

Référence : UF2300/51.a		Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7	
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :	
Rédaction : Nom : Guillaume Barreau Fonction : Interne	Vérification : Nom : Dr Sarah Lemonnier Fonction : PHC	Vérification : Nom : Dr Marion Horellou Fonction : PHC	
Approbation : Nom : Dr Jeanne Charbonnier Fonction : PHC	Approbation : Nom : Dr Alexis Fremery Fonction : Chef de Clinique	Approbation : Nom : Pr Jean Pujo Fonction : Chef de Service	
Ont collaboré à la rédaction :		Visa qualité :	
Services concernés par application : SAU			
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi			



I- OBJET

Prise en charge des lombosciatiques aiguës

II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecins, internes, IDE du service des urgences

III- TEXTE DE REFERENCE

- 1- HAS ; recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Avril 2019
- 2- Collège Français des Enseignants en Rhumatologie
- 3- Collège des Enseignants de Neurologie
- 4- Lee, J., et al. "Low Back and Radicular Pain: A Pathway for Care Developed by the British Pain Society." *British Journal of Anaesthesia*, vol. 111, no. 1, 2013, pp. 112–20
- 5- Nater, Anick, and Michael G. Fehlings. "The Timing of Decompressive Spinal Surgery in Cauda Equina Syndrome." *World Neurosurgery*, vol. 83, no. 1, 2015, pp. 19–22, van Tulder, Maurits, et al. "Chapter 3 European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care." *European Spine Journal*, vol. 15, no. S2, 2006, pp. s169–91

Référence : UF2300/51.a	Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

IV- DEFINITIONS

Définition clinique : La lombosciatique est une lomboradiculalgie avec association d'une douleur rachidienne lombaire + irradiation au membre inférieur dans un territoire radiculaire. Elle est dite « aigüe » si elle évolue depuis moins de 6 semaines.

Physiopathologie : facteur mécanique (compression ou traction de la racine) + facteurs biochimiques (action neurotoxique, réaction inflammatoire).

Formes cliniques :

- "commune" : compression canalaire majoritairement par conflit disco-radicaire (hernie discale, surtout avant 60 ans) ou sténose canalaire lombaire ("canal lombaire étroit" d'origine arthrosique, surtout après 60 ans)
- "symptomatique" : manifestation d'une autre affection (fracture, infection, tumeur, inflammation).

V- DESCRIPTION

1 – Diagnostic de lombosciatique

Signes positifs

- syndrome rachidien (faible valeur diagnostique) : contracture paravertébrale, limitation des mobilités
- syndrome radiculaire au membre inférieur (forte valeur diagnostique) : hypo/anesthésie dans le territoire radiculaire, abolition du réflexe achilléen (S1), déficit des fléchisseurs plantaires (S1) ou des releveurs du pied (L5), signe de Lasègue (si réveil d'une vraie douleur radiculaire et non d'une lombalgie)

Signes négatifs

- examen osseux de la hanche au tibia normal
- examen vasculaire artériel et veineux rassurant
- examen neurologique ne montrant pas d'autre signe (pas de polynévrite, pas d'atteinte pyramidale)
- examen cutané ne retrouvant pas d'éruption (zona...)

Diagnostics différentiels : Colique néphrétique, pyélonéphrite, méningite, anévrisme aortique

2- Lombosciatique compliquée nécessitant une prise en charge urgente

a. Lombosciatique paralysante

Déficit moteur monoradiculaire coté entre 0 et 3/5 selon l'échelle suivante :

- 5 : mouvement contre résistance, force normale
- 4 : mouvement contre résistance, force diminuée
- 3 : mouvement contre la pesanteur, pas de mouvement contre résistance
- 2 : contraction et mouvement après annulation de la pesanteur
- 1 : contraction palpable sans mouvement
- 0 : absence de contraction



Référence : UF2300/51.a	Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

Si le patient est douloureux et difficilement examinable : traitement antalgique par palier 3 et nouvel examen physique. **Vérifier l'absence de syndrome de la queue de cheval.**

Prise en charge :

-- si déficit de moins de 3 jours : IRM lombaire et avis chirurgical pour décompression dans les 24h. Bilan pré-opératoire

-- après trois jours, la prise en charge chirurgicale n'est pas supérieure à la prise en charge médicale.

b. Syndrome de la queue de cheval

Atteinte pluriradiculaire (de L3 à S1) avec tableau clinique souvent incomplet associé à des troubles génito-sphinctériens (incontinence ou globe urinaire, béance anale, priapisme ou perte des érections matinales) et une anesthésie en selle.

Echographie vésicale post-mictionnelle : un résidu post-mictionnel >500mL a une forte valeur prédictive positive

Prise en charge :

-- urgence absolue : IRM lombaire <3h et avis chirurgical immédiat pour décompression <6h. Bilan pré-opératoire.

c. Lombosciatique résistante à la morphine

Douleur radiculaire intense (et non d'une lombalgie), souvent associée à des signes physiques (prostration ou agitation), un handicap fonctionnel important (positions assise et debout impossibles) et résistante à un traitement antalgique de palier 3 bien conduit.

Prise en charge :

-- il n'existe plus d'indication à une imagerie en urgence ni prise en charge chirurgicale : optimisation du traitement médicamenteux, hospitalisation envisageable selon nécessité d'antalgie

3- En l'absence de critère de gravité : Bilan étiologique

a. Lombosciatique commune (95%)

- étiologie : hernie discale (surtout <60 ans), sténose canalaire lombaire, arthrose inter-apophysaire postérieure ou discarthrose, spondylolisthésis de grade 2 ou 3

- clinique : douleur unilatérale, d'horaire plutôt mécanique (réveils nocturnes possibles selon l'intensité de la douleur), raideur rachidienne, pas de fièvre, pas d'altération de l'état général, pas de notion d'infection récente ou d'antécédent de cancer.

- paraclinique : pas d'indication d'imagerie en urgence ou de bilan biologique



Référence : UF2300/51.a	Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

b. Lombosciatique symptomatique

- étiologie : pathologie tumorale, infectieuse, inflammatoire, fracture

- clinique : Age < 20 ans ou > 55 ans

Antécédent de traumatisme violent récent, de tumeur maligne

Douleur : d'horaire non mécanique, progressive, lombaire haute, constante

Prise de drogue, immunosuppression, VIH

Perte de poids inexpliquée

Fièvre

Signes neurologiques étendus (ex : syndrome de la queue de cheval)

Déformation structurale

- paraclinique :

- Bilan biologique : NFS (monocytose, myélocytose), CRP (inconstamment élevée), ionogramme sanguin avec calcémie (hypercalcémie), phosphatases alcalines, +/- hémocultures

- Radiographies standards du rachis lombo-sacré (F+P) et du bassin : fracture vertébrale pathologique avec recul du mur postérieur, ostéolyse uni- ou plurifocale, lyse pédiculaire ("vertèbre borgne").

En deuxième intention : IRM, imagerie selon recherche de cancer primitif (mammographie, radiographie pulmonaire, TDM TAP)

4- Prise en charge des lombosciatiques communes non compliquées

En dehors des lombosciatiques compliquées, la prise en charge est ambulatoire. Il est indispensable de prendre en compte le contexte social, familial et professionnel du patient, qui influence l'expression du niveau de douleur, sa satisfaction vis-à-vis des soins et l'efficacité du traitement.

a. Traitement non-médicamenteux

- Adaptation des activités au niveau de douleur

- Mesures physiques : application de chaleur, voire port d'une ceinture lombaire pour l'accompagnement de certaines activités. **Messages à destination du patient (Annexe 1)**

b. Traitement médicamenteux

L'objectif principal du traitement médicamenteux est de faciliter la mobilisation précoce et la reprise des activités habituelles. **Exemples de prescriptions médicamenteuses (Annexe 2)**

- traitement antalgique oral : adapté à la douleur exprimée ou à l'hétéro-évaluation de la douleur : paliers 1 à 2

- traitement anti-inflammatoire non-stéroïdien : en cure courte, avant 65 ans, en l'absence de contre-indication (rénale, digestive ou vasculaire).

NB : La corticothérapie (orale ou intraveineuse) n'a aucune place dans la prise en charge d'une



Référence : UF2300/51.a	Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

lombosciatique.

- traitement à visée myorelaxante : pas d'utilité reconnue

c. Kinésithérapie

La kinésithérapie passive n'a pas d'intérêt. La rééducation active est indiquée après amélioration des douleurs radiculaires (4 semaines). Le principal intérêt de la kinésithérapie est la prévention des récives par renforcement musculaire, positionnement rachidien et apprentissage d'auto-exercices.

Prescription de kinésithérapie type (Annexe 3)

d. Contexte professionnel

Un arrêt de travail peut être prescrit mais doit être le plus court possible (**Annexe 4 : durées indicatives d'arrêt de travail**). L'arrêt de travail prolongé expose au passage à la chronicité et majore le risque de désinsertion professionnelle.

e. Orientation après retour à domicile

Consultation chez le médecin traitant pour suivi de l'évolution clinique.

Si évolution défavorable après 4 à 6 semaines de traitement bien conduit :

- imagerie complexe (IRM lombaire de préférence, TDM en deuxième intention)
- orientation en rhumatologie pour infiltrations rachidiennes (2 à 3 infiltrations de corticoïdes espacées de quelques jours en l'absence de contre-indications)

Si évolution défavorable après traitement bien conduit et infiltrations inefficaces :

- orientation en chirurgie pour prise en charge chirurgicale du conflit disco-radiculaire (efficace sur les radiculalgies mais pas sur les lombalgies)



Référence : UF2300/51.a	Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

VI- ANNEXES

Annexe 1 : Messages à destination du patient

L'activité normale n'aggrave pas la hernie. Le repos au lit n'est pas préconisé. Il est délétère au-delà de trois jours.

Commencer les séances de kinésithérapie après régression des douleurs dans les membres inférieurs

Activ'Dos : une application gratuite développée par l'Assurance Maladie qui propose plus de 60 exercices de tous niveaux à réaliser à son rythme, des vidéos sur les bonnes postures à adopter ainsi qu'un suivi de l'activité et des douleurs.

La ceinture lombaire est inefficace pour le soutien lombaire, son port prolongé n'est pas préconisé. Il peut avoir ponctuellement une fonction éventuelle lors de la reprise d'activité.

Annexe 2 : Exemples de prescriptions médicamenteuses

Palier 1 : Paracétamol 1g toutes les 6h (maximum 4g/jour) pendant 10 jours

Palier 2 : Tramadol LP 100 mg un comprimé matin et soir pendant 5 jours (consigne de ne pas conduire)

AINS :

Diclofenac LP 75 mg : 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 7 jours

Ketoprofène 100 mg : 1 cp matin et soir au milieu du repas pendant 7 jours

Oméprazole 20mg le matin pendant 7 jours à visée gastro-protectrice si ATCD d'ulcère gastro duodénal, traitement par anticoagulant, corticoïdes, anti agrégants plaquettaires



Référence : UF2300/51.a	Titre : Lombosciatiques aiguës aux urgences adultes	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 09/01/2023 Date dernière révision :

Annexe 3 : Prescription de kinésithérapie type

Séances de kinésithérapie pour :

- rééducation active du rachis avec renforcement musculaire des érecteurs du rachis
- correction des troubles statiques (techniques d'adaptation posturale) et étirements des muscles rachidiens, pelviens et sous-pelviens
- apprentissage d'exercices d'auto-rééducation et de techniques d'ergonomie rachidienne (notamment verrouillage de la charnière lombo-sacrée)

A débiter après disparition des douleurs radiculaires

Annexe 4 : durées indicatives d'arrêt de travail (HAS)

TYPE D'EMPLOI	DÉFINITION	DURÉE DE RÉFÉRENCE
Sédentaire	-	1 jour
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg Charge répétée < 5 kg	3 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg Charge répétée < 10 kg	14 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours

