



La thérapie par l'exercice est-elle efficace pour le traitement de la lombalgie aiguë non spécifique ?

Référence

IJzelenberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, et al. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD009365.pub2

Analyse de

Stéphanie Grosdent, Université de Liège, Département des Sciences de l'activité physique et de la réadaptation, François Léonard et Nancy Durieux, Université de Liège, Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation. Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quels sont les bénéfices et les risques de la thérapie par l'exercice pour la lombalgie aiguë non spécifique chez les adultes, comparativement à un traitement factice/placebo ou à l'absence de traitement, à court, moyen et long terme ?

Contexte

La lombalgie est l'une des affections musculosquelettiques les plus répandues dans le monde (1). Elle se caractérise par une gêne fonctionnelle ou une douleur localisée entre la charnière thoracolombaire et le pli fessier inférieur, pouvant s'accompagner d'une irradiation vers les membres inférieurs (1). Le terme "lombalgie aiguë non spécifique" désigne un épisode de douleur lombaire d'une durée inférieure à six semaines, sans cause identifiable liée à une pathologie spécifique (rachidienne ou extrarachidienne, telle qu'une infection, un cancer, une fracture, etc.) (2). Bien que la majorité des cas de lombalgie non spécifique s'améliorent en termes de douleur et de capacité fonctionnelle dans les six semaines suivant leur apparition, plus de 20% des patients continuent de ressentir des douleurs après douze semaines, évoluant alors vers une lombalgie chronique (3). Une analyse Minerva (4) d'une revue systématique avec méta-analyse a mis en évidence une incertitude quant à l'efficacité de certains médicaments antalgiques dans la lombalgie aiguë non spécifique et a rappelé que plusieurs médicaments présentent une augmentation des effets indésirables (5). Dans ce contexte, la thérapie par l'exercice (TE) constitue une alternative ou un complément thérapeutique couramment utilisé pour la prise en charge de la lombalgie, offrant une approche non pharmacologique dont le rapport bénéfice-risque apparaît souvent plus favorable. Elle regroupe un ensemble d'interventions actives planifiées ou supervisées par un professionnel de santé, incluant des activités, des postures ou des mouvements spécifiques (6). Ces interventions visent à améliorer la condition physique, la souplesse, la stabilité, la coordination ou encore la force musculaire. Les programmes d'exercices se distinguent par leur grande variabilité : ils peuvent être standardisés ou individualisés, différer en termes de dosage (durée, fréquence, intensité), de format de mise en œuvre (supervisés ou non, individuels ou en groupe) et de types d'exercices (renforcement, étirements, stabilisation, etc.) (7). De plus, ils peuvent être associés à d'autres traitements conservateurs. Bien que largement utilisée, l'efficacité de la TE dans le traitement de la lombalgie aiguë non spécifique reste incertaine.

Résumé

Méthodologie

Revue systématique Cochrane (8).

Sources consultées

- bases de données :
 - Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) via CRS Web, Cochrane Back and Neck (CBN) Trials Register via CRS Web, MEDLINE via OvidSP, Embase via OvidSP et embase.com, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) via EBSCO, Physiotherapy Evidence Database (PEDRo), PsycINFO via OvidSP et EBSCO, SportDiscus, PubMed, US National Institutes of Health Ongoing Trials Register ClinicalTrials.gov ; World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)
 - pas de restriction quant à la langue de publication, la date de publication, ni le statut de publication
- listes de référence des études primaires incluses et des articles de synthèse pertinents
- recherche d'errata ou d'avis de rétractation dans PubMed pour les études incluses.

Études sélectionnées

- études incluses dans la revue systématique initiale (après réévaluation) (6,9)
- critères d'inclusion :
 - essais contrôlés randomisés (publiés ou non)
 - adultes souffrant de lombalgie aiguë (de six semaines ou moins) non spécifique
 - thérapie par l'exercice prescrite ou planifiée par un professionnel de la santé
 - intervention factice/placebo, pas de traitement, patients sur une liste d'attente, autres traitements conservateurs, autre thérapie par l'exercice, la même thérapie par l'exercice en complément d'une autre intervention ou encore comparaison entre la thérapie par l'exercice et une autre intervention, d'une part, et l'autre intervention seule, d'autre part
 - contexte de soins primaires, secondaires ou tertiaires
 - mesures des résultats rapportés par les participants (voir ci-dessous)
- critères d'exclusion :
 - études postopératoires, études portant sur la prévention des lombalgies récurrentes, études qui limitaient le suivi à un jour
 - adultes souffrant de lombalgie causée par des pathologies ou des conditions spécifiques
- finalement sélection de 23 études (dont 13 étaient incluses dans la revue systématique initiale).

Population étudiée

- adultes (18 ans ou plus) souffrant d'une lombalgie aiguë non spécifique avec ou sans douleur irradiante
- population mixte d'hommes et de femmes, d'âge moyen (à l'exception de deux études qui ont recruté des personnes d'une vingtaine d'années)
- au total, les études ont impliqué 2674 participants et fourni des données pour 2637 participants.

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires :
 - intensité de la douleur, mesurée sur une échelle visuelle analogique (EVA), une échelle d'évaluation numérique (ENN), le **score de douleur de McGill** ou d'autres échelles de douleur
 - statut fonctionnel, mesuré par une échelle spécifique aux maux de dos telle que le **questionnaire d'invalidité Roland-Morris (RMDQ)** ou l'**indice d'invalidité d'Oswestry (ODI)**
 - évaluation subjective de la récupération, mesurée par une échelle d'amélioration globale telle que l'échelle d'effet global perçu (GPE)
- critères de jugement secondaires :

- retour au travail
- qualité de vie liée à la santé
- évènements indésirables
- moment de l'évaluation des résultats :
 - court terme : moins de trois mois après la randomisation
 - moyen terme : entre trois et neuf mois après la randomisation
 - long terme : plus de neuf mois après la randomisation.

Résultats

- mesure des résultats primaires
 - TE versus placebo :
 - intensité de la douleur : 1 RCT ; pas de preuves d'efficacité à court, moyen et long terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - statut fonctionnel : 1 RCT ; pas de preuves d'efficacité à court, moyen et long terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - TE versus pas de traitement :
 - intensité de la douleur : 2 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court, moyen et long terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - statut fonctionnel : 2 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court, moyen et long terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - TE versus liste d'attente : absence de RCT
 - TE versus autre traitement conservateur :
 - intensité de la douleur :
 - à court terme : 11 RCTs ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - à moyen terme : 6 RCTs ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - à long terme : 4 RCTs ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - statut fonctionnel :
 - à court terme : 11 RCTs ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - à moyen terme : 7 RCTs ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - à long terme : 6 RCTs ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - évaluation subjective de la récupération : 1 RCT ; pas de preuves d'efficacité à court terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - TE versus autre TE :
 - intensité de la douleur : 3 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent ; pas d'évaluation à moyen et long terme
 - statut fonctionnel : 4 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court et long terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent ; pas d'évaluation à moyen terme
 - évaluation subjective de la récupération : absence de RCT
 - TE versus TE avec un autre traitement :

- intensité de la douleur : 3 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court et moyen terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - statut fonctionnel : 3 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court et moyen terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - évaluation subjective de la récupération : absence de RCT
- TE plus autre traitement versus l'autre traitement uniquement :
 - intensité de la douleur : 2 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - statut fonctionnel : 2 RCTs ; pas de preuves d'efficacité à court terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - évaluation subjective de la récupération : 1 RCT ; pas de preuves d'efficacité à court terme ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
- mesure des résultats secondaires
 - TE versus placebo :
 - retour au travail : 1 RCT ; pas de preuves d'efficacité à long terme
 - pas de RCT pour la qualité de vie et les effets indésirables
 - TE versus pas de traitement :
 - retour au travail : 1 RCT ; effet statistiquement significatif à court terme (1,8 jours de maladie en plus pour les sujets recevant une TE avec IC à 95% de 0,1 jours à 3,5 jours) et moyen terme (2,5 jours de maladie en plus pour les sujets recevant une TE avec IC à 95% de 0,2 jours à 4,9 jours)
 - absence de RCT pour la qualité de vie liée à la santé et les effets indésirables
 - TE versus liste d'attente : pas de RCT
 - TE versus autre traitement conservateur :
 - retour au travail : 4 RCTs ; effet statistiquement significatif à moyen terme (-9,7 jours d'absence, IC à 95% de -14,31 à -5,09) ; effet statistiquement non significatif à court et à long terme
 - qualité de vie liée à la santé : pas de RCT
 - événements indésirables : 2 RCTs rapportent uniquement des résultats qualitatifs
 - TE versus autre TE :
 - retour au travail : 1 RCT ; pas de preuve d'efficacité ; effet non statistiquement significatif, non cliniquement pertinent
 - absence de RCT pour la qualité de vie liée à la santé et les effets indésirables
 - TE versus TE avec un autre traitement :
 - retour au travail : pas de RCT. qualité de vie liée à la santé : 2 RCTs ; pas d'effets statistiquement significatif ni cliniquement pertinent
 - événements indésirables : 1 RCT ; aucun événement indésirable rencontré
 - TE plus autre traitement versus l'autre traitement uniquement :
 - pas de RCT pour le retour au travail, la qualité de vie liée à la santé et les événements indésirables.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que “La TE comparée au traitement sham/placebo peut ne pas avoir d'effet cliniquement pertinent sur la douleur ou l'état fonctionnel à court terme chez les personnes souffrant de lombalgie aiguë non spécifique, mais les preuves sont très incertaines. La TE comparée à l'absence de traitement peut n'avoir aucun effet cliniquement pertinent sur la douleur ou l'état fonctionnel à court terme chez les personnes souffrant de lombalgie aiguë non spécifique, mais les preuves sont très incertaines. Nous avons abaissé le niveau de certitude des preuves à très faible en raison de l'incohérence, du risque de biais et de l'imprécision (peu de participants)”.

Financement de l'étude

Les auteurs n'ont pas reçu de financement pour l'étude.

Conflit d'intérêts des auteurs

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Bien que certains aspects méthodologiques mineurs ainsi que certains éléments liés au *reporting* puissent être questionnés, cette revue systématique présente une bonne qualité méthodologique globale. Les auteurs ont défini des critères d'éligibilité en lien avec leur objectif de recherche. Ils ont également consulté diverses bases de données bibliographiques et registres de RCTs. Plusieurs paires d'auteurs ont sélectionné les publications pertinentes, extrait les données des études incluses et évalué le risque de biais de celles-ci. Concernant l'analyse des données, les auteurs ont utilisé un modèle de méta-analyse à effet aléatoire sur les mesures de résultats, en incluant un nombre suffisant d'études aux méthodologies similaires. Toutefois, ils n'ont pas fourni de détails précis sur leurs analyses, et l'estimation de l'hétérogénéité n'est pas documentée. Le biais de publication a été évalué visuellement à l'aide d'un *funnel plot*, sans qu'aucune conclusion ne puisse être tirée. De plus, le nombre d'études incluses est insuffisant pour réaliser les analyses en sous-groupes ou les analyses de sensibilité prévues. Étant donné le nombre limité de RCTs pour chaque mesure de résultats, l'utilisation de méta-analyses n'apporte pas d'éléments pertinents pour évaluer la force probante des résultats. Davantage d'études sont nécessaires dans ce domaine afin de pouvoir tirer des conclusions avec un niveau de preuve suffisamment élevé pour orienter la pratique clinique.

Évaluation des résultats

L'étude inclut des adultes souffrant de lombalgie aiguë non spécifique, majoritairement d'âge moyen, recrutés principalement dans des pays occidentaux (Europe et Amérique du Nord) ainsi qu'en Asie. Cette population apparaît peu représentative des patients âgés (> 65 ans). Les critères de jugement primaires (mesures des résultats rapportés par les participants : intensité de la douleur, incapacité fonctionnelle et récupération perçue) sont alignés sur les priorités des patients en phase aiguë. Les auteurs ont utilisé des seuils de différence minimale cliniquement importante pour interpréter les résultats. Toutefois, ni la réduction de la douleur ni l'amélioration fonctionnelle n'ont atteint le seuil requis de 10 points (sur une échelle de 0 à 100) pour être considérées comme cliniquement significatives. Les interventions d'exercice évaluées, bien que réalisables dans le contexte de soins santé en Belgique (notamment en kinésithérapie), présentent une hétérogénéité marquée en termes de durée, de fréquence, de type d'exercices et de modalité de supervision. Par ailleurs, l'absence de bénéfices clairs, combinée à une faible certitude des preuves, interroge quant à l'efficacité de ces interventions pour réduire la douleur et améliorer la fonction au-delà de l'évolution naturelle de la lombalgie aiguë. Par conséquent, la TE ne devrait pas être systématiquement recommandée dans ce contexte. Une approche individualisée, tenant compte des préférences du patient et de la disponibilité des ressources, semble préférable. Ces résultats sont cohérents avec une revue de revues systématiques (10), qui n'a pas identifié de bénéfice clinique significatif de la TE chez des patients souffrant de lombalgie aiguë par rapport à d'autres traitements, quel que soit le délai considéré. Ils concordent également avec d'autres revues systématiques ciblant des modalités spécifiques d'exercice (11-13). L'ensemble de ces éléments suggère que la prise en charge initiale de la lombalgie aiguë devrait privilégier d'autres approches, telles que l'éducation thérapeutique et la gestion médicamenteuse raisonnée, plutôt que le recours systématique à un programme structuré d'exercices. Ceci contraste avec la lombalgie chronique, où l'évolution naturelle diffère et où la TE peut avoir un rôle plus clairement établi.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le guide de pratique du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de 2017 sur la lombalgie et la douleur radiculaire (14) recommande, en cas de lombalgie aiguë associée à un faible risque de passage à la chronicité, une approche simple consistant à rassurer, encourager l'autogestion et l'activité physique, et prescrire éventuellement des médicaments. Pour les patients présentant un profil de risque

plus élevé de passage à la chronicité, une approche plus complexe est préconisée, incluant un programme d'exercices supervisés, éventuellement accompagné de techniques manuelles et/ou d'interventions psychologiques en fonction du type de risque identifié. Les recommandations du NICE de 2016, actualisées en 2020 (15), ainsi que celles du KNGF/ VvOCM de 2024 (16) sont en cohérence avec les recommandations du KCE.

Les recommandations de pratique clinique américaines publiées en 2021 (17) concernant la prise en charge des lombalgies aiguës et chroniques indiquent que la TE constitue une modalité d'intervention qui peut être utilisée chez les patients souffrant de lombalgie aiguë, avec ou sans irradiation douloureuse dans le membre inférieur.

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique d'essais contrôlés randomisés ne met pas en évidence de bénéfice clinique de la thérapie par l'exercice (TE) chez les patients souffrant de lombalgie aiguë non spécifique en termes de réduction de la douleur ou d'amélioration du statut fonctionnel, par rapport au placebo, à l'absence de traitement ou à d'autres approches conservatrices. Compte tenu de l'incertitude importante des preuves et de l'évolution souvent spontanément favorable de la lombalgie aiguë, la nécessité de recourir à la TE pour cette population pourrait être remise en question.

Références

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391:2356-67. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X
2. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018;391:2368-83. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6
3. Wallwork SB, Braithwaite FA, O'Keeffe M, et al. The clinical course of acute, subacute and persistent low back pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2024;196:E29-E46. DOI: 10.1503/cmaj.230542
4. Feron J-M. Quelle place donner aux médicaments antalgiques dans la lombalgie aiguë chez l'adulte ? Une méta-analyse en réseau comparant leur efficacité et sécurité. *Minerva Analyse* 20/11/2023.
5. Wewege MA, Bagg MK, Jones MD, et al. Comparative effectiveness and safety of analgesic medicines for adults with acute non-specific low back pain: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2023;380:e072962. DOI: 10.1136/bmj-2022-072962
6. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2021, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD009790.pub2
7. Abenham L, Rossignol M, Valat JP, et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25(4 Suppl):1S-33S. DOI: 10.1097/00007632-200002151-00001
8. IJzelenberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, et al. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2023, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD009365.pub2
9. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD000335.pub2
10. Karlsson M, Bergenheim A, Larsson ME, et al. Effects of exercise therapy in patients with acute low back pain: a systematic review of systematic reviews. *Syst Rev* 2020;9:182. DOI: 10.1186/s13643-020-01412-8
11. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, et al. Effectiveness of the McKenzie method of mechanical diagnosis and therapy for treating low back pain: literature review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2018;48:476-90. DOI: 10.2519/jospt.2018.7562
12. Machado LA, de Souza Mv, Ferreira PH, Ferreira ML. The McKenzie method for low back pain: a systematic review of the literature with a meta-analysis approach. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31:E254-E262. DOI: 10.1097/01.brs.0000214884.18502.93
13. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, et al. Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2016, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD012085
14. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires - Résumé. *Good Clinical Practice*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

2017. KCE Reports 287Bs. D/2017/10.273/34. URL : <https://kce.fgov.be/fr/un-guide-de-pratique-clinique-pour-les-lombalgies>
15. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. Published: 30 November 2016. Last updated: 11 December 2020.
 16. Apeldoorn AT, Swart NM, Conijn D, et al. Management of low back pain and lumbosacral radicular syndrome: the Guideline of the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). Eur J Phys Rehabil Med 2024;60:292-318. DOI: 10.23736/S1973-9087.24.08352-7
 17. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, et al. Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther 2021;51:CPG1-CPG60. DOI: 10.2519/jospt.2021.0304