

La Lombalgie

Le mal de dos représente un des fléaux de notre société, tant sur le plan de la douleur que de l'invalidité qu'elle représente, et a donc un impact important sur le plan économique. Malgré les progrès réalisés dans les différents secteurs de la santé, il ne semble pas qu'il y ait une vraie amélioration des résultats des prises en charges thérapeutiques de ce type de pathologie.

Classification et définition

La section "rachis" de la Société française de rhumatologie définit la lombalgie comme une douleur située entre les dernières côtes et le bassin pouvant irradier la région fessière et la cuisse mais ne dépassant pas le genou. Par opposition, la sciatique ou sciatalgie, pouvant avoir la même origine, dépasse le genou pour atteindre le pied selon un trajet dépendant de la racine touchée. Cette définition se limite donc à des notions de douleurs basées sur la topographie, mais pas sur l'étiologie.

La lombalgie "non spécifique" (ou commune) est définie comme une "douleur lombo-sacrée médiane ou latéralisée avec possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur dans la région lombo-sacrée. Il est décrit que la lombalgie aiguë évolue sur une période de quelques jours à moins de 3 mois, et peut évoluer sur un mode récurrent. Elle devient chronique lorsque la douleur évolue et persiste depuis plus de 3 mois. Les lombalgies chroniques représentent 7 à 10 % des cas selon les études et sont à l'origine de 80 % des coûts du traitement de la lombalgie.

Etiologie

Les étiologies de lombalgies sont nombreuses et il est vraiment important de réaliser un diagnostic différentiel afin de déterminer le traitement.

- Pathologies inflammatoires, fractures, tumeurs

Ces étiologies correspondent à des contre-

indications relatives ou absolues à la rééducation, au moins dans les premiers temps suite au diagnostic initial. Une prise en charge spécifique par un rhumatologue, un orthopédiste, un neurochirurgien ou un oncologue paraît indispensable avant toute intervention possible d'un kinésithérapeute.

- Pathologies organiques (hernie discale et discopathie, canal lombaire étroit, spondylolisthésis)

Elles correspondent à une modification de la structure ou de la forme même de l'organe. Lors des discopathies, la structure et la forme du disque sont modifiées. Le canal lombaire étroit se définit comme un rétrécissement osseux et ligamentaire du canal médullaire transversal et longitudinal. Une modification de la structure de la vertèbre se retrouve aussi dans les spondylolisthésis le plus souvent avec lyse isthmique.

- Pathologies fonctionnelles (raideur, hypo-extensibilités musculaires, trouble postural, déséquilibre musculaire)

Par opposition au groupe précédent, ces étiologies ne présentent aucune modification réelle de la structure des éléments anatomiques. Il existe en revanche un trouble fonctionnel qui altère la physiologie mécanique du sujet à travers une raideur ou une majoration des contraintes, à mettre en lien avec l'apparition des douleurs, c'est ce que l'on appelle le syndrome rachidien. L'action du kinésithérapeute s'applique essentiellement aux pathologies fonctionnelles, même s'il garde une efficacité dans les pathologies organiques peu évoluées car elles s'accompagnent aussi de troubles fonctionnels.

Les tests spécifiques de la douleur

La douleur est un signe commun à toutes les étiologies, il faut donc préciser ses caractéristiques (Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Depuis quand ? Facteurs

d'apparition ? Facteurs aggravants ? Facteurs améliorants ? Effet des traitements ? Type de douleur ?). Une première partie des étiologies peut ainsi être éliminée en fonction des réponses données par le patient et le diagnostic ainsi que le traitement s'en verront facilités. Des tests spécifiques peuvent être réalisés dans le cadre de la lombalgie (Lasègue, Lasègue modifié, Léri, Néri, Ito-Shirado, Biering-Sorensen), chaque test met en évidence une donnée spécifique qui permettra d'éclairer le praticien vers le diagnostic étiologique. À la fin de cet examen clinique, les examens complémentaires permettent de réaliser le diagnostic différentiel.

Traitement

S'il existe un consensus professionnel fort pour l'utilisation du massage manuel dans la lombalgie, le niveau de preuve scientifique est toujours faible, de même avec le TENS de plus en plus utilisé bien qu'aucun article ne démontre son efficacité.

Les données et essais cliniques militent en faveur d'une association de plusieurs techniques, comme par exemple l'association de massages à visée antalgique et décontractante avec des techniques de gain de mobilité à visée fonctionnelle.

Les techniques de gain de mobilité à visée fonctionnelle s'intéressent tout particulièrement à la région lombaire et à la hanche, avec pour objectif la reprise des activités antérieures, évitant l'installation dans la chronicité. Ces techniques sont séparées en deux groupes mais doivent être associées pour augmenter l'efficacité :

- manœuvres passives/thérapie manuelle regroupant le concept Kaltenborn-Evejen, le concept Maitland et le concept Sohier qui ne montrent "aucun critère de dangerosité et peuvent donc constituer d'utiles options thérapeutiques".
- techniques actives regroupant les techniques de contracter-relâcher recommandées en particulier en situation chronique, les techniques de Mézières, et les techniques actives locales dynamiques à type de diagonales de Kabat.

La poursuite de la rééducation est globale, intégrant le segment dans une activité de l'ensemble du corps, dans le but de prévenir

les récurrences dans le travail ou dans les loisirs.

La reprise du Mouvement

Il paraît difficile de favoriser les mouvements de moindre contrainte si nous n'avons pas conscience de cette région du corps. Hors d'après l'homunculus de Penfield, la représentation sensitive et motrice du tronc occupe peu de place sur les projections corticales. La capacité de perception dans l'espace et le contrôle moteur sont donc réduits, ce qui se répercute sur l'état psychique du patient sachant que la gestuelle algique favorise l'immobilisme et la peur du mouvement.

Apprendre à différencier les sensations favorise la reprise du mouvement. Il faudra donc s'habituer à distinguer par exemple la sensation de travail actif des spinaux (souvent confondu avec la douleur) ou la sensation de blocage articulaire. La répétition des comportements gestuels doit conduire à l'automatisation. Il faut changer les habitudes ancrées dans les mœurs par l'apprentissage d'une économie rachidienne, placer le patient au plus proche de ses activités quotidiennes pour mettre en évidence les mouvements nocifs à proscrire notamment les mouvements de flexion et rotation qui augmentent les contraintes discales. Le patient doit apprendre à gérer son rachis lombaire en contrôlant ses postures et également sa mobilité lombo-pelvienne.

De nombreuses situations du quotidien font l'objet de réflexion et de mises en situations pratiques afin que chacun puisse développer des moyens préventifs en lien avec sa pathologie. L'analyse des répercussions de la douleur sur la vie quotidienne montre d'importantes difficultés dans les gestes et les positions à adopter (toilette, habillage, repas, déplacements, transferts). Se rapprocher du quotidien et du mode de vie du patient permet d'enclencher une communication où les deux parties apportent leurs connaissances, il faudra que le kinésithérapeute s'adapte à chaque patient et à ses demandes. Certains ajustements peuvent être nécessaires notamment concernant l'aménagement du domicile.

Positions, mouvement et transferts

Il est important d'alterner les différentes

positions pour solliciter et reposer différentes structures tout au long de la journée. Le kinésithérapeute observe les capacités de réalisation des transferts et leurs ergonomies, la douleur étant un signal d'alarme servant de référentiel dans l'application des concepts d'économie du rachis dans les périodes aiguës.

La position assise, posture de base, amène une bascule postérieure du bassin qui amorce une cyphose globale du rachis thoracique et une réduction de la lordose lombaire. De ce fait les ligaments sont mis en tension, ainsi que les fibres postérieures des disques intervertébraux. La diminution de la flexion de hanche et l'augmentation de la flexion de genou (en venant s'asseoir au bord de la chaise, les pieds sous le tronc ou avec une chaise haute) représentent une bonne solution quand il faut maintenir une posture assise prolongée.

D'une manière générale, il faut passer le moins de temps possible «avachi» (flexion de la colonne vertébrale) pour protéger ses disques intervertébraux, d'où l'intérêt de la maîtrise des exercices d'Auto-agrandissement Axial Actif (AAA) qui permettent de lutter contre ce phénomène. Cependant, il est peu probable que le patient adopte ce verrouillage actif tout au long de la journée et il peut donc être intéressant de mettre en place un coussin lombaire pour aider au verrouillage passif et reposer ainsi les muscles et articulations.

Pour accéder aux choses basses on évalue le savoir-faire du patient, notamment la descente, le chargement et la remontée. Le choix des positions se fait en fonction de la hauteur et du poids de l'objet à manutentionner. Pour certaines charges basses et lourdes la position «accroupie» est recommandable, mais plus coûteuse en énergie musculaire. Pour accéder à un rangement très bas, nous recommanderons la position «chevalier servant», et si le patient doit juste prendre un vêtement nous lui proposerons de fléchir les genoux et garder les lombaires en position physiologique en «sortant les fesses».

Les ports de charges obligent aussi à respecter quelques principes de base comme rapprocher la charge de son centre de gravité,

encadrer la charge et verrouiller le bassin lors d'une «ventilation abdominale inversée» (bloquer la respiration sur le temps inspiratoire, ventre rentré afin d'augmenter les pressions internes par la contraction des abdominaux et du périnée et ainsi déclencher un auto-grandissement réflexe).

Conclusion

Le kinésithérapeute doit toujours avoir en tête que le message à faire passer est d'autant plus clair qu'il est concret, et que l'observance d'un programme d'auto-rééducation est favorisée lorsque le programme est supervisé par un professionnel de santé. De plus, si la douleur est diminuée par l'application de certains comportements gestuels, ces comportements trouveront un intérêt aux yeux des patients. Les séances de kinésithérapie doivent intégrer la notion de prévention, et le travail personnel du patient à domicile doit être encouragé en lui donnant des exercices bien ciblés à répéter chaque jour. Ces exercices devront être non douloureux et surtout non agressifs pour la colonne vertébrale. Les consignes de réalisation devront être strictes concernant les principes de réalisation, le type ventilatoire associé, le nombre de répétitions, le temps de travail et de repos, et enfin les compensations à proscrire.

RÉFÉRENCES

1. Menais, P., Le rachis, Kinesither Rev, N°128-129 ;
2. Xardhez, Y., Le verrouillage lombaire entraîne-t-il la peur du mouvement chez le lombalgique?, Kinésithérapie, les cahiers, N°14-15;
3. Dufour, X., Ghossoub, P., Cériani, A., Barette, G., École du dos: prévention des lombalgies, KS, N°529,
4. Gouilly, P., Trudelle, P., Prise en charge kinésithérapique du lombalgique, KS, n°481;
5. Dufour, X., Ghossoub, P., Loubiere, M., Barette, G., Arrêtons de soigner la «lombalgie», KS, n°506;
6. Lardry, J.M., Le massage dans le traitement des lombalgies: quel intérêt?, KS, N°536;
7. Lambert, D., Prat-Akrich, A.S., Ficheux, G., Prise en charge rééducative après hernie discale opérée, KS, N°503;

Kiné @ Dom

Service de Masso-Kinésithérapie à Domicile

38, boulevard Gorbella - 06100 Nice, France

Tél: 04 83 58 01 36 • Fax: 04 83 58 01 33

www.kineadom.fr • contact@kineadom.fr