Quelles sont les interventions psychologiques efficaces pour les lombalgies chroniques aspécifiques ? Une analyse par méta-analyse en réseau

Référence
Ho E, Ferreira M, Chen L, Simic M, et al. Psychological interventions for chronic non-specific low back pain: protocol of a systematic review with network meta-analysis. BMJ Open 2020;10:e034996. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034996

Analyse de
Jean-Marc Feron, CAMG UCLouvain
Aucun conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez les patients souffrant de lombalgies chroniques non spécifiques, quelles interventions psychologiques ont montré la meilleure efficacité quant à la douleur et à la fonction ?

Contexte

Dans le traitement des lombalgies chroniques aspécifiques, Minerva a de longue date analysé de nombreuses options thérapeutiques (1-24), qu'elles soient d'ordre physique, médicamenteux, voire chirurgical, aucune n'ayant montré une efficacité telle qu'elle se permette de se suffire à elle-même et d'exclure les autres. La littérature à propos de la lombalgie chronique insiste donc sur une approche globale, incluant aussi une intervention psychologique. Pour preuve l'importance de dépister précocement les patients à risque de chronicisation de douleur à l'aide d'outils spécifiques donnant une part importante à la composante psychologique (25,26). Cependant les différentes approches psychologiques n'avaient jusqu'à présent pas été comparées entre elles en termes d'efficacité sur la douleur et la fonction, ni sur quelle durée (27).

Résumé

Méthodologie

Méta-analyse en réseau (NMA, Network Meta-Analysis) où les essais randomisés sélectionnés devaient avoir inclus des patients adultes souffrant de lombalgie chronique.

Sources consultées

- les essais ont été sélectionnés à partir des bases de données Medline, Embase, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Web of Science, SCOPUS, et CINAHL, à deux étapes différentes (1/titre + abstract et 2/ texte complet).

Etudes sélectionnées

- la lombalgie chronique non spécifique a été définie selon les directives du NICE
- ces essais devaient comparer au moins une intervention psychologique, seule ou en combinaison, avec d'autres interventions ; l'analyse a inclus les approches suivantes : thérapies cognitivo-comportementales, réduction du stress par technique de pleine conscience, thérapie par acceptation et engagement, thérapie cognitivo-fonctionnelle, coaching de santé, biofeedback, formation à la douleur, et conseil utilisant des principes de théorie psychologique ; il n'y avait pas de restriction quant aux interventions étudiées en tant que comparateur

- ont été inclus des essais contrôlés randomisés en parallèle et en grappes, ainsi que la première phase d'essais contrôlés randomisés croisés, qui avaient été publiés dans des revues à comité de lecture ; les auteurs n'ont pas limité les études à la durée du suivi
- la recherche a exclu les études observationnelles, les essais non randomisés, les rapports courts, les lettres de recherche, les résumés de conférences ou les études qui n'avaient pas été publiées sous forme d'articles complets dans des revues scientifiques à comité de lecture
- ont également été incluses des études portant sur une combinaison de populations souffrant de lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique, à condition que plus de 50% des participants souffrent de lombalgie chronique et que les résultats aient été rapportés séparément pour le sous-groupe de lombalgie chronique ; l'analyse comprenait également des études de participants souffrant de lombalgie chronique associée à d'autres conditions de douleur chronique, à condition que plus de 50% des participants aient signalé un diagnostic de lombalgie chronique et que les résultats aient été rapportés séparément pour le sous-groupe de lombalgie chronique.

Population étudiée

- ont été inclus : patients âgés de 18 ans et plus, souffrant de lombalgie chronique non spécifique (> 12 semaines), sans cause spécifique identifiée, avec ou sans sciatalgie
- avec ou sans présence de douleur aux jambes
- ont été exclus : participants atteints de pathologies graves (par exemple : sténose vertébrale, malignité, traumatisme, fracture vertébrale, infection et troubles inflammatoires)
- les auteurs ont finalement sélectionné 97 études incluant un total de 13136 patients, pour 17 types d'interventions.

Mesure des résultats

- critères de jugement primaires : le fonctionnement physique (échelles d'Oswestry, de Roland Morris, de Quebec) et l'intensité de la douleur dans le bas du dos (échelles numériques, visuelles analogiques, de McGill) ; pour ces critères primaires les données continues ont été comparées par différences moyennes standardisées (DMS)
- critères de jugement secondaires : l'évitement par crainte de la douleur, la qualité de vie en rapport avec la santé, la compliance aux interventions, et la sécurité (effets indésirables)
- les résultats ont été classés par phases chronologiques : post intervention (à la fin de l'intervention jusqu'à < 2 mois), à court terme (2 à 6 mois post intervention), à moyen terme (6 à 12 mois post intervention) et à long terme (> 12 mois) ; la sécurité des interventions a été évaluée par la fréquence des effets indésirables considérés au sens large.

Résultats

- pour le fonctionnement physique, versus kinésithérapie seule, la thérapie cognitivo-comportementale (DMS de 1,01 avec IC à 95% de 0,58 à 1,44 ; N = 11 ; n = 657) et la formation à la douleur (DMS de 0,62 avec IC à 95% de 0,08 à 1,17), toutes deux fournies avec la kinésithérapie, ont montré une amélioration cliniquement significative en phase post intervention ; le résultat le plus durable sur le fonctionnement a été montré avec la formation à la douleur combinée à la kinésithérapie, en tout cas en phase moyen terme (DMS de 0,63 avec IC à 95% de 0,25 à 1,00 ; niveau de certitude faible)
- pour l'intensité de la douleur, versus kinésithérapie seule, la thérapie comportementale (DMS de 1,08 avec IC à 95% de 0,22 à 1,94 ; niveau de certitude faible), la thérapie cognitivo-comportementale (DMS de 0,92 avec IC à 95% de 0,43 à 1,42 ; niveau de certitude modéré) et la formation à la douleur (DMS de 0,91 avec IC à 95% de 0,37 à 1,45 ; niveau de certitude modéré), toutes procurées avec la kinésithérapie, ont montré un effet cliniquement significatif en post intervention ; seule la thérapie comportementale combinée avec la kinésithérapie montre un effet maintenu au moins à moyen terme sur la douleur (DMS de 1,01 avec IC à 95% de 0,41 à 1,60 ; niveau de certitude élevé)

- les critères de jugement de sécurité n'ont été évalués que par 20 essais ; 12 d'entre eux ne rapportent aucun effet indésirable ; seules 4 études rapportent des effets indésirables liées à la thérapie comportementale et cela ne concernent que 1 ou 2 patients par études, toujours en rapport avec la douleur ou son vécu ; cependant, aucun des effets indésirables relatés n'a été jugé comme important cliniquement.

Conclusion des auteurs
Les auteurs concluent que pour les patients souffrant de lombalgies chroniques non spécifiques, les interventions psychologiques sont plus efficaces lorsqu'elles sont combinées à la kinésithérapie. Les programmes de formation à la douleur et les thérapies (cognitivo-) comportementales donnent les résultats les plus durables (au moins jusqu'à 12 mois post intervention). Les données manquent quant à l'efficacité à long terme (> 12 moins).

Financement de l'étude
Cette étude n'a reçu aucune subvention spécifique d'un organisme de financement des secteurs public, commercial ou à but non lucratif.

Conflits d'intérêts des auteurs
Tous les auteurs ont rempli le formulaire de divulgation uniforme de l'ICMJE et déclarent aucun soutien de la part d'une quelconque organisation pour le travail soumis

Discussion

Evaluation de la méthodologie
Les recommandations PRISMA ont été suivies pour rendre compte de la revue systématique et de la méta-analyse. Une recherche approfondie dans la littérature a été effectuée. La sélection des articles a été effectuée par deux chercheurs indépendants sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion clairement définis. Les auteurs ont réalisé un funnel plot. La qualité méthodologique des RCTs incluses a été réalisée avec l'outil Cochrane « risque de biais » et la variante du même outil pour les RCTs en grappe, qui évalue un domaine supplémentaire : le biais résultant de l'identification ou du recrutement de participants individuels au sein des grappes. Relevons que pour la fonction physique, sur 61 études uniques incluses dans la NMA, 58 ont été jugées comme présentant des préoccupations et trois ont été jugées comme présentant un risque élevé de biais. Pour l'intensité de la douleur, sur 66 études, 62 ont été jugées comme ayant des préoccupations et quatre ont été jugées comme ayant un risque élevé de biais. La force d'une méta-analyse en réseau est de pouvoir considérer et comparer en un seul temps un large panel d'interventions différentes toutes focalisées sur une même population, ce qui ne serait pas possible avec une méta-analyse classique. La nécessité de regrouper de façon pragmatique les traitements par nœuds (17 dans cette étude) et d'utiliser des outils statistiques relativement sophistiqués (network plots) pour comparer de façon indirecte la taille d'effet de chaque intervention constituent ses faiblesses. Le manque de données dans les essais inclus quant à l'adhérence des patients aux différentes interventions psychologiques n'a pas permis d'évaluer de façon fiable la compliance pour ce type d'intervention, qui de plus varie fortement en fonction de l'interaction humaine entre le patient et son thérapeute. Le manque de données quant à l'effet à long terme a abouti à des intervalles de confiance très larges pour cette phase. Les risques de biais et les niveaux de preuve ont cependant été bien rapportés.

Interprétation des résultats de l'étude
Une approche de division, validée, a été utilisée pour séparer différents types d'interventions psychologiques en catégories distinctes. En outre, les interventions psychologiques réalisées avec ou sans co-interventions ont été délimitées. Les revues précédentes ont généralement regroupé différents types d'interventions psychologiques ou regroupé des interventions psychologiques avec ou sans co-interventions, dans une seule comparaison, ce qui pouvait conduire à des comparaisons hétérogènes et à des estimations inexactes des effets du traitement. Cela dit, les auteurs ont dû également privilégier une approche pragmatique en regroupant quand même certaines approches psychologiques afin de

gagner en puissance. Mais ils ont vite été confrontés à une augmentation de l'hétérogénéité. Au global, cette méta-analyse en réseau a permis de distinguer, parmi les très nombreuses interventions psychologiques qui peuvent être proposées aux patients lombalgiques chroniques, celles qui ont démontré une certaine efficacité sur le fonctionnement physique et l'intensité de la douleur, à savoir les thérapies (cognitivo-) comportementales et la formation à la douleur, mais toujours en combinaison avec la kinésithérapie. L'efficacité de ces 2 approches est surtout démontrée en phase post-traitement et à moyen terme. Les données manquent quant au long terme et à la compliance. Les auteurs affirment également que des analyses en sous-groupe ont été réalisées en cas d'hétérogénéité mais que les résultats n'ont pas été modifiés. Rappelons cependant que, dans une méta-analyse, ce genre d'analyse est réalisée en post-hoc et que les patients répartis ainsi dans les différents groupes échappent à une randomisation bien construite (28).

Que disent les guides de pratique clinique ?

En ce qui concerne les douleurs chroniques (pas seulement les lombalgies) l'approche bio-psycho-sociale n'est guère remise en question dans la littérature. Une revue Cochrane (29) de 2014 montre le bénéfice d'une approche pluridisciplinaire par rapport aux « soins usuels ». Encore faut-il préciser de façon plus concrète ce qu'implique ce modèle. Ebpracticenet (30) se base sur le guide de pratique clinique du KCE (31) pour situer l'indication des interventions psychologiques (essentiellement de type cognitivo-comportementales) « qui peuvent constituer un volet important de la prise en charge multimodale chez certains patients à un moment donné de leur parcours (en fonction du niveau de risque) et ne devraient jamais être obligatoires ». NICE (32) et une recommandation de la HAS (33) de 2019 recommandent de toujours combiner l'approche psychologique (formation à la neurophysiologie de la douleur, TCC) avec la thérapie physique, ce qui est en totale cohérence avec les résultats de cette méta-analyse. La recommandation de la HAS précise que cette combinaison doit être proposée en traitement de seconde intention.

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse en réseau montre que pour les patients souffrant de lombalgies chroniques non spécifiques, les interventions psychologiques combinées à la kinésithérapie sont plus efficaces que la kinésithérapie seule. Les programmes de formation à la douleur et les thérapies (cognitivo-) comportementales montrent les résultats les plus durables (au moins jusqu'à 12 mois post intervention) sur le fonctionnement physique et l'intensité de la douleur. Même si les données manquent quant à la compliance des patients par rapport à ce type d'intervention, en pratique l'accessibilité et la standardisation de ces thérapies en combinaison avec la kinésithérapie devrait être encouragée pour tous les patients lombalgiques à risque de chronicisation. Cette synthèse méthodique a cependant inclus quasi en totalité des essais avec des limites méthodologiques jugées préoccupantes. Cette méta-analyse en réseau n'échappe pas aux limites liées à sa conception.

Références

1. Ailliet L. Les manipulations et les mobilisations du rachis comme traitement des douleurs lombaires chroniques ? Minerva Analyse 16/12/2019.
2. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, et al. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2019;364:l689. DOI: 10.1136/bmj.l689
3. Sabbe N, de Caluwé J-R. Manipulation et mobilisation pour le traitement des lombalgies chroniques. Minerva Analyse 15/07/2019.
4. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, et al.Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J 2018;18:866-79. DOI: 10.1016/j.spinee.2018.01.013
5. Feron J-M. Balance bénéfice - risque de la gabapentine et de la prégabaline dans la lombalgie chronique. Minerva Analyse 15/02/2019.
6. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, et al. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS Med 2017;14:e1002369. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002369
7. La rédaction Minerva. La dénervation par radiofréquence comme traitement des lombalgies chroniques. MinervaF 2018;17(4):52-5.

8. Juch JN, Maas ET, Ostelo RW, et al. Effect of radiofrequency denervation on pain intensity among patients with chronic low back pain: the Mint randomized clinical trials. JAMA 2017;318:68-81. DOI: 10.1001/jama.2017.7918
9. Coppe M. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans le traitement médicamenteux des lombalgies chroniques ? Minerva Analyse 15/02/2017.
10. Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2016, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD012087
11. Thibaut K. Lombalgies non spécifiques : exercices Pilates ou exercices sur cyclo-ergomètre ? Minerva Analyse 15/02/2015.
12. Marshal PW, Kennedy S, Brooks C, Lonsdale C. Pilates exercise or stationary cycling for chronic nonspecific low back pain: does it matter? a randomized controlled trial with 6-month follow-up. Spine 2013;38:E952-9. DOI: 10.1097/BRS.0b013e318297c1e5
13. Devroey D. La thérapie manuelle en cas de lombalgies chroniques ? MinervaF 2014;13(4):45-6.
14. Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, et al. Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. Ann Fam Med 2013;11:122-9. DOI: 10.1370/afm.1468
15. Chevalier P. Yoga ou stretching pour les lombalgies chroniques ? Minerva Analyse 28/04/2012.
16. Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, et al. A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. Arch Intern Med 2011;271:2019-26. DOI: 10.1001/archinternmed.2011.524
17. Duyver C. Exercices supervisés, à domicile ou manipulations (chiropraxie) pour les lombalgies chroniques. MinervaF 2012;11(3):32-3.
18. Bronfort G, Maiers MJ, Evans RL, et al. Supervised exercise, spinal manipulation, and home exercise for chronic low back pain: a randomized clinical trial. Spine 2011;11:585-98. DOI: 10.1016/j.spinee.2011.01.036
19. Chevalier P, Le Polain B. Opioïdes et lombalgies chroniques : efficacité et sécurité. MinervaF 2007;6(7):98-9.
20. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, et al. Systematic Review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. Ann Intern Med 2007;146:116-27. DOI: 10.7326/0003-4819-146-2-200701160-00006
21. [S.n.]. Revalidation versus arthrodèse vertébrale en cas de lombalgies chroniques. MinervaF 2006;5(4):50-1.
22. Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J et al. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. BMJ 2005;330:1233. DOI: 10.1136/bmj.38441.620417.8F
23. Aertgeerts B. Acupuncture pour les lombalgies. MinervaF 2006;5(4):54-5.
24. Manheimer E, White A, Berman B, et al. Meta-analysis: acupuncture for low back pain. Ann Intern Med 2005;142:651-63. DOI: 10.7326/0003-4819-142-8-200504190-00014
25. Feron J-M. Efficacité pour le patient lombalgique de l'approche combinant dépistage des risques (STarT Back Tool) et traitement ciblé versus soins standard. MinervaF 2021;20(7):87-90.
26. Ogbeivor C, Elsabbagh L. Management approach combining prognostic screening and targeted treatment for patients with low back pain compared with standard physiotherapy: a systematic review & meta-analysis. Musculoskeletal Care 2021;1-21. DOI: 10.1002/msc.1541
27. Ho E, Ferreira M, Chen L, Simic M, et al. Psychological interventions for chronic non-specific low back pain: protocol of a systematic review with network meta-analysis. BMJ Open 2020;10:e034996. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034996
28. Chevalier P, Van Driel M, Vermeire E. Hétérogénéité dans les synthèses méthodiques et méta-analyses. MinervaF 2007;6(10) :160.
29. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD000963.pub3
30. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. Mis à jour par le producteur : 15/07/2018.
31. Lombalgie. Itinéraire KCE, 2022. URL : https://lombalgie.kce.be/
32. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] 2016. Last updated: 2020.
33. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique 2019.