

## La lombalgie chronique

M1 APA UE3 E2



oudot.carole@gmail.com

### Plan du cours:

- 1- Epidémiologie
- 2- Définitions
- 3- Etiologies
- 4- Facteurs de risque
- 5- Evaluations
- 6- La prise en charge



**Epidémiologie** Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### Problème majeur de santé public:

- > Douleurs dorsolombaires concernent:  
60 à 80% de la population dans des pays industrialisés
- > Souvent transitoires mais persistant (+ 3 mois) dans:  
10% des cas .. »lombalgie chronique »

**Epidémiologie** Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### Enjeux socio-économiques:

- 6 millions de consultations médicales / an
  - 5.2% actes médecins généralistes
  - 18% actes radiodiagnostic
  - 30% actes Kiné
  - 13% des accidents de travail
  - 2<sup>e</sup> cause d'invalidité

Soit 1.5 milliards d'euros/an!

**Epidémiologie** Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### La lombalgie:

La lombalgie est une douleur de localisation lombaire, plus ou moins latéralisée, plus ou moins dépendante de l'activité, généralement soulagée par le repos en décubitus dorsal

C'est donc un symptôme et non une maladie

**Epidémiologie** Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### La lombalgie aiguë vs lombalgie chronique

La lombalgie est dite **aiguë**, si la douleur est récente (**moins de 4 à 6 semaines**) (ex: le classique lumbago).  
Même si les douleurs sont très importantes au début, elles vont rapidement disparaître, soit toutes seules, soit grâce à un traitement

La lombalgie est dite **chronique**, si les troubles persistent depuis **plus de 3 mois**. Cette douleur peut être accompagnée d'une irradiation à la fesse, voir à la crête iliaque et à la cuisse)

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

### La lombalgie commune vs lombalgie symptomatique

On parle de **lombalgies communes** lorsque les causes responsables sont en rapport avec une origine « **mécanique** » (une hernie discale, une arthrose, un pincement discal..)

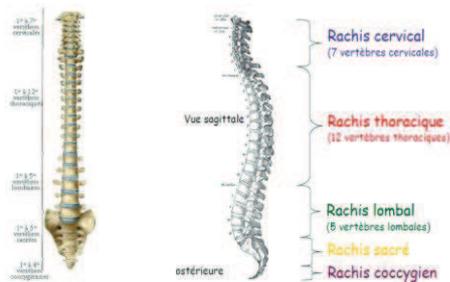
On parle de **lombalgies symptomatiques** lorsqu'il y a une **atteinte non mécanique** de la colonne vertébrale (infection, ostéoporose, rhumatisme inflammatoire) ou lorsqu'il y a une lésion qui ne concerne pas la colonne vertébrale (colique néphrétique).

### La lombalgie

Il est important de comprendre que **les origines de la douleur sont souvent multiples** et qu'il est bien difficile de déterminer précisément **le niveau de lésion et la cause**.

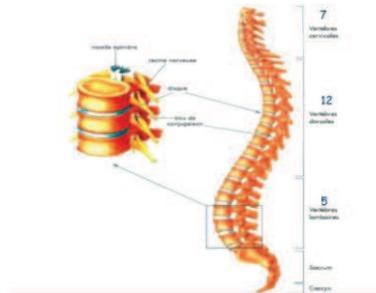
Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### Rappel anatomique (1)



Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### Rappel anatomique (2)



Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### Rappel anatomique (3)

Les vertèbres pièces osseuses qui s'empilent les unes sur les autres, articulées entre elles grâce aux articulations **interapophysaires postérieures** qui jouent le rôle de guide lors des mouvements de la colonne vertébrale.

Les disques intervertébraux, véritables **amortisseurs des pressions** qui s'exercent sur la colonne.

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

#### Rappel anatomique (3)

Les vertèbres pièces osseuses qui s'empilent les unes sur les autres, articulées entre elles grâce aux articulations **interapophysaires postérieures** qui jouent le rôle de guide lors des mouvements de la colonne vertébrale.

Les disques intervertébraux, véritables **amortisseurs des pressions** qui s'exercent sur la colonne.

Les muscles et des ligaments qui entourent la colonne vertébrale, assurant sa stabilité et permettant sa mobilisation

Les nerfs rachidiens, issus de la moelle épinière sortent à chaque étage vertébral par **les trous de conjugaison**

**Niveau d'atteinte:**

Chacun de ces éléments peuvent devenir douloureux et irriter les racines nerveuses des nerfs rachidiens

Ainsi la survenue de **lombalgie** peut apparaître à plusieurs niveaux:

- Vertèbres
- Disques
- Interapophysaire postérieur
- Ligaments, muscles
- De l'ensemble de la colonne

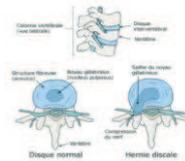
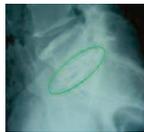
**Au niveau des vertèbres:**

- Fracture
- Tassement ostéoporotique



**Au niveau des disques:**

- Pincement
- ↳ Épaisseur de la hauteur du disque (transparent sur la radio)
- ↳ De l'espace entre 2 vertèbres
- Hernie discale



**Au niveau des articulations interapophysaires postérieurs:**

▪ L'arthrose

Caractérisée par l'**usure chronique du cartilage** de l'articulation, accompagnée d'un déséquilibre entre la production et la dégradation des cellules osseuses

▪ Arthrose



**Au niveau des articulations interapophysaires postérieurs:**

▪ L'arthrose

La diminution du cartilage et l'élargissement des extrémités osseuses



Modification de la position de l'articulation ainsi que des déformations **irréversibles**



**Au niveau des ligaments et des muscles:**

- Entorse ligamentaire
- Faiblesse ou déchirure musculaire

Epidémiologie Définitions **Etiologies** Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

### Au niveau de l'ensemble de la colonne:

Déformation (scoliose, ↗ cambrure)



Epidémiologie Définitions **Etiologies** Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

### Plusieurs causes possibles:

#### ➤ Traumatismes

- Choc, chute, mouvement forcé, effort musculaire brutal
- Fracture (corps vertébral ou apophyses)
- Douleur tardive après fracture
- Douleurs post-opératoires

#### ➤ Rhumatismales

- Arthrose

Epidémiologie Définitions **Etiologies** Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

### Plusieurs causes possibles:

#### ➤ Maladies osseuse

- Ostéoporose (ménopause, sénilité, immobilisme)
- Ostéomalacie (défaut de minéralisation)
- Ostéite fibro-kystique de Recklinghausen (trouble du métabolisme osseux)
- Maladie de Paget (anomalies de l'architecture de l'os et une fibrose de la moelle)
- Mal de Pott (tuberculose osseuse)
- Spondylodiscite non tuberculeuse (une infection du tissu osseux)

Epidémiologie Définitions **Etiologies** Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

### Plusieurs causes possibles:

#### ➤ Tumeurs vertébrales (Ruff 1989) (cancer vertébral, cancer histologique)

- Métastases
- Tumeurs de voisinage comprimant les troncs nerveux

#### ➤ Maladies viscérales abdominales

- Lithiase rénale (calcul du rein)
- Affections gynécologiques

#### ➤ Causes neurologiques

- Méningite chronique
- Sclérose en plaques

Epidémiologie Définitions **Etiologies** Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

### Plusieurs causes possibles:

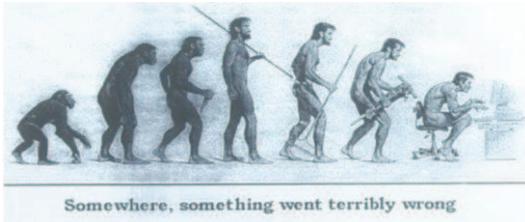
#### ➤ Causes psychogènes

Fréquentes avec profil psychologique caractéristique (hypersensibilité, anxiété, dépression), au cours de situations conflictuelles (sexuelles, familiales, financières)

Epidémiologie Définitions **Etiologies** Facteurs de risque Evaluations Prise en charge

Finalemnt:

Il est important de comprendre que **les origines de la douleur sont souvent multiples** et qu'il est bien **difficile de déterminer précisément le niveau de lésion et la cause.**

**Nos modes de vie:****Mais aussi:**

- ✓ âge (fréquence ↗ avec l'âge)
- ✓ intensité activité physique au travail  
Posture et contraintes mécaniques (charge/ pencher frqt/ vibration)
- ✓ contexte psycho-social
- ✓ Insatisfaction au w/stress/anxiété/dépression « se plaindre d'en avoir plein de dos »
- ✓ surpoids
- ✓ sport de compétition (alors que l'activité sportive de loisir régulière protège de la lombalgie)

## Les évaluations

Repose sur des méthodes et outils **fiables** et **reproductibles**

**Evaluation de la douleur:**✓ **Evaluation quantitative de la douleur**

Outil: EVA + validée scientifiquement, permet objectivation  
- peu utilisée

Evaluation qualitative de la douleur  
Outil: Questionnaires

Ex: Saint- Antoine (traduction MacGill Pain Qr)  
+ distingue part neuro/ méca/psycho de la douleur  
- trop long pour pratique quotidienne

Ex: Qr Multidimensional Pain Inventory  
+ Qr biopsychosocial

**Evaluation physique:**

- ✓ Evaluation **force et endurance** du rachis
- ✓ Evaluation extensibilité et mobilité du rachis
- ✓ Evaluation performance cardio-respiratoire et déconditionnement périphérique

Corrélation entre l'évaluation physique et le bilan clinique

✓ **Evaluation niveau(x) atteinte du rachis**

Outils: techniques d'imagerie médicales (scanner, IRM)

Utilisation aussi de l'EMG

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque **Evaluations** Prise en charge

✓ **Evaluation physique: force et endurance**  
Tests de lever de charge

= test de P.I.L.E (progressive isoinertial lifting evaluation) décrit par T. Mayer

Buts: Faire soulever au sujet charge progressivement plus importante

Charge initiale ♂ (6.5 kg), ♀ (4kg)



Evalue charge max et charge totale soulevée  
Sujet sain: charge max 40 à 50% poids du corps  
Lombalgique: charge max 20 à 25% poids du corps

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque **Evaluations** Prise en charge

**Test isométrique**  
Maintenir le buste relevé le plus longtemps

**Test de Sorensen**

Sujets sains  
: 3min  
4min 30  
+ Cooper 1993, combine avec EMG:

Sujets lombalgiques  
1min 30



Figure 1: Test de Sorensen



**Activité EMG + impte des paravertébraux chez Lombalgiques**  
**recrutement compensatoire d'autres muscles pour pallier aux limites d'endurance des extenseurs**

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque **Evaluations** Prise en charge

✓ **Evaluation physique: force et endurance**

**Test isométrique**



Test de Sorensen (évaluation endurance des Ext.)

Avantage: Simplicité, faible coût et reproductibilité (Latimer et al, 1999)

Inconvénient: Pas calcul du rapport E/F possible



Figure 1: Test de Sorensen

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque **Evaluations** Prise en charge

✓ **Evaluation physique: force et endurance**

**Tests isocinétiques**

Avantage: Quantification de la perte de forces antagonistes ( Fléch/Ext/rotateur)  
Evaluation sur plusieurs positions (assis, debout...)  
Evaluation en mode concentrique et excentrique

Inconvénients: Appareillage onéreux, complexe d'utilisation

✓ **Evaluation physique: force et endurance**

**Tests isocinétiques**

**Méthodologie:**

- Axe rotation entre L4/L5 ou L5/S1
- Vitesse d' exécution 30 à 180°/s (Mandell et al, 1996)
- Reproductibilité variable et dépendante de l'apprentissage (Newton et al, 1993, Delitto et al, 1996)

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque **Evaluations** Prise en charge

✓ **Evaluation physique: force et endurance**

**Tests isocinétiques**

**Valeurs mesurées:**

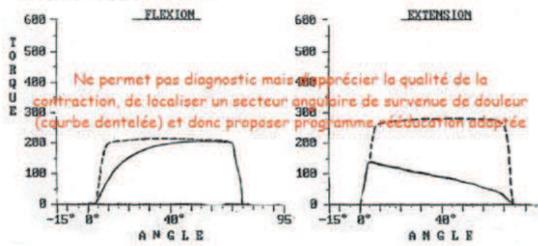
- Moment max (N.m<sup>-1</sup>)
- W total (Joules)
- Puiss moyenne (Watts) P=W/T
- Ratio E/F

Valeurs dépendent du sexe (<femme) Newton et al 1993  
Valeurs peu dépendantes de l'âge entre 20 et 55 ans Kerkour et al, 1993; Newton et al 1993

Valeurs non corrélées au poids (Brady et al, 1994; Mandell et al, 1993)

✓ Evaluation physique: force et endurance

Analyses graphiques:



Evaluation physique: force et endurance

↘ Fléchisseurs (psoas, abdos, carrés des lombes)

↘ Extenseurs (muscles spinaux)



↘ Volume des muscles érecteurs  
Modification de la composition des fibres musculaires

✓ Evaluation physique: force et endurance

L'EE cardio-respiratoire (test triangulaire)

- Evaluation de l'adaptation cardiaque et respiratoire au repos et à l'effort
- Quantifier les paramètres métaboliques principaux (V'O2, SV....)

✓ Evaluation physique: force et endurance

Extenseurs

Sujets normaux sédentaires  
250 N.m-1 ♂  
100 à 170 N.m-1 ♀

Sujets sportifs  
>322 N.m-1

Ext sujets LC: ↘ 40%

Fléchisseurs

Sujets normaux sédentaires  
130 à 200 N.m-1 ♂  
80 à 120 N.m-1 ♀

Fléc sujets LC: ↘ 20%

Ration E/F

Sujets normaux sédentaires

1.2 ♂  
1 ♀

Ratio E/F sujets LC: <1

Evaluation de la lombalgie

✓ Evaluation physique : extensibilité et mobilité

Le rachimètre



Mesure de la distance mains-sol



Test de Schoëber



Résumé

- ✓ Evaluation q'tive/ q'tive de la douleur
- ✓ Evaluation niveaux atteint du rachis
- ✓ Evaluation physique  
Force/ endurance (lever charge/ isométrique/ isocinétique)  
Mobilité/ Extensibilité (rachimètre/ dist main sol...)  
Performance cardio-respiratoire

✓ Evaluation psychologique:

- ✓ Appréhender le profil psycho, personnalité
- ✓ Estimer l'impact de la maladie sur la qité de vie

✓ Evaluation psychologique:

• Mini-Mult= Inventaire de personnalité Multiphasique de Minnesota sous la forme d'un énoncé concernant une croyance, une attitude ou une préoccupation

Ex: Je crois qu'il y a une vie dans l'au-delà, ma mémoire semble bonne, j'entends souvent des voix sans savoir d'où elles viennent, la plupart du tps je souhaiterai être mort  
52 items (Vrai ou Faux)  
⇒ Profils classiques (hypocondrie, dépression, schizo, parano)

• CISS= « Inventaire de coping pour situations stressantes »

48 items (score 1à 5)  
⇒ Mesure l'impact multidimensionnel du « coping ou stratégie d'évitement

• S.E.I = « Inventaire d'estime de soi »  
58 items (me ressemble ou me ressemble pas)  
⇒ Évalue le jugement d'un sujet sur lui-même sur un plan soc/ famill/prof)

✓ Evaluation psychologique: la qualité de vie

✓ Outils spécifiques

✓ EIFEL « Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombaires  
⇒ Evolution naturelle de la LC, à partir du retentissement fonctionnel de la douleur

Questionnaire de Dalla

⇒ Influence de la douleur sur la vie quotidienne

Echelle de Québec

⇒ Prend en compte limitations fctnelles liées à la douleur, suivre l'évolution des patients dans programme réhabilitation  
La cotation s'effectue sur échelle ordinaire à 6 points, de 0 = aucune difficulté à 5 = incapable.

ECHELLE D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE pour L'ÉVALUATION DES LOMBALGIES (EIFEL)

Si vous êtes classé au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là 1

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondre au questionnaire qui suit

Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lisez une phrase qui correspond bien à une difficulté que vous affecte aujourd'hui, cochez là. Dans le cas contraire, laissez en blanc et passer la phrase suivante.

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui!

Question	Oui	Non
1 Je reste pratiquement tout le temps à cause de mon dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je change souvent de position pour soulager mon dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 A cause de mon dos, je n'aide de la rampe pour monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 J'ai mal au dos la plupart du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussures (ou bas/chaussettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je dors mieux à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui-1, Non=0	Total / 24

Plus le score est élevé, plus le retentissement du mal de dos est important

Questionnaire de Dalla

**1/ La douleur et son intensité**

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

0% Pas du tout      Parfois      Tout le temps 100%

--	--	--	--	--

**2/ Les gestes de la vie**

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc...) ?

0% Pas du tout (pas de douleur)      Moyennement      Je ne peux pas sortir du lit 100%

--	--	--	--	--

✓ **Evaluation psychologique: la qualité de vie**✓ **Outils non-spécifiques**

- Pain Disability Index (PDI)
- Functional Assessment Screening questionnaire (FASQ)
- Functional Independence Measure (FMI)
- Echelles génériques d'état de santé, du handicap et de la qualité de vie

✓ **Evaluation du contexte socioprofessionnel**

Outils: questionnaire de satisfaction au travail « general health questionnaire »



Les facteurs socio-professionnels sont les facteurs les plus importants associés au processus de chronicisation

## ✓ Finalement

L'évaluation doit permettre de manière précise:

- d'identifier les étiologies
- d'objectiver les déficiences

Pour finalement:

- définir les objectifs thérapeutiques
- adapter au mieux les outils

Prise en charge de la lombalgie

✓ **Les approches thérapeutiques**

## ✓ Les anciennes:

Le repos:

Utilisé pendant longtemps comme thérapie,.... Remi en cause depuis les années 80 (Wadell et coll, 1997)

➡ Mais pb syndrome de déconditionnement « se reposer, c'est rouiller »

Critères de jugement étaient: le tx de guérison, la sédation des douleurs, le retour aux activités de quotidiennes et retour au travail

Prise en charge de la lombalgie

✓ **Les approches thérapeutiques**

## ✓ Les anciennes

## Les écoles du dos

Proposées dans les années 70 elles visaient à un apprentissage ergonomique

- Education de la posture et des mouvements
- Formation théorique et pratiques pluridisciplinaire (anat, bioméca..)

✓ **Les approches thérapeutiques: « les classiques »**

## Les traitements médicamenteux

↪ Centrés seulement sur l'antalgie, donc insuffisant!!

## Les traitements chirurgicaux

↪ Très souvent non adaptés, car pas d'origine lésionnelle

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations **Prise en charge**

✓ **Les approches thérapeutiques: « les modernes »**

**Les programmes multidisciplinaires**

- Restauration fonctionnelle du rachis
- Réentraînement à l'effort
- Prise en charge psychosociale

Durée variable 3 à 8 semaines mais ++ 5 semaines

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations **Prise en charge**

✓ **Les approches thérapeutiques: « les modernes »**

**Les programmes multidisciplinaires**

- Chercher à limiter les csqs fonctionnelles à la fois sur le malade et son environnement
- Favoriser le retour à une activité professionnelle
- Réduire la douleur
- Améliorer les capacités physiques générales (endurance cardio-respiratoire) et spécifique (↑flexibilité, ↓aideur, ↑force et endurance des muscles déficients, lever l'inhibition neuromusculaire)

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations **Prise en charge**

✓ **Les approches thérapeutiques: « les modernes »**

**Les programmes multidisciplinaires**

**Contenus des programmes:**

- Echauffements (20 à 30')
- Etirements (40 à 50')
- Globaux, posturaux et spécifiques (passif et actif)
- Renforcement musculaire (8 à 10 semaines; 3 \* par semaine)
- Spinaux, abdo, latéro du tronc, extenseurs MI

Premières semaines => restauration de la F, amélioration synchronisation geste  
Deuxièmes semaines => hypertrophie

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations **Prise en charge**

✓ **Les approches thérapeutiques: « les modernes »**

**Les programmes multidisciplinaires**

**Contenus des programmes:**

- REE cardio-respiratoire (30 à 45'; 2 à 3x /sem)
- Vélo, marche, course => capacité aérobie
- Restauration fonctionnelle du rachis (/renforcement musculaire)
- Premières semaines => amélioration flexibilité rachis (dist, main-sol)
- Dernières semaines => levée et port de charges (svt chronométrée)

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations **Prise en charge**

✓ **Les approches thérapeutiques: « les modernes »**

**Les programmes multidisciplinaires**

**Contenus des programmes:**

- Suivi psychologique
- Gérer stress, anxiété/ entourage médical et familial
- Retour continu sur les progrès
- Inciter investissement personnel
- Appréhender la motivation reprise du travail

Epidémiologie Définitions Etiologies Facteurs de risque Evaluations **Prise en charge**

✓ **Prise en charge et recommandations de la lombalgie**

Orienter la prise en charge vers une meilleure efficacité et une meilleure efficacité.

Priorité à la réinsertion socio-professionnelle, afin de limiter:

- Les arrêts de travail prolongés néfastes
- L'accroissement de l'invalidité lombalgique
- Une surconsommation de soin médical et chirurgical (recours abusif à la chirurgie)

✓ **Recommandations et état des lieux**

Etablies par l'ANAES sur demande de la CNAM en décembre 2000

**ANAES:** Agence nationale d'accréditation et d'évolution en santé  
**CNAM:** conservatoire natilano des Arts et métiers

Methodo: Etat des lieux de la biblio détaillée par les sociétés savantes des thèmes concernés

Mots clés: low back pain, chronic pain

**Cotation des traitements selon efficacité :**

Tableau. Grade des recommandations.	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<b>Niveau 1</b> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	<b>A</b> Preuve scientifique établie
<b>Niveau 2</b> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Essais comparatives non randomisés bien menés - Etudes de cohorte	<b>B</b> Présomption scientifique
<b>Niveau 3</b> - Etudes cas-témoins	<b>C</b>
<b>Niveau 4</b> - Essais comparatives comportant des biais importants - Etudes rétrospectives - Série de cas	Faible niveau de preuve

Tableau récapitulatif des traitements et de leur efficacité dans la lombalgie chronique selon leur grade de recommandation

Modalité thérapeutique	Critère de jugement	Grade de la recommandation	Recommandation
Exercices physiques Programmes multidisciplinaires	Douleur Douleur, fonction et réinsertion professionnelle	Grade B Grade B	Recommandés Recommandés → <b>Présomption scientifique</b>
Thérapies comportementales	Douleur	Grade C	Recommandées
Paracétamol	Douleur	Non évalué	Peut être proposé
Ecole du dos	Douleur	Pas d'efficacité isolément Grade B si associée à des exercices physiques	Peut être proposée en association avec des exercices physiques
Manipulations vertébrales	Douleur	Grade B	Peuvent être proposées
Thermothérapie	Douleur et fonction	Grade B	Peut être proposée à visée antalgique et pour restaurer la fonction
Antalgiques opioïdes (niveau II)	Douleur	Grade B	Peuvent être proposés à visée antalgique
Myorelaxants (tizatipam)	Douleur	Grade B	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Bains/therapie	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique
TENS	Douleur	Grade C	Peuvent être proposés à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Electro-acupuncture	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
AINS (doses anti-inflammatoires)	Douleur	Grade C	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Massages	Douleur	Efficacité non démontrée	Peuvent être proposés en début de séance
Acide acétylsalicylique	Douleur	Non évalué	Peut être proposé à visée antalgique (courte durée)
AINS (doses antalgiques)	Douleur	Non évalués	Peuvent être prescrits (information du patient sur les risques digestifs)
Acupuncture	Douleur	Efficacité non démontrée	Peut être proposée

✓ **Recommandations et état des lieux**

Zoom sur les activités physiques:

Faas et al, 1996; Van Tulder et al, 2000

✓ Review sur exo et lombalgie

- ➔ Lombalgie aiguës Pas d'efficacité des AP
- ➔ Lombalgie chronique Semblent aider au retour aux activités de la vie quotidienne

✓ **Recommandations et état des lieux**

Type d'exercices:

➔ Efficacité pour exo musculature (amélioration force, end, souplesse)

➔ Contradiction sur exo à visée fonctionnelle (exo en cyphose « William » ou en lordose « Mc Kenzie »)

✓ **Recommandations et état des lieux**

L'ANAES conclue sur les AP:

- Les AP sont efficaces à CT dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle
- Impossible de conclure sur l'éventuelle efficacité d'un type d'exercice (flexion/extension)

✓ L'ANAES conclue sur les AP :



Exo physique, qq soit sa forme est recommandé, mais aucune technique en particulier

Efficacité assurée qu'avec patients motivés

PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE



Toutes ces études sont présentées dans le tableau 19.

Tableau 19. Essais évaluant les traitements multidisciplinaires.

Année (réf.)	Score sur 100 SBU	Groupe intervention (I)	Groupe contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats
Linton, 1989 (130)	41	I : 5 semaines dans une clinique du dos (8 h) en groupe de 4 : exercice physique (marche, saut, jogging, vélo) 4 h), ergonomie, kiné individualisée, désapq comportementale (n = 36)	C : liste d'attente sans traitement actif (n = 30)	Douleur (EVA), évaluation psy (fatigue, anxiété, qualité de sommeil, humeur, etc.) à 6 semaines et à 6 mois	Amélioration significative de la douleur à 6 semaines et à 6 mois dans I versus C. Meilleurs résultats pour les facteurs psychologiques
Alvares, 1994 (131)	69	I : programme multidisciplinaire AKSELI : entraînement intensif physique et psychosocial en hospitalisation (37 h d'exercices, 3 h de discussions en groupe sem, équipe de kinés, de médecins, de psychologues, d'assistants sociaux, etc. 3 sem) (n = 152)	C : rééducation lésionnelle en hospitalisation (massages, électrothérapie, traction) entraînement musculaire, éducation, 3 sem (n = 141)	Métron molar à 3 et 12 mois	Amélioration significative du Métron molar dans I versus C. Pas de différence pour le retour au travail, ni pour les indicateurs psychologiques. I > significativement C pour la force musculaire et la flexibilité à 3 et 6 M.
Altmann, 1992 (132)	38	I : rééducation standard + relaxation + biofeedback + désapq comportementale apprenant à vivre avec le handicap et à modifier les croyances (n = 24)	C : rééducation standard en hospitalisation : kiné, aérobic, éducation, ergonomie, 5 semaines (n = 21)	McGill avant, après, traitement et à 6 mois	2 pertes de vue non incluses dans l'analyse. Pas de différence significative entre les groupes, ni au sein des groupes.

Année (réf.)	Score sur 100 SBU	Groupe intervention (I)	Groupe contrôle (C)	Critères de jugement	Résultats
Bendis, 1996 et 1998 (124, 135)	39	I : programme multidisciplinaire : aérobic, relaxation, suivi psychologique (comportemental), stretching, cours théoriques, etc. 3 semaines, 29 h/sem en groupes de 7 (n = 55)	C : soins traditionnels (kiné, manipulations, etc.) (n = 51)	Douleur, état fonctionnel, retour au travail à 4 semaines, 2 et 5 ans	I > significativement C pour la douleur, l'état fonctionnel et le retour au travail à 4 semaines, 2 et 5 ans. A 2 ans, I > C pour la durée de l'arrêt maladie. A 5 ans, pas de différence significative pour le retour au travail et pour la douleur

Thérapie comportementale	Douleur	Grade C	Recommandées
Psychothérapie	Douleur	Non évalué	Peut être proposée
Exercice de kiné	Douleur	Peu efficace isolément Grade B si associée à des exercices physiques	Peut être proposée en association avec des exercices physiques
Manipulations vertébrales	Douleur	Grade B	Peuvent être proposées
Thermothérapie	Douleur et fonction	Grade B	Peut être proposée à visée antalgique et pour restaurer la fonction
Antalgiques opioïdes (après II)	Douleur	Grade B	Peuvent être proposés à visée antalgique
Myorelaxants (mésazépam)	Douleur	Grade B	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Biothérapie	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique
TENS	Douleur	Grade C	Peuvent être proposés à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Electro-accupuncture	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
AINS (doses anti-inflammatoires)	Douleur	Grade C	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
AINS (doses anti-douleur)	Douleur	Efficace si non déconseillé	Peuvent être proposés en début de soins
Massages	Douleur	Non évalué	Peut être proposée à visée antalgique (courte durée)
Acide acétylsalicylique	Douleur	Non évalué	Peuvent être prescrits (information du patient sur les risques digestifs)
Acupuncture	Douleur	Efficace si non déconseillé	Peut être proposée



CT

✓ Recommandations: 2 axes prioritaires

1- Dépistage précoce risque chronicité

2- Prise en charge optimisée lombalgies chroniques fonction niveau de handicap

✓ **Recommandations: 2 axes prioritaires**

**1- Dépistage précoce risque chronicité**

**Facteurs prédictifs psycho-sociaux:**

- psychologiques: syndrome dépressif, sensation d'être toujours malade
- socioprofessionnels: accident du travail, inadaptation physique à l'emploi, insatisfaction au travail



Indice prédictif d'évolution chronique: simple, rapide et français (Valat 2000)

✓ **Recommandations: 2 axes prioritaires**

Indice prédictif d'évolution chronique		Valat, 2000
<b>Nature de la lombalgie</b>		
Lombalgie aiguë isolée		0
Exacerbation d'une lombalgie chronique		2
Lombosciatique		4
<b>Difficulté pour une courte marche, la montée des escaliers</b>		
Non		0
Oui		2
<b>Difficulté à se lever du lit ou d'une chaise</b>		
Non		0
Oui		2
<b>Durée de l'arrêt du travail</b>		
Inf ou égale à 8j		0
Sup à 8j		2
<b>Pratique d'un sport</b>		
Non		0
Oui		-1

✓ **Recommandations: 2 axes prioritaires**

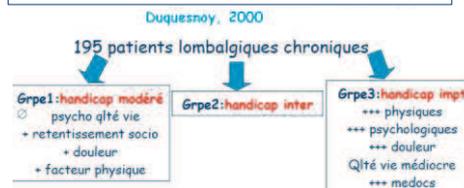
**1- Dépistage précoce risque chronicité**

**Résultats du questionnaire**

- Total inférieur ou égal à 3 : Risque **modéré**
- Total de 4 à 6 : Risque **intermédiaire**
- Total supérieur à 6 : Risque **important**

✓ **Recommandations: 2 axes prioritaires**

**2- Prise en charge optimisée lombalgies chroniques fonction niveau de handicap**



✓ **Recommandations: 2 axes prioritaires**

**2- Prise en charge optimisée lombalgies chroniques fonction niveau de handicap**

- Duquesnoy, 2000
- Groupe 1 : handicap modéré  
PEC axée sur antalgique, maintien AP, insert<sup>o</sup> prof
  - Groupe 2 : handicap intermédiaire  
PEC axée kiné, école du dos, REE, réinset<sup>o</sup> soc. et prof
  - Groupe 3 : handicap important  
PEC pluridisciplinaire lourde (milieu hospitalier?); gest<sup>o</sup> douleur, évaluat<sup>o</sup> handicap

✓ **Recommandations: 2 axes prioritaires**

**2- Prise en charge optimisée lombalgies chroniques fonction niveau de handicap**

Duquesnoy, 2000

Cette classification a ses limites :

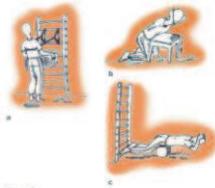
pas tjrs aisé de classer ainsi les patients du fait de l'évolution possible

Conclusion Générale:

- Une connaissance spécifique de la maladie
- Evaluation précise des lésions et déficiences (outils spécifiques)
- Proposer une prise en charge optimale (techniques adaptées et en accord avec les recommandations)



**Figure 1. Schématisation du dispositif d'enregistrement en redressement axial.**  
 A : toise à réglage millimétrique munie d'un capteur de force.  
 B : plate-forme de contrôle des mouvements des pieds.  
 C : affichage des données.



**Figure 1.**  
 a) Travaux d'extension du tronc debout avec harnais contre élastiques. Bassin fixé, par appui sur cabre, maintenu par les mains. 3 séries de 30 répétitions. Progression par augmentation de la résistance des élastiques.  
 b) Extension du tronc à genoux.  
 Répétons le plus de fois possible en 3 séries.  
 c) Extension du tronc.  
 Maintien de la position pendant 15 secondes. 3 séries de 10 répétitions. Progression par le changement de la position des bras et l'égal de charges dans les mains.



**Figure 2.**  
 a) Exercice de poussée. b) Exercice de traction.