Après un maximum de 2 mois d'incapacité de travail indemnisée par la mutualité, le médecin-conseil doit évaluer les capacités restantes du travailleur.
 - Demandez au patient s'il pense pouvoir reprendre le travail à la fin du congé de maladie prescrit. Plusieurs modalités d'aides sont possibles. (e.g. visite de pré-reprise chez le médecin du travail, reprise progressive du travail, demande spontanée d'un trajet de réintégration, etc.)

3.D

SUIVI

- Planifiez un rendez-vous endéans les 6 semaines maximum (avant 12 sem. de douleur)
- Conseillez au patient de prendre un rendez-vous plus rapidement (dans les jours qui suivent) s'il présente une douleur de forte intensité, un déficit fonctionnel sévère ou des problèmes de sommeil importants.

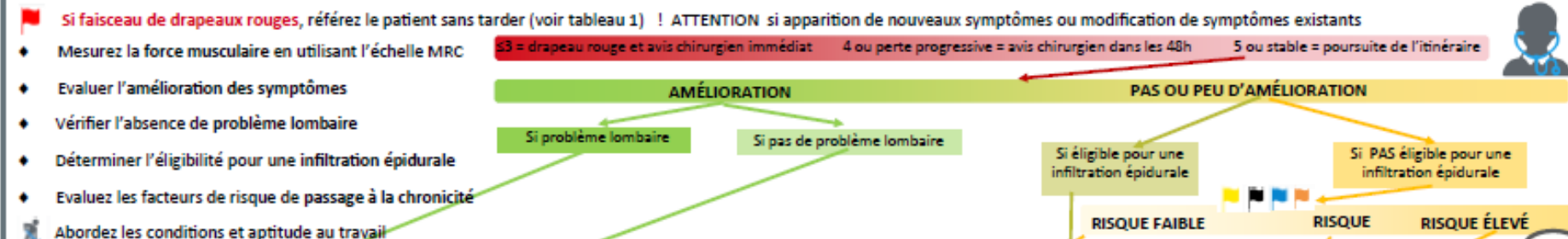
3.E

SUIVI

- Le patient est suivi en 2^e ligne

3.E

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE



EXAMEN COMPLÉMENTAIRE : SEULEMENT SI drapeaux rouges, faiblesse musculaire ou éligibilité à une injection épidurale
 ✓ Expliquez au patient qu'un examen d'imagerie n'est pas nécessairement requis

PRISE EN CHARGE SI AMÉLIORATION ET PROBLÈME LOMBAIRE	PRISE EN CHARGE SI AMÉLIORATION ET PAS DE PROBLÈME LOMBAIRE	PRISE EN CHARGE SI INFILTRATION ÉPIDURALE ET IRM ILLUSTRATIF	PRISE EN CHARGE RISQUE FAIBLE	PRISE EN CHARGE RISQUE MOYEN À ÉLEVÉ
→ Renvoi vers l'itinéraire de la lombalgie	→ Autogestion: Rassurez le patient et encouragez l'activité physique	→ Autogestion et médicament si → Infiltration d'anesthésiques locaux et de stéroïdes par un anesthésiste/algologue ou un chirurgien du rachis mais PAS avant la fin de la 2 ^e sem. de douleur	Soutien simple et de basse intensité → Autogestion → Médicament seulement si nécessaire (p.ex. à cause de l'intensité de la douleur ou de la demande du patient)	Soutien plus complexe et plus intensif: APPROCHE MULTIMODALE → Autogestion → Médicament seulement si nécessaire → Information sur les signes d'alarme → Programme d'exercices supervisés → +/- Techniques manuelles → +/- Intervention psychologique cognitivo-comportementale
2.C.1	2.C.2	2.C.3	2.C.4.1	2.C.4.2

ASPECTS LIÉS AU TRAVAIL

- Discutez du maintien au travail ou facilitez le retour au travail
- Si vous prescrivez une incapacité de travail:
 - Prévoyez une durée d'incapacité la plus courte possible (jusqu'à la prochaine consultation, endéans les 4 sem max).
 - Prévoyez que la mutualité du patient devra recevoir un certificat précisant le diagnostic (et une estimation de la date de fin du congé de maladie)
 - Demandez au patient s'il pense pouvoir reprendre le travail à la fin du congé de maladie prescrit. Plusieurs modalités d'aides sont possibles (e.g. visite de pré-reprise chez le médecin du travail, reprise progressive du travail, demande spontanée d'un trajet de réintégration, etc.)

SUIVI Selon l'itinéraire de la lombalgie	SUIVI Sortie de l'itinéraire	SUIVI Le patient est revu par le spécialiste après 1 à 2 semaines:	SUIVI
		• Si amélioration, sortie de l'itinéraire • Si peu d'amélioration, 2 ^e infiltration • Si toujours pas d'amélioration, prise en charge en 1 ^{ère} ligne selon le niveau de risque de passage à la chronicité	→ Planifiez un rendez-vous pour une visite de suivi endéans 4 sem. max. (au début de la phase subaiguë). → Conseillez au patient de prendre un rendez-vous plus rapidement (dans les jours qui suivent) s'il présente une douleur de forte intensité, un déficit fonctionnel sévère ou des problèmes de sommeil importants. → Le patient en autogestion devrait pouvoir sortir de l'itinéraire si un soulagement de la douleur est constatée.
2.E.1	2.E.2	2.E.3	2.E.4



2 Semaines 1 et 2 (Phase (hyper)-aiguë)



Les lombalgies ont une probabilité élevée d'évolution spontanée favorable en quelques jours ou semaines; elles ne nécessitent donc pas une médicalisation immédiate. Au contraire, il est nécessaire de rassurer le patient en déconstruisant les nombreuses croyances erronées qui persistent autour de ces douleurs et d'encourager l'autogestion.

S'il s'agit d'une douleur récidivante, rendez-vous directement aux semaines 3 à 5. On parle de douleurs récidivantes lorsque le second épisode de douleurs lombaire dure plus de 24h et survient au moins 1 mois après le précédent.



2.A. ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

➔ **EXCLUEZ LA PRÉSENCE D'UNE PATHOLOGIE SOUS-JACENTE GRAVE (DRAPEAUX ROUGES) ET/OU D'UNE DOULEUR RADICULAIRE**

- En présence d'un **faisceau de drapeaux rouges**, référez le patient sans tarder vers la prise en charge spécifique correspondant au diagnostic suspecté (voir **Cadre 1** à la fin de ce document).
- En présence de **douleur radiculaire**, bifurquez vers l'itinéraire de soins spécifique pour les douleurs radiculaires.



La douleur radiculaire est définie ici comme **une douleur du membre inférieur, provenant d'une inflammation ou de la compression d'une racine nerveuse** (suite à une hernie discale ou une sténose dégénérative du canal rachidien ou du foramen intervertébral).

- Typiquement, la douleur radiculaire siège dans un (ou plusieurs) dermatome(s).
- Elle peut être provoquée par : - la flexion ou une manœuvre de Valsalva en cas de hernie, - l'extension en cas de sténose
- Elle peut être associée ou non à des signes et symptômes neurologiques : insensibilité et/ou paresthésies le long du dermatome correspondant, perturbation des réflexes ou faiblesse motrice dans un myotome associé.
- Chez certains patients, elle prédomine sur la lombalgie; chez d'autres, elle se manifeste de façon isolée.
- Les sciatalgies (« sciatique ») et les cruralgies sont des douleurs radiculaires. La radiculopathie et le syndrome radiculaire sont inclus sous le terme générique « douleur radiculaire ». Les considérer comme des entités séparées est en effet source de confusion dans la mesure où aucun consensus n'existe quant à leur définition et leurs manifestations cliniques.

Dans certains cas, la douleur peut présenter une **composante neuropathique** : sensation de brûlure continue, non modifiée par le mouvement et pouvant être accompagnée de sensations étranges comme des picotements ou mener à une **allodynie** c.-à-d. une sensation de douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore). La prise en charge devient alors très difficile (p.ex. une chirurgie de décompression est rarement efficace). Il faut donc à tout prix **éviter le développement de cette composante neuropathique**.

Outil interactif

FRNL

Semaine 1

Semaine 2

Semaines 3 à 5

Semaines 6 à 11

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

<

>

LOMBALGIE

DOULEUR RADICULAIRE

SOINS DE 1RE LIGNE

SOINS DE 2E LIGNE

Itinéraire



Drapeaux



Boîte à outils

Vue d'ensemble de l'itinéraire

Semaine 1 (phase hyperaiguë)

Anamnèse et examen clinique

Excluez la présence d'une pathologie sous-jacente grave et/ou d'une douleur radiculaire

Examens complémentaires

Pensez à aborder les conditions de travail du patient

PRISE EN CHARGE >



29

www.kce.fgov.be 



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre



eunethta
EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



INAHTA



THANK YOU!