



Classification des Lombalgies de la Quebec Task Force

Références bibliographiques :

Spitzer W.O.-Scientific approach to the assessment and management of activity -related spinal disorders. A monograph for clinicians *Spine* 1987; 7: (Suppl)S1-S59.

Approche scientifique de l'évaluation et du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs. Médecine Clinique et Expérimentale 1987 ; 10: (suppl n°5)

Expertise Collective INSERM. - Rachialgies en milieu professionnel. Quelles voies de prévention ? Paris, INSERM, 1995.

La classification proposée comporte **onze catégories**. Elle est fondée sur l'anamnèse, l'examen clinique, les examens paracliniques et la réponse au traitement.

Chacun des quatre premiers groupes est subdivisé selon la durée des symptômes depuis le début :

- a) – **stade aigu : moins de sept jours**
- b) – **stade sub-aigu : de sept jours à sept semaines**
- c) – **stade chronique : au-delà de sept semaines**

Les quatre premiers groupes et le dixième groupe sont également subdivisés selon l'activité au moment de l'évaluation

T : travaille

N : ne travaille pas

Lombalgie Dorsalgie Cervicalgie	Localisation et/ou origine de la douleur	Irradiation	Signes Neurologiques
Type 1	Localisation à la racine D'un membre	sans irradiation du pli fessier ou de l'épaule	Absents
Type 2	Le plus souvent, origine dans les structures profondes du rachis	Irradiation dans un membre inférieur ou membre supérieur, sans dépasser le genou ou le coude	Absents
Type 3	Origine radiculaire ou plus diffuse, vasculaire ou métamérique (pseudo-sciatalgie)	Irradiation dans un membre qui dépasse le genou ou le coude. Elle peut occuper un dermatome spécifique	Absents
Type 4	Syndrome radiculaire ayant le plus souvent pour origine une hernie discale Autres origines: Déformation de la colonne vertébrale pouvant entraîner une irritation ou un déficit radiculaire	Irradiation dans un membre	Présents

Lombalgie Dorsalgie Cervicalgie	Indication clinique	Examen paraclinique	Utilité diagnostique
Type 5	Compression radiculaire présumée	Radiographie	Fractures, lésions osseuses d'origine infectieuse ou tumorale, réduction du diamètre des trous de conjugaison ou instabilité vertébrale
Type 6	Compression radiculaire démontrée	Tomographie axiale assistée par ordinateur, myélographie, discographie, Résonance magnétique nucléaire, électromyographie, blocs nerveux.	Protrusion discale, douleurs radiculaires avec signes neurologiques
Type 7	Sténose vertébrale démontrée avec douleur lombaire croissante dans la journée, douleur dans une ou dans les deux jambes et paresthésies augmentées ou provoquées par la marche	Radiographie ordinaire, confirmation par la myélographie ou la tomographie axiale	Visualisation des changements dégénératifs

Lombalgie, Cervicalgie Dorsalgie	Etat post-chirurgical	Type de patients	Indication
Type 8	Pendant les 6 mois qui suivent l'intervention chirurgicale	Patients n'éprouvant pas de douleurs, mais qui suivent un programme de réadaptation et patients pour qui la chirurgie a été un échec	Discectomie, laminectomie, arthrolyse vertébrale
Type 9	Au-delà de 6 mois après l'intervention chirurgicale	<p>1-Patients opérés qui sont devenus asymptomatiques ou qui éprouvent des douleurs occasionnelles</p> <p>2-Patients qui souffrent encore de douleurs vertébrales et/ou radiculaires persistantes après l'intervention chirurgicale, ou récurrentes après une période silencieuse</p>	<p>1- Possibilité d'une nouvelle hernie discale inférieure à 20%</p> <p>2- Possibilité d'une nouvelle hernie discale égale à 70 à 80 % et possibilité de fibrose péineurale</p>
Type 10	Chronicité c'est à dire avec douleur limitant les activités quotidiennes	Dans 70 à 80 % des cas, aucun signe objectif majeur n'est manifeste	Signes objectifs de la douleur chronique: limitation du mouvement, hyperesthésie, faiblesse musculaire. Troubles dépressifs non exclus

Type 11 : autres diagnostics : métastases, causes viscérales...